



DÉPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2022-2023

ÉVALUATION DES CONNAISSANCES DES PARENTS SUR LES  
BESOINS AFFECTIFS DE LEUR NOUVEAU-NÉ

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

MÉMOIRE RÉDIGÉ ET SOUTENU  
PAR

Anne-Sophie LACROIX

Née le 2 juillet 1984 à ROUEN

Président du jury :

Directeur de mémoire : Docteur Oscar MONROY-PALACIOS

Codirectrice de mémoire : Madame Laurence MIRABEL



## Mes remerciements,

à Docteur Monroy-Palacios, pour sa bienveillance et sa réactivité,  
à Madame Burgy, pour sa sympathie et sa confiance,  
à Madame Mirabel, pour sa disponibilité et son honnêteté,  
aux parents qui ont accepté de m'aider, pour leur sollicitude,  
à Madame Doyen, pour son soutien durant ces cinq années,  
à mes enfants, pour leur patience et leur résilience.

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	2
1. Qu'est-ce qu'un besoin ?.....	3
2. Les besoins affectifs.....	7
3. L'alimentation et sa place dans le maternage.....	10
4. Motivation et intérêt scientifique de l'étude.....	13
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	14
1. Matériel d'étude.....	15
1.1 Échantillonnage.....	15
1.2 Outil.....	16
2. Méthode.....	16
3. Variables.....	17
4. Traitement des données.....	21
RÉSULTATS.....	22
1. Caractéristiques de l'échantillon .....	24
2. Résultats.....	27
DISCUSSION.....	43
1. Limites méthodologiques.....	44
1.1 Limites d'une évaluation.....	44
1.2 Limites sur la récolte des données.....	44
1.3 Limites propre au questionnaire.....	45
1.4 Faiblesses de l'analyse des résultats .....	46
2. Validité externe.....	46
3. Les parents surestiment-ils le besoin d'alimentation de leur nouveau-né au détriment de ses besoins affectifs ?.....	47
4. Les parents sont-ils informés de l'importance des relations affectives pour le bien- être de leur nouveau-né ?.....	49
5. Les sources d'information.....	52
6. Perspectives.....	53
CONCLUSION.....	55
BIBLIOGRAPHIE.....	58
ANNEXES	
ANNEXE I : Questionnaire	
ANNEXE II : Notice d'information aux parents	
ANNEXE III : Pyramide de Maslow	

## INTRODUCTION

Dans le plan national de santé publique, l'enjeu périnatal est pris en compte sous le terme des « 1000 premiers jours » : « Les premières périodes de la vie, depuis l'environnement péri-conceptionnel et la grossesse, jusqu'à la fin de la première enfance (les « 1 000 premiers jours », selon l'expression adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)), constituent une période de sensibilité au cours de laquelle l'environnement sous toutes ses formes qu'il soit nutritionnel, écologique, socio-économique et les modes de vie créent des marques sur le génome, influençant la santé et le risque futur de maladie d'un individu» (1).

Garantir ce bon développement des enfants, pour la commission « 1000 premiers jours », « c'est agir pour les parents, les citoyens, et la société de demain» (1).

Pour le favoriser, il convient de répondre de façon adaptée aux besoins de l'enfant.

Ainsi, nous développerons dans une première partie ce qu'est un besoin, puis nous nous intéresserons plus précisément à deux besoins, à savoir les besoins affectifs et d'alimentation, qui ont été les bases de notre réflexion. Réflexion que nous décrirons en dernière partie.

## **1. Qu'est-ce qu'un besoin ?**

D'après le Larousse, le besoin est une « exigence née d'un sentiment de manque, de privation de quelque chose qui est nécessaire à la vie organique » (2).

Lacharité définit le besoin comme « un état subjectif ou objectif. Dans sa forme subjective, il se rapporte à un désir, une envie ou un état d'insatisfaction dû à un sentiment de manque. Dans sa forme objective, il réfère à ce qui est nécessaire ou indispensable pour atteindre un but. C'est dans cette seconde perspective que le terme « besoin » est utilisé dans les définitions de la négligence envers les enfants. L'expression « besoins fondamentaux » est utilisée pour souligner le caractère incontournable ou irréductible de la satisfaction de certains besoins pour le développement des enfants » (3). D'après l'ONPE (Observatoire National de la Protection de l'Enfance), les besoins fondamentaux permettent, lorsqu'ils sont satisfaits, « la construction du sujet dans la plénitude de ses potentialités, du respect de ses droits et au service de son développement et de son accès à l'autonomie et à la socialisation ».

Dans notre travail, nous retiendrons qu'un besoin est ce qui est nécessaire au bon développement de l'enfant.

Pour définir quels sont ces besoins, nous retrouvons dans la littérature un consensus pour les besoins d'alimentation, de protection thermique ou contre les prédateurs, mais concernant les besoins d'hygiène ou affectifs, il y a divergence, particulièrement d'une culture à l'autre (3).

Beaucoup d'études ont tenté de définir quels étaient ces besoins (Brazelton et Greenspan, Lacharité, Pourtois et Desmet, Ethier et Nolin, Maslow,...). Pour Brazelton et Greenspan, ces besoins essentiels correspondent aux « soins sans lesquels les enfants ne peuvent ni grandir, ni apprendre, ni s'épanouir » (4).

La démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance (5) élaborée en 2017, dans le cadre de la réforme de la protection de l'enfance de 2014, sous la direction de M-P. Martin-Blachais, énonce que « la satisfaction du besoin de sécurité physique et affective conditionn[e] la satisfaction des autres besoins et en conséquence la démarche de consensus a retenu « le besoin de sécurité » comme méta-besoin, tout au long de la vie, intégrant les besoins physiologiques et de santé, le besoin de protection et le besoin de sécurité affective et relationnelle. Par ailleurs, ont été également retenus comme besoins fondamentaux universels, le besoin d'expériences et d'exploration du monde, le besoin d'un cadre, de règles et de limites, le besoin d'estime de soi et de valorisation de soi et le besoin d'identité ». Ces besoins sont représentés sur la cartographie suivante :

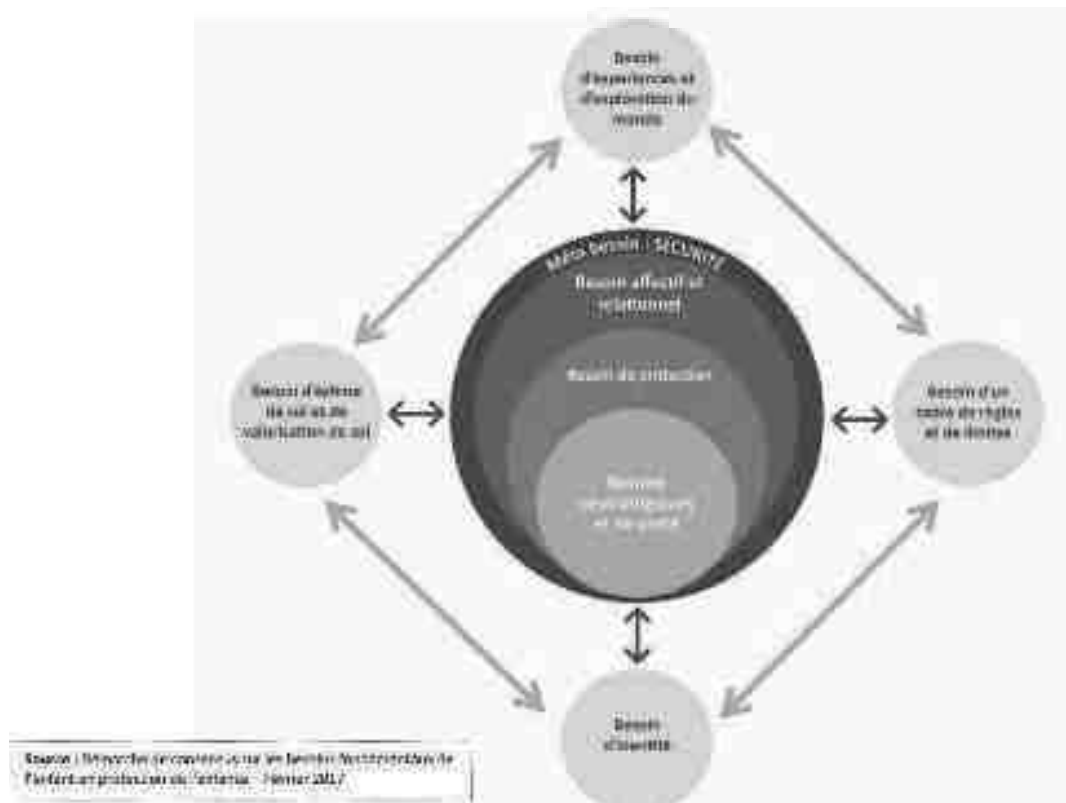


Figure 1 : Carte des besoins fondamentaux universels de l'enfant.

Cette représentation des besoins est celle que nous retiendrons pour la suite de notre étude.

Cette conception est un peu différente de celle que les anglo-saxons développent : le Center on the Developing Child de l'université de Harvard (2010) a défini une cartographie (voir figure ci-dessous) selon le temps et l'échelle sociétale dans laquelle les politiques et programmes des secteurs public et privé affectent les capacités des soignants et la communauté à renforcer les trois fondements d'un développement sain : des relations stables et réactives ; des environnements sûrs et favorables ; et une alimentation adaptée. Ces fondements, à leur tour, déclenchent des adaptations physiologiques ou des perturbations qui influencent la santé, l'apprentissage et le comportement tout au long de la vie (6).



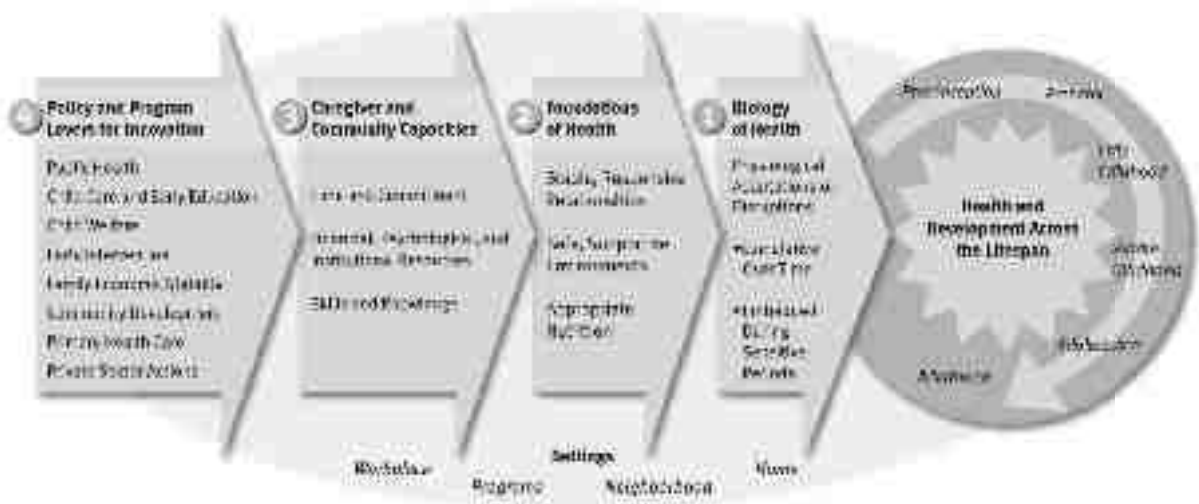


Figure 2 : Cartographie des champs d'actions pour renforcer la santé tout au long de la vie.

Au Québec, l'initiative AIDES (7) de 2013 schématise, sur la figure qui suit, le bon développement de l'enfant selon un triangle avec d'un côté, les besoins de l'enfant, d'un autre, les réponses des parents et à la base, les déterminants impactant la qualité de réponse aux besoins. La notion d'échelle sociétale est sur une représentation à part qui rejoint celle des chercheurs d'Harvard.

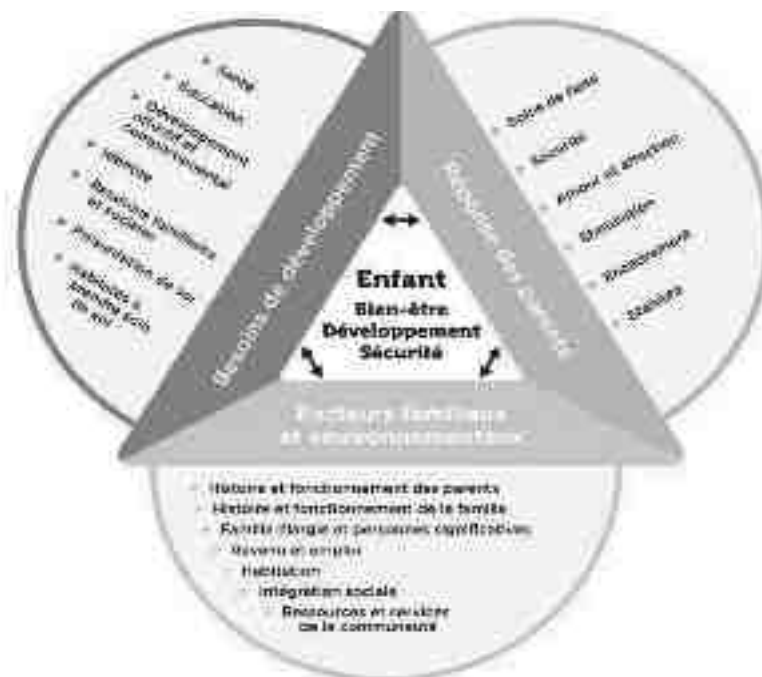


Figure 3 : Carte écosystémique des besoins de développement des enfants.

Ces différentes représentations listent des besoins similaires. Cependant, l'équipe française privilégie une représentation hiérarchisée, en considérant le méta-besoin de sécurité comme étant le besoin devant être satisfait en premier. L'équipe américaine cartographie les besoins en les associant à des niveaux sociétaux (en fonction de qui doit y répondre) qui vont du macro vers le micro. Pour l'équipe québécoise, les besoins sont tous au même niveau mais en interrelation avec ce qui conditionne la réponse à ces besoins. Ces schématisations variées montrent la difficulté à penser la notion de besoins, alors que ce sont ces besoins qui déterminent nos politiques de santé publique et nos lois.

En effet, le législateur définit les droits d'un enfant en regard de ses besoins. Il s'agit de la loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (8) qui reprend l'article L. 112-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles. Il est ainsi rédigé : « la protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits ».

Au niveau international, la Convention Internationale des Droits de l'Enfant, adoptée par l'Organisation des Nations Unies, énonce les droits suivants pour chaque enfant : « d'avoir un nom, une nationalité, une identité ; d'être soigné, protégé des maladies, d'avoir une alimentation suffisante et équilibrée ; d'aller à l'école ; d'être protégé de la violence, de la maltraitance et de toute forme d'abus et d'exploitation ; d'être protégé contre toutes les formes de discrimination ; de ne pas faire la guerre, ni la subir ; d'avoir un refuge, d'être secouru, et d'avoir des conditions de vie décentes ; de jouer et d'avoir des loisirs ; à la liberté d'information, d'expression et de participation ; d'avoir une famille, d'être entouré et aimé » (9).

## **2. Les besoins affectifs**

Le terme de « besoin affectif » n'a pas de définition à proprement parler, cette notion est évoquée dans la littérature, mais pas en tant que concept même.

Maslow évoque, en 1943, le « besoin d'amour et d'affection » : « Si les besoins physiologiques et de sécurité sont assez bien satisfaits, alors émergeront les besoins

d'amour, d'affection et d'appartenance [ ]. Maintenant, la personne ressentira vivement, comme jamais auparavant, l'absence d'amis, ou d'un amoureux, ou d'une femme, ou d'enfants. Il aura faim de relations affectueuses avec les gens en général, c'est-à-dire d'une place dans son groupe, et il s'efforcera avec une grande intensité d'atteindre cet objectif » (10).

Brazelton et Greenspan mentionnent « le besoin de relations chaleureuses et stables » parmi sept besoins, sans lesquels l'enfant ne peut ni grandir, s'épanouir ou apprendre « afin d'acquérir confiance, empathie et compassion et de développer le système nerveux central de l'enfant. La relation affective est une base pour un développement intellectuel et social. Grâce aux interactions réciproques avec la personne qui s'en occupe, l'enfant prend des initiatives, adapte son comportement. Plus les relations de maternage sont intenses, plus l'enfant devient mature neurologiquement sur le plan intellectuel et émotionnel. Ces relations fortes sont à l'origine de la capacité de résilience » (4).

Pour Lacharité, « Il s'agit du besoin d'établir des relations affectives stables avec des personnes ayant la capacité et étant disposées à porter attention et à se soucier des besoins de l'enfant [ ]. En fait, il s'agit d'un « méta-besoin » qui englobe la plupart (sinon l'ensemble) des autres besoins fondamentaux que peut avoir un enfant au cours de son développement. La satisfaction de ces derniers semble ne pouvoir être atteinte que dans le contexte de la satisfaction suffisante du premier » (3).

Ce méta-besoin se retrouve dans la cartographie du consensus sur « Les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance » cité précédemment (5). Il y est fait référence à un besoin de « sécurité affective et relationnelle ». Ce besoin y est décrit à partir de la théorie de l'attachement et des découvertes scientifiques sur les neurosciences (plasticité cérébrale, effet du stress sur le développement cérébral,...). Les auteurs décrivent le besoin affectif par le besoin d'un « Caregiver » sensible qui :

- « - 1. entend ou capte les signaux du bébé,
- 2. les comprend ou les déchiffre,
- 3. y répond adéquatement, c'est-à-dire en produisant un apaisement du bébé,

- 4. dans des délais raisonnables, c'est-à-dire de manière à ce que le bébé puisse relier son « appel » et la « réponse » ».

C'est dans les années 1960 qu'émerge la théorie de l'attachement à partir des travaux de Bowlby, mais cette idée est mal reçue et peu écoutée à l'époque. Par la suite, elle aura davantage d'écho dans les pays anglo-saxons que dans les pays de culture latine. L'idée de la théorie de l'attachement est que le nouveau-né est capable de développer un comportement social et émotionnel dans le but de maintenir une proximité avec le donneur de soin qui va lui permettre de satisfaire ses besoins.

Ce lien affectif et durable va stimuler l'interaction avec l'adulte. La qualité de l'attachement de l'enfant envers un donneur de soin (étudiée par Ainsworth dans son expérience de la situation étrange (11)) est le résultat des capacités de ce dernier à répondre à ses besoins (12).

L'enfant qui est objet de soins de façon constante et prévisible se sent davantage en sécurité, ce qui favorise la mise en place de relations positives avec autrui. Il favorise l'estime de soi et l'intelligence sociale. A contrario, un sentiment d'insécurité produit une image négative de soi, complique la gestion des émotions, réduit les compétences intellectuelles et impacte la santé physique et mentale (12).

Selon les neurosciences, les nouveau-nés sont équipés pour bénéficier du lien. Par exemple, ils reconnaissent les visages qui expriment des émotions positives ou négatives (13).

La plasticité cérébrale, c'est-à-dire la construction de l'architecture neuronale, est particulièrement soumise aux expériences vécues par l'enfant. Il est prouvé aujourd'hui que la qualité des soins conditionne le façonnement cérébral soit vers un bon développement cognitif et émotionnel, soit vers des difficultés de régulation des émotions (14).

Ensuite, des études montrent l'impact environnemental sur le développement des capacités émotionnelles et sociales du cerveau, notamment du point de vue épigénétique. Meaney a montré sur modèle animal que l'expérience précoce modifie de façon permanente le comportement et la physiologie. Ces effets sont, en partie,

dus à des altérations de l'expression des gènes dans certaines régions cérébrales. Des niveaux accrus de léchage ou toilettage par les mères rats au cours de la première semaine de vie modifient la structure de l'ADN au niveau du gène codant le récepteur des glucocorticoïdes dans l'hippocampe de la progéniture, modifiant les effets sur les réponses au stress chez cette dernière (15).

Meaney décrit également que l'adversité à la période prénatale impacte le volume du cerveau, sa microstructure et ses connections, en particulier sur l'amygdale et l'hippocampe, impliquées dans la régulation des émotions (16).

D'autres études montrant la corrélation entre l'ocytocine et les liens affectifs nous éclairent sur les enjeux des besoins affectifs sur le développement de l'enfant. En particulier, celle de Strathearn, qui montre que l'ocytocine peut activer les voies de récompenses dopaminergiques lors d'une réponse à des signaux sociaux, ce qui déclenche une sensation de plaisir (17).

A l'inverse, une « carence en attachement » induit des effets à long terme qui ont été mis en évidence par des recherches en imagerie cérébrale montrant que ces événements indésirables précoces sont corrélés au fonctionnement aberrant du cerveau de l'adulte, notamment dans le système limbique, le cortex frontal et le cervelet (18).

Ces études médicales permettent d'expliquer les observations faites en sciences humaines.

### **3. L'alimentation et sa place dans le maternage**

L'importance du lien affectif, mis en évidence par les travaux de Spitz est, selon David, en 1966, investie dans l'acte de nourrir : « L'alimentation est l'acte le plus important de la vie éveillée du nourrisson. C'est là la première expérience positive de la vie de l'enfant ; pour quelques minutes il a l'occasion de refaire unité avec sa mère » (19). Elle donne ici une place supérieure à l'alimentation dans la vie du nouveau-né, jusqu'à l'assimiler à une fusion entre la mère et son enfant.

Bowlby, en 1986, porte un regard critique sur l'importance donnée à l'alimentation : « la seule théorie existant à cette époque était que l'enfant se lie à sa mère parce qu'elle le nourrit » (20). Pourtant, dès 1935, Lorentz et ses canetons nous montrent

déjà, grâce à la théorie de l’empreinte, qu’il y a autre chose qu’une relation nutritive qui se joue dans la reconnaissance de la mère. En 1958, Harlow démontre qu’être nourri n’est pas une « faim » en soi : un petit macaque, élevé auprès de deux leurre maternels, préfère se lover contre le leurre en tissu éponge qui ne nourrit pas, contrairement au leurre en fil de fer qui est équipé d’un biberon. De plus, les petits recherchaient massivement le secours de celui en tissu lorsqu’il leur était présenté un objet étrange et inconnu (un ours mécanique jouant du tambour) (21,22).

Pourtant, dans les cartographies explorées précédemment, nous retrouvons une différenciation, une catégorisation des besoins, ce qui semble être une préférence culturelle. En effet, l’observation de cultures éloignées des cultures industrialisées nous contraint à envisager la réponse au besoin d’alimentation autrement que « juste » nourrir. Les mères Gamo au Sud de l’Éthiopie, par exemple, répondent par le sein aux pleurs du bébé, qui dans leur esprit, revient à donner de la nourriture. L’idée que c’est juste de leur présence, de contact dont ils ont besoin ne fait pas sens. Elles savent répondre au besoin, c’est à dire faire stopper les pleurs sans en comprendre la cause (mauvais œil ou maladie) (23).

De même, chez les !Kung du Botswana, les nourrissons sont portés dans une écharpe qui offre un contact constant et une alimentation continue. Parce que les nourrissons sont en contact constant, les donneurs de soin peuvent détecter des signaux d’inconfort subtils comme l’agitation et les gémissements et y répondre avant que les pleurs à grande échelle ne se produisent, et les pleurs trouvent une réponse maternelle universelle et immédiate (24).

Culturellement, « pour les Juifs, les Chrétiens, les Musulmans, aimer sa mère veut dire qu’il faut manger ce qu’elle nous donne. La nourriture offerte est une preuve de son amour. Refuser la nourriture, c’est refuser l’amour. Il y a une charge affective énorme et une grande émotion exprimées dans l’offre à manger maternelle » (25).

L’ocytocine est peut-être l’une des explications scientifiques à ces considérations culturelles. En effet, Guegen explique que la tétée, qui provoque la sécrétion d’ocytocine, active les zones cérébrales dédiées à l’empathie et aux relations (14). Il a aussi été prouvé (26) que, lors d’un repas, la distension gastrique provoque la sécrétion d’ocytocine.

Ainsi, affectif et alimentation sont intimement liés, que ce soit culturellement ou hormonalement.

Ces découvertes, portées par la neurologie, l'endocrinologie ou encore la génétique, permettent de comprendre comment favoriser la bonne santé physique, cognitive ou émotionnelle d'un enfant.

Suite à la commission des 1000 premiers jours, afin de valoriser et vulgariser les résultats de ce type de recherches, Santé Publique France a édité le site internet éponyme, qui se présente comme le premier site de référence sur la santé au cours de cette période des 1000 premiers jours. L'objectif est de promouvoir le bon développement des enfants. Le site « propose des conseils pratiques et des informations scientifiquement validées autour des trois piliers fondamentaux de la santé pendant la période des 1000 premiers jours (sécurité environnementale, alimentation et sécurité affective) » (27). Nous y trouvons une page « Découvrir son enfant » qui comprend les articles suivants en lien avec le besoin affectif :

- le lien d'attachement parents-enfant,
- les interactions avec bébé,
- les pleurs de bébé,
- les activités avec bébé.

Une page sur l'alimentation propose cinq articles : « allaiter ou pas », et quatre autres sur l'alimentation selon quatre tranches d'âge.

Quant au support télévisuel, le programme de la chaîne M6 parrainé par Santé Publique France propose des séquences de trois minutes. Côté smartphone, une application 1000 premiers jours est disponible.

Enfin, de la documentation est disponible comme, par exemple, « le petit guide de la diversification alimentaire » ou « le livret de nos 1000 premiers jours (qui contient un paragraphe sur l'échange avec bébé) ».

Au niveau local, la Communauté Européenne d'Alsace propose un carnet de maternité et un carnet de santé. Ce dernier consacre un peu plus d'une page sur

l'alimentation, un paragraphe sur le bien-être puis un sur les pleurs. Le reste de la documentation éditée ne concerne pas les besoins affectifs.

#### **4. Motivation et intérêt scientifique de l'étude**

Notre expérience en suites de couches nous a permis de constater que la préoccupation majeure des parents est l'alimentation, et celles des soignants, la perte de poids. Des parents n'osent pas prendre leur enfant dans les bras afin qu'il ne « s'habitue pas » ou s'inquiètent qu'il pleure encore alors qu'il a déjà mangé.

C'est pourquoi nous nous sommes interrogés sur l'importance de l'alimentation et sur la place des besoins affectifs dans les soins procurés par les parents.

Notre question de recherche, par conséquent, est « quel est le niveau de connaissance des parents sur les besoins affectifs de leur nouveau-né ? ».

L'objectif principal est d'évaluer les connaissances des parents sur les besoins affectifs de leur nouveau-né. Avec, pour objectif secondaire, de déterminer les ressources qu'ils utilisent pour s'informer sur les besoins de leur nouveau-né afin d'identifier des leviers d'action pour améliorer leurs connaissances.

Les hypothèses de travail de ce mémoire sont :

- Hypothèse 1 (H1) : « les parents surestiment le besoin d'alimentation de leur nouveau-né au détriment de leur besoin affectif. » et
- Hypothèse 2 (H2) : « les parents ne sont pas informés de l'importance des relations affectives pour le bien-être de leur nouveau-né ».

Après avoir décrit notre méthodologie, nous présenterons nos résultats. Ensuite la discussion permettra d'interpréter et de mettre en perspective ces derniers. Enfin la conclusion ouvrira la réflexion sur la notion de besoin.



## **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

Une étude quantitative transversale a été réalisée pour répondre à notre problématique. Nous présenterons l'échantillon de notre enquête, notre questionnaire, puis les variables utilisées et enfin le traitement des données.

## **1. Matériel d'étude**

### **1.1 Échantillonnage**

Le cadre de l'étude était multicentrique pour éviter les biais selon le profil médical ou socio-éducatif des parents. Les centres se trouvaient dans des zones qui nous étaient facilement accessibles pour effectuer le recueil, à savoir :

- la maternité du Centre Médico-chirurgical Obstétrique (CMCO) à Schiltigheim dans le Bas-Rhin (maternité type 2A),
- la maternité de l'hôpital de Hautepierre (HTP) à Strasbourg dans le Bas-Rhin (maternité type 3),
- la maternité de l'hôpital de Sélestat dans le Bas-Rhin (maternité type 1).

Notre échantillon était composé de parents de nouveau-nés recrutés en suites de couches. Les critères d'inclusion étaient :

- les parents de singleton, jumeaux ou plus.

Les critères de non inclusion étaient :

- les parents dont l'enfant était hospitalisé en néonatalogie, ou en unité kangourou. La prise en charge pouvait constituer un biais car les soignants intègrent les parents aux soins pour qu'ils parviennent à être acteurs de ces soins. Nous nous attendions donc à ce qu'ils aient davantage de connaissances sur les besoins de leur enfant,
- les parents dont l'enfant était décédé,
- les parents sous tutelle, curatelle ou mineurs pour des soucis d'autorisation/consentement et de biais par rapport au suivi dont ils pouvaient bénéficier,
- les parents que nous avons personnellement pris en charge dans le service de maternité,
- les parents que la sage-femme du service jugeait non pertinents à interroger, dans un souci de respect ou de qualité de la prise en charge globale dans l'établissement de santé : contexte de dépression du post-partum, remontée en chambre récente de quelques heures, précautions contact ou gouttelettes....

Les biais identifiés étaient :

- les parents volontaires, peut-être plus intéressés par le sujet et donc avec de bonnes connaissances. Ainsi, nous risquions d'avoir un niveau de connaissance meilleur qu'en population générale,
- le risque de s'influencer ou de mettre en commun leurs réponses lorsque les deux parents étaient présents ensemble pour remplir le questionnaire,
- le souhait de répondre « juste » aux questions et non « sincèrement »,
- le critère d'exclusion de la barrière linguistique qui rendait certainement l'échantillon moins représentatif en ce qui concerne la durée de séjour en France.

## **1.2 Outil**

Le questionnaire remis (annexe I) était composé de onze questions servant à caractériser l'échantillon et de neuf questions de type fermé, sous forme d'un Questionnaire à Choix Multiples (QCM). Sur ces neuf questions, la réaction des parents face à plusieurs situations pratiques était évaluée. Ces situations pratiques ont été présentées sous forme d'images ou de phrases courtes. Elles portaient sur la connaissance des effets sur l'enfant lorsque le besoin de lien est satisfait et non, sous forme de « Saviez-vous que.... » afin d'avoir un état des lieux des connaissances et non d'avoir des parents qui cherchaient à trouver la bonne réponse.

## **2. Méthode**

La procédure de recueil consistait à recruter des patientes auprès de la sage-femme responsable du service au moment de notre passage, puis d'aller en chambre proposer le questionnaire, accompagné de la notice d'information (annexe II). Le questionnaire anonyme était rempli en auto-administration.

Cette étape s'est étendue du 6 mars 2022 au 11 mai 2022, avec minimum quatre jours entre chaque visite pour éviter :

- une sur-représentation des parents d'enfants nés à J0 (jour de l'accouchement), ou J1 au détriment des J3 ou J4 et plus,
- d'interroger deux fois les mêmes parents.

L'objectif était d'atteindre 200 réponses, nombre suffisamment élevé pour être significatif mais assez réduit pour parvenir à les traiter avec des outils simples, sans que cela ne nécessite un ordinateur performant. Les questionnaires devaient être répartis proportionnellement au nombre d'accouchements (28) de chaque site de recueil :

Tableau I : Répartition du nombre de questionnaires

	Accouchements en 2020 (n=6585)	Questionnaires souhaités (n=200)
	n	n
CMCO	3125	95
HTP	2598	79
Sélestat	862	26

Une notice a été donnée à chaque répondant pour présenter l'étude.

Le questionnaire étant anonyme, le traitement mis en œuvre dans le cadre de notre recherche était hors loi informatique et libertés.

### **3. Variables**

Récoltées via le questionnaire, nous avons à traiter des variables qualitatives et quantitatives, réparties en variables indépendantes et dépendantes :

Tableau II : Variables indépendantes

	Variables indépendantes	Finalité de la variable
1	Centre de recueil de données	Évaluer la validité externe des résultats. Correspond au lieu d'accouchement en cas de transfert
2	Âge	Déterminer le profil du répondant
3	Niveau d'études	Déterminer le profil du répondant
4	Lien avec l'enfant	Déterminer le profil du répondant
5	Âge de l'enfant	Évaluer si la durée de séjour est en lien avec les connaissances
6	Mode d'alimentation de l'enfant	Évaluer si le mode d'alimentation est en lien avec les connaissances ou l'importance donnée au besoin d'alimentation
7	Nombre d'enfants élevés	Évaluer l'impact de l'expérience en parentalité sur les connaissances
8	Antécédent d'enfant né prématuré, hospitalisé en néonatalogie ou en unité Kangourou	Évaluer si l'expérience parentale dans un contexte pathologique améliore les connaissances et crée un biais
9	Antécédent de suivi par la PMI (Protection Maternelle et Infantile)	Évaluer si le soutien dont les parents bénéficient a un impact sur leurs connaissances et crée un biais
10	Durée de vie en France	Évaluer si la culture d'origine et l'imprégnation de la culture française est en lien avec les connaissances
11	Source des informations concernant la santé, le bien-être de l'enfant	Répondre à notre objectif secondaire

### Variables dépendantes :

Notre principale difficulté était d'évaluer les connaissances des parents étant donné qu'il n'existait pas de support ou contenu pédagogique servant de base à un enseignement puis à un examen.

Nous étions donc partis de concepts simples :

- des « lieux communs » dont la validité a été scientifiquement infirmés pour voir s'ils étaient encore présents dans l'esprit des parents : questions n°11 et n°15,
- de l'expérience d'Harlow qui était visuellement facile à appréhender et qui était en lien avec nos hypothèses : question n°2,
- des représentations des besoins du nouveau-né par les répondants : questions n°13 et n°14,
- des grands principes en lien avec les besoins affectifs, connus du monde scientifique depuis longtemps et souvent repris dans la littérature « semi-vulgaire », c'est-à-dire vulgarisé pour un « tout public » déjà spécialisé, autodidacte ou très curieux, mais absents de la presse spécialisée destinée aux parents : Cyrulnik (29) et Gueguen (14) (qui ont repris les travaux de Brazelton (4) et Bowlby (30)) : questions n°16 à n°18,
- les questions ont été formulées en parlant d'un bébé en général, et non le leur, pour éviter d'impliquer une part émotionnelle dans les réponses. Le but était d'évaluer la connaissance des parents sur les besoins affectifs et sur leur représentation des besoins. L'ordre des réponses a fait alterner les besoins afin de ne pas influencer les répondants.

Pour rappel, nos deux hypothèses de travail étaient :

H1 : les parents surestiment le besoin d'alimentation de leur nouveau-né au détriment de leur besoin affectif.

H2 : les parents ne sont pas informés de l'importance des relations affectives pour le bien-être de leur nouveau-né.

Tableau III : Questions pour recueillir les variables dépendantes

Hypo- thèses	Questions	Pertinence de la question
11 H1, H2	Votre amie vient aussi d'avoir un bébé, il pleure et elle semble un peu perdue. Vous lui conseillez de...	Bébé n'est pas en danger, la réponse à donner n'implique pas sa survie donc nous éliminons le risque de favoriser la réponse alimentaire. Prendre une amie n'implique pas le répondant
12 H1	Selon vous, laquelle des deux poupées le singe préfère-t-il ?	Nous partons du principe que les parents ne connaissent pas l'expérience d'Harlow. Infirme ou confirme la représentation des parents sur l'intentionnalité des enfants orientée sur l'alimentation
13 H1	Selon vous, quels sont les besoins importants pour le bien-être (pas seulement pour la survie) de votre bébé/vos bébés ?	Permet de connaître leur représentation des besoins
14 H1	Parmi ces mêmes besoins, lequel vous semble le plus important pour le bien-être d'un bébé ?	Permet de connaître leur représentation des besoins
15 H2	Pensez-vous qu'en consolant un bébé à chaque pleur, on le rend dépendant ? Ou qu'il risque de faire des caprices ?	Évaluation de connaissance Références : Gueguen (14), Brazelton (4), David (19), Site 1000 premiers jours (27)
16 H2	Avez-vous déjà entendu dire ou lu que le contact physique du bébé avec ses parents lui permet de développer sa capacité à gérer la frustration, la colère ?	Évaluation de connaissance Références: Rapport des 1000 premiers jours (1)
17 H2	Connaissez-vous les effets du stress sur le cerveau d'un bébé ?	Évaluation de connaissance Références: Brazelton (4), Gueguen (14)
18 H2	Avez-vous déjà entendu parler ou lu sur de la théorie de l'attachement ?	Évaluation de connaissance Références: Bowlby (30), Rapport 1000 premiers jours (1)

Un score a été établi en additionnant les bonnes réponses des questions n° 15 à 18. Nous avons donc des scores s'étalant de 0/4 à 4/4.

#### **4. Traitement des données**

Le logiciel Libre Office Calc (version 7.3.7.2) a été utilisé pour le traitement des réponses.

La corrélation entre les variables a été mise à l'épreuve avec le test du  $\text{Khi}^2$  et de Fischer pour les comparaisons de proportions, en utilisant le logiciel Rstudio (version 1.1.463).



## RÉSULTATS

Dans le cadre de notre étude, 147 questionnaires ont été exploités. Le logigramme suivant représente la répartition des sujets rencontrés sur la période de recueil.

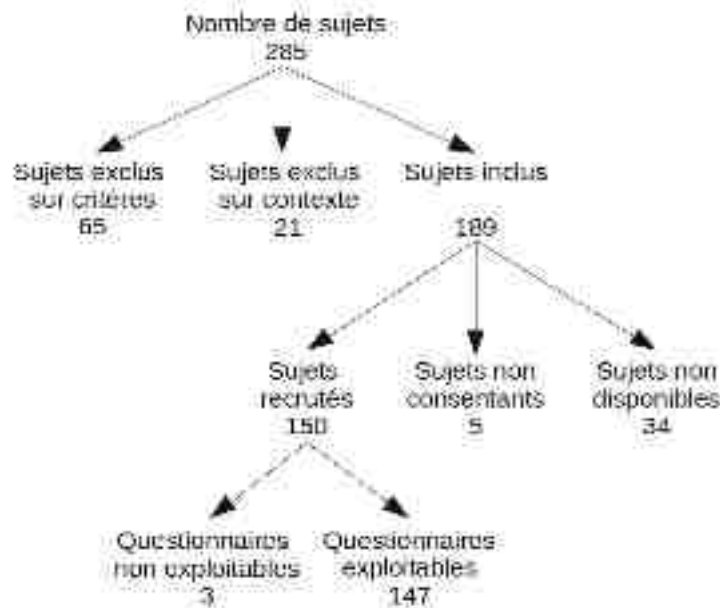


Figure 4 : Logigramme de recrutement.

Les questionnaires non exploitables correspondaient à des impressions ratées (recto manquant).

Le site de Sélestat a dû être retiré de l'étude. En effet, cette maternité était en train de mettre en place le label IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébé), initié par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et l'UNICEF (United Nations International Children Emergency Fund). Il consiste en une démarche d'amélioration de la qualité des soins, respectueuse des besoins des mères et des nouveau-nés, favorisant l'allaitement et la bonne mise en place du lien mère-enfant. Cette démarche se faisait conjointement avec des questionnaires remis aux parents et la formation de l'ensemble du personnel de la maternité aux besoins mère-enfant. Il s'agissait donc d'un biais important pour l'étude.

## **1. Caractéristiques de l'échantillon**

La majorité des répondants étaient les mères (70 %). 49 % des répondants n'avaient pas élevé d'enfants avant la naissance du nouveau-né et 29 % en élevaient déjà un. Ils étaient moins de 5 % à avoir déjà connu des services de néonatalogie pour une précédente naissance. Plus de 70 % de nos répondants étaient nés en France. 17 % des répondants avaient été interrogés le jour de la naissance du nouveau-né, près de 39 % le lendemain et 29 % au deuxième jour de vie.

Le tableau suivant présente l'ensemble des variables indépendantes recueillies qui caractérisent notre échantillon :

Tableau IV : Caractéristiques des variables indépendantes

	Répondants (n = 147) n (%)		Répondants (n = 147) n (%)
Site		Mode d'alimentation	
CMCO	81 (55)	Biberon	44 (30)
HTP	66 (45)	Mixte	31 (21)
		Sein	71 (49)
Âge		N/A	1
<19 ans	1 (1)	Nombre d'enfants élevés avant la naissance du nouveau-né	
20-24 ans	12 (8)	Aucun	72 (50)
25-29 ans	33 (22)	Un	42 (29)
30-34 ans	48 (33)	Deux	20 (14)
34-39 ans	39 (27)	Trois	6 (4)
>40 ans	14 (10)	Quatre ou plus	3 (3)
Études		N/A	4
Sans diplôme, brevet des collèges	13 (9)	Antécédent de prise en charge pédiatrique lors d'une naissance antérieure	
CAP, BEP, BAC	37 (25)	Non	141 (96)
BAC+2 et plus	97 (66)	Oui	6 (4)
Lien de parenté avec le nouveau-né		Antécédent de suivi en PMI	
Mère	102 (70)	Non	124 (84)
Père	44 (30)	Oui	23 (16)
N/A	1	Durée de vie en France	
Âge des nouveau-nés au moment du questionnaire		≤ 5 ans	14 (10)
J0	25 (17)	6-10 ans	14 (10)
J1	58 (39)	> 10 ans	13 (9)
J2	42 (29)	Né en France	105 (72)
J3	17 (12)	N/A	1
J4	5 (3)		

Les sujets étaient 27 % à s'informer auprès des professionnels de santé, puis sur internet (24 %), les réseaux sociaux arrivaient en troisième position à 22 %.

Les sources d'information concernant la santé de l'enfant utilisées par les répondants étaient réparties selon le graphique suivant :

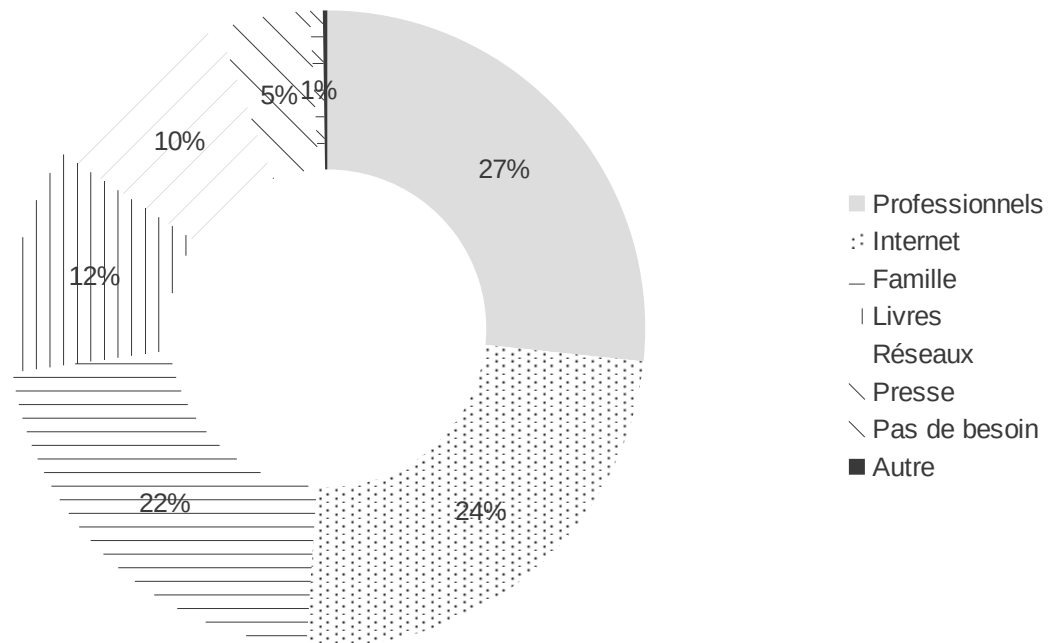


Figure 5 : Répartition des sources d'information.

## 2. Résultats

**Question 11** : Votre amie vient aussi d'avoir un bébé, il pleure et elle semble un peu perdue. Vous lui conseillez de :

- Lui donner à manger
- Le prendre dans ses bras
- Ne pas paniquer, il peut se calmer tout seul

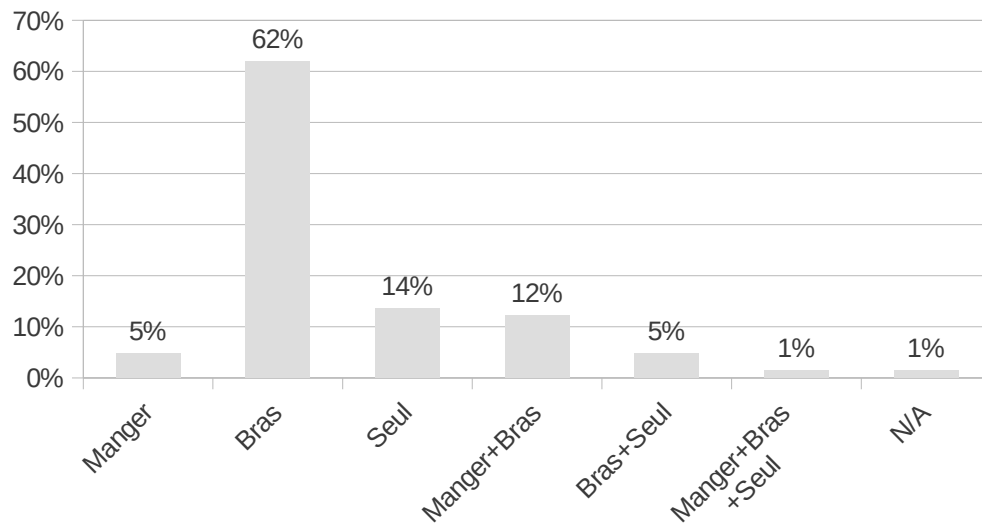


Figure 6 : Répartition des répondants selon les conseils donnés.

Les répondants avaient privilégié la réponse « prendre dans les bras » à 62 %.

Nous n'avons pas retrouvé de corrélation significative entre les réponses de cette question et nos variables indépendantes.

**Question 12 :** Selon vous, laquelle des deux poupées le singe préfère-t-il ?

Poupée en tissu doux

Poupée en métal avec le biberon

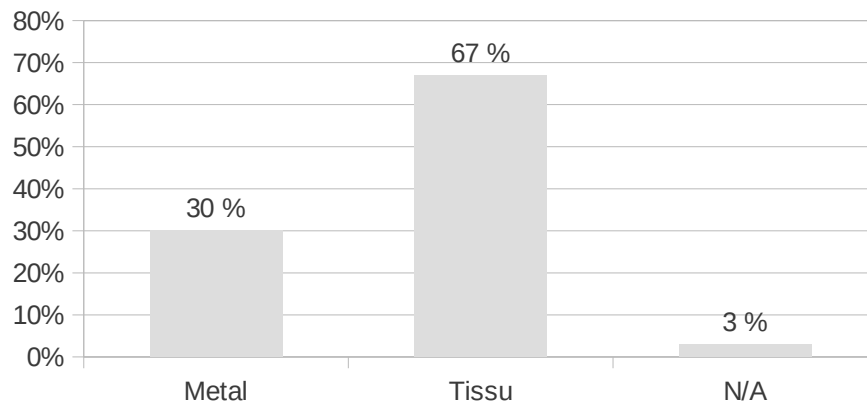


Figure 7 : Répartition des répondants selon l'expérience d'Harlow.

Le poupon en tissu avait été majoritairement choisi à 67 %.

Le suivi par la PMI était positivement corrélé avec la réponse « poupée en tissu » :

Tableau V : Corrélation avec l'expérience d'Harlow

	Métal (n = 44) % (n/N)	Tissu (n = 99) % (n/N)	$P^1$	Tissu relatif à la variable % ( $n_{\text{tissu}}/n_{\text{tissu}}+n_{\text{métal}}$ )
Antécédent de suivi en PMI			0,044	
Non	29 (41/143)	55 (79/143)		67 (79/120)
Oui	2 (3/143)	14 (20/143)		87 (20/23)

<sup>1</sup> test du  $\chi^2$  de Pearson

**Question 13 :** Selon vous, quels sont les besoins importants pour le bien-être de votre bébé (plusieurs réponses possibles) :

- Être nourri
- Avoir des habitudes
- Être consolé
- Avoir chaud
- Être porté, tenu
- Être à l'abri des dangers de blessures
- Avoir des relations chaleureuses avec une même personne
- Être lavé
- Dormir
- Avoir des interactions (échange de regards, sourires, paroles...)
- Avoir des habitudes

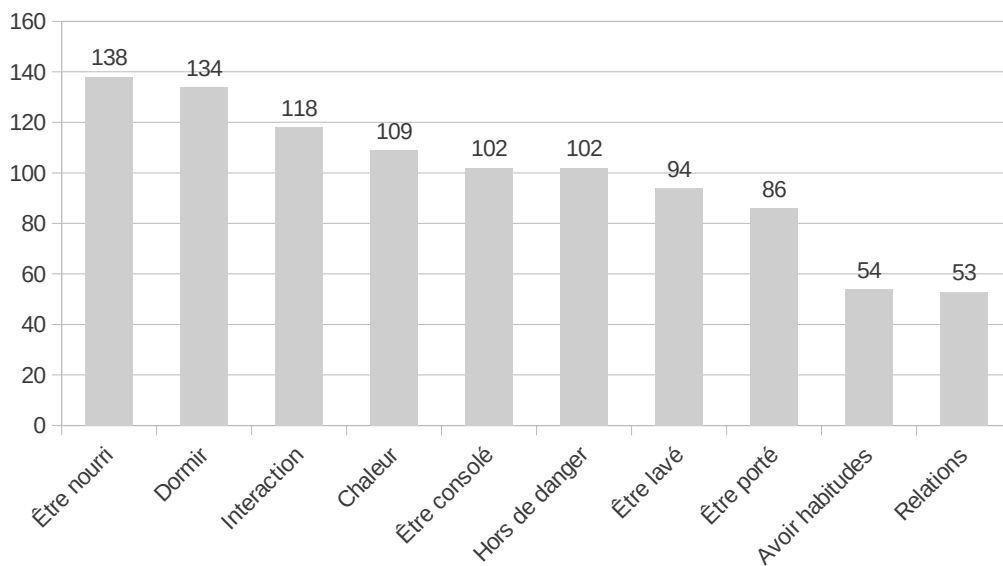


Figure 8 : Nombre de répondants en fonction des besoins.

Le besoin d'être nourri a été majoritairement coché, suivi par le besoin de dormir puis celui d'interaction.



Nous avons retrouvé des corrélations significatives avec le niveau d'études, le mode d'alimentation, la durée de vie en France et certains moyens d'information comme internet. Le besoin d'être nourri avait été davantage choisi par les répondants ayant fait des études supérieures, mais aussi par 100 % des répondants dont l'enfant était nourri au biberon, suivi de près par les répondants concernés par l'allaitement (97 %). Ceux concernés par l'allaitement mixte n'étaient que 77 % à l'avoir sélectionné. De plus, ceux qui vivaient en France depuis plus de dix ans ou depuis toujours l'avaient aussi retenu à 98 % ou plus. Enfin, quand ils s'informaient par internet, ils sélectionnaient davantage ce besoin.

Tableau VI : Corrélations avec le besoin d'être nourri

	Non n=9 % (n/N)	Oui n=138 % (n/N)	$P^1$	Oui relatif à la variable % ( $n_{oui}/n_{non}+n_{oui}$ )
Niveau d'études			0,020	
Sans diplôme, brevet des collèges	2 (3/147)	7 (10/147)		77 (10/13)
CAP, BEP, BAC	2 (3/147)	23 (34/147)		92 (34/37)
BAC+2 et plus	2 (3/147)	64 (94/147)		97 (94/97)
Mode d'alimentation			<0,001	
Biberon	0 (0/146)	30 (44/146)		100 (44/44)
Mixte sein	5 (7/146)	16 (24/146)		77 (24/31)
N/A	1 (2/146)	47 (69/146)		97 (69/71)
	0	1		
Durée de vie en France			<0,001	
Né en France	1 (2/146)	71 (105/146)		98 (105/107)
> 10 ans	0 (0/146)	9 (13/146)		100 (13/13)
6-10 ans	3 (4/146)	7 (10/146)		71 (10/14)
≤ 5 ans	2 (3/146)	7 (11/146)		79 (11/14)
N/A	0	1		
Informations via internet			0,020	
Non	3 (5/147)	22 (32/147)		86 (32/37)
Oui	3 (4/147)	72 (106/147)		96 (106/110)

<sup>1</sup> test de Fischer

Les mères étaient plus enclines à choisir le besoin d'être consolé que les pères. Les lecteurs de magazines avaient tous choisi ce besoin et ceux qui utilisaient leur famille comme source d'information étaient 76 % à le sélectionner.

Tableau VII : Corrélations avec le besoin d'être consolé

	Non n=45 % (n/N)	Oui n=102 % (n/N)	P	Oui relatif à la variable % (n <sub>oui</sub> /n <sub>non</sub> +n <sub>oui</sub> )
Lien avec l'enfant			0,008 <sup>2</sup>	
Mère	16 (24/146)	53 (78/146)		76 (78/102)
Père	14 (20/146)	16 (24/146)		55 (24/44)
N/A	1	0		
Informations via magazines			<0,001 <sup>2</sup>	
Non	31 (45/147)	55 (82/147)		65 (82/127)
Oui	0 (0/147)	14 (22/147)		100 (22/22)
Informations via famille			0,023 <sup>2</sup>	
Non	14 (21/147)	19 (29/147)		58 (29/50)
Oui	16 (24/147)	50 (75/147)		76 (75/99)

<sup>1</sup> test de Fischer ; <sup>2</sup> test du Khi<sup>2</sup> de Pearson

Le besoin d'avoir chaud était aussi significativement en relation avec la durée de vie en France (79 % des personnes qui y sont nées). En ce qui concerne les sources d'information, les professionnels de santé et la famille étaient significativement représentés chez les personnes ayant coché ce besoin.

Tableau VIII : Corrélations avec le besoin d'avoir chaud

	Non n=38 <sup>1</sup> % (n/N)	Oui n=109 <sup>1</sup> % (n/N)	P	Oui relatif à la variable % (n <sub>oui</sub> /n <sub>non</sub> +n <sub>oui</sub> )
Durée de vie en France			0,04	
Né en France	15 (22/146)	57 (83/146)		79 (83/105)
> 10 ans	3 (4/146)	6 (9/146)		69 (9/13)
6-10 ans	6 (8/146)	4 (6/146)		43 (6/14)
≤ 5 ans	2 (4/146)	8 (11/146)		73 (11/15)
N/A	1	0		
Informations via professionnels			0,02	
Non	8 (13/147)	10 (16/14)		55 (16/29)
Oui	18 (26/147)	64 (95/147)		79 (95/121)
Informations via famille			0	
Non	14 (20/147)	20 (29/147)		60 (29/49)
Oui	12 (18/147)	54 (80/147)		82 (80/98)

<sup>1</sup>test de Fischer ; <sup>2</sup> test du Khi<sup>2</sup> de Pearson

Les répondants ayant fait des études supérieures (68 %), ceux dont l'enfant était allaité (73 %) ou ceux qui étaient nés en France (67 %) avaient davantage sélectionné le besoin d'être porté. Les sources d'information via les livres et les professionnels semblaient influencer ce choix de besoin de portage.

Tableau IX : Corrélations avec le besoin d'être porté

	Non n=61 % (n/N)	Oui n=86 % (n/N)	P <sup>1</sup>	Oui relatif à la variable % (n <sub>oui</sub> /n <sub>non</sub> +n <sub>oui</sub> )
Niveau d'études			0,01	
Sans diplôme, brevet des collèges	5 (8/147)	3 (5/147)		38 (5/13)
CAP, BEP, BAC	15 (22/147)	11 (16/147)		42 (16/38)
BAC+2 et plus	21 (31/147)	45 (66/147)		68 (66/97)
mode d'alimentation			<0,001	
Biberon	14 (21/146)	16 (23/146)		52 (23/44)
Mixte	14 (21/146)	8 (11/146)		34 (11/32)
Sein	13 (19/146)	36 (52/146)		73 (52/71)
N/A	1	0		
Durée de vie en France			0,01	
Né en France	24 (35/146)	48 (70/146)		67 (70/105)
> 10 ans	5 (7/146)	4 (6/146)		46 (6/13)
6-10 ans	5 (7/146)	5 (7/146)		50 (7/14)
≤ 5 ans	8 (12/146)	2 (3/146)		20 (3/15)
N/A	1	0		
Informations via livres			0,008	
Non	32 (47/147)	33 (48/147)		51 (48/95)
Oui	10 (14/147)	26 (38/147)		90 (38/42)
Informations via professionnels			0,01	
Non	12 (17/147)	7 (10/147)		37(10/27)
Oui	30 (44/147)	52 (76/147)		63 (76/120)

<sup>1</sup>test du Khi<sup>2</sup> de Pearson

Le besoin d'interaction n'était significativement plébiscité que par les répondants se sourçant auprès des professionnels.

Tableau X : Corrélacion avec le besoin d'interaction

	Non n=29 % (n/N)	Oui n=118 % (n/N)	<i>P</i> <sup>1</sup>	Oui relatif à la variable % (n <sub>oui</sub> /n <sub>non</sub> +n <sub>oui</sub> )
Informations via professionnels			0,049	
Non	6 (9/147)	12 (18/147)		67 (18/27)
Oui	14 (20/147)	68 (100/147)		83 (100/120)

<sup>1</sup>test du Khi<sup>2</sup> de Pearson

Enfin, les mères étaient 42 % à juger important le besoin d'avoir des habitudes. Concernant le nombre d'enfants, il n'était pas linéairement lié avec le nombre de répondants ayant sélectionné ce besoin.

Tableau XI : Corrélations avec le besoin d'avoir des habitudes

	Non n=93 % (n/N)	Oui n=54 % (n/N)	P	Oui relatif à la variable % ( $n_{oui}/n_{non}+n_{oui}$ )
Lien avec l'enfant			0,049 <sup>2</sup>	
Mère	40 (59/146)	29 (43/146)		42 (43/102)
Père	23 (33/146)	8 (11/146)		25 (11/44)
N/A	1	0		
Nombre d'enfants élevés avant la naissance du nouveau-né			0,005 <sup>1</sup>	
Aucun	33 (47/143)	17 (25/143)		65 (82/127)
Un	14 (20/143)	15 (22/143)		52 (22/42)
Deux	13 (18/143)	1 (2/143)		10 (2/20)
Trois	2 (3/143)	2 (3/143)		50 (3/6)
Quatre ou plus	1 (1/143)	1 (2/143)		67 (2/3)
Informations via les magazines			0,010 <sup>2</sup>	
Non	58 (85/147)	28 (41/147)		58 (41/126)
Oui	5 (8/147)	9 (13/147)		76 (13/21)
Informations via internet			0,027 <sup>2</sup>	
Non	20 (49/147)	5 (8/147)		14 (8/57)
Oui	44 (64/147)	31 (46/147)		42 (46/110)
Informations via professionnels			0,030 <sup>2</sup>	
Non	15 (22/147)	3 (5/147)		19 (5/27)
Oui	48 (71/147)	33 (49/147)		41 (49/120)
Informations via famille			0,004 <sup>2</sup>	
Non	27 (39/147)	7 (10/147)		20 (10/49)
Oui	37 (54/147)	30 (44/147)		45 (44/98)

<sup>1</sup> test de Fischer ; <sup>2</sup> test du Khi<sup>2</sup> de Pearson

**Question 14 :** Parmi ces mêmes besoins, lequel vous semble le plus important pour le bien-être d'un bébé (une réponse possible) :

- Avoir des relations chaleureuses avec une même personne
- Dormir
- Être consolé
- Avoir chaud
- Être porté, tenu
- Être à l'abri des dangers de blessures
- Être nourri
- Avoir des interactions (échange de regards, sourires, paroles...)
- Être lavé
- Avoir des habitudes

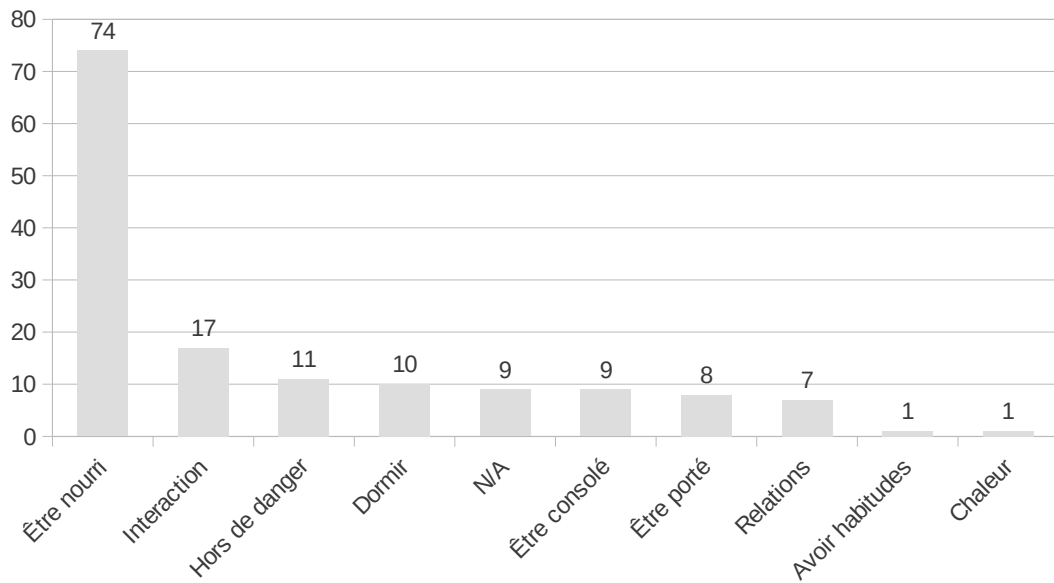


Figure 9 : Nombre de répondants selon le besoin prioritaire.

Le besoin le plus important était le besoin d'être nourri à 74 %, loin devant les autres. Nous n'avons pas retrouvé de corrélations significatives avec nos variables indépendantes.

**Question 15 :** Pensez-vous qu'en consolant un bébé à chaque pleur, il risque de faire des caprices ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

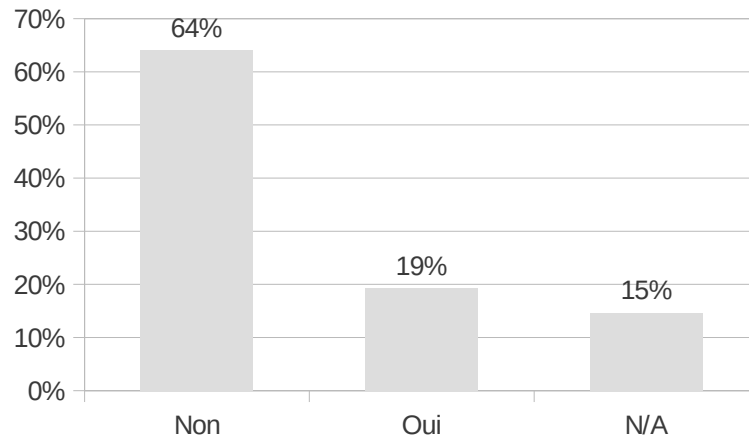


Figure 10 : Répartition des répondants selon le risque de faire des caprices.

Une majorité de répondants pensaient que les caprices n'étaient pas une conséquence d'un nouveau-né fréquemment consolé.

S'informer par internet ou les professionnels de santé semblaient influencer positivement les sujets.

Tableau XII : Corrélations avec le risque de faire des caprices

	Non, n=96 % (n/N)	Oui, n=29 % (n/N)	$P^1$	Non relatif à la variable % ( $n_{non}/n_{non}+n_{oui}$ )
Informations via internet			0,045	
Non	15 (19/125)	9 (11/125)		63 (19/30)
Oui	62 (77/125)	14 (18/125)		81 (77/95)
Informations via professionnels			0,045	
Non	11 (14/125)	7 (9/125)		61 (11/23)
Oui	66 (82/125)	16 (20/125)		80 (82/102)

<sup>1</sup> test du  $\chi^2$  de Pearson



**Question 16 :** Avez-vous déjà entendu parler ou lu sur de la Théorie de l'Attachement ?

- Oui, j'en ai entendu parler
- Non, ça ne me dit rien

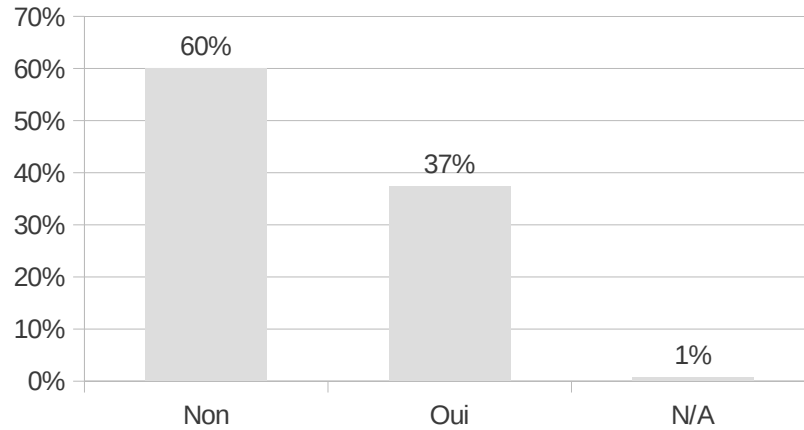


Figure 11 : Répartition des répondants sur la théorie de l'attachement.

Nous avons retrouvé les corrélations suivantes avec nos variables indépendantes : les mères étaient 46 % à connaître la théorie de l'attachement, contre 23 % des pères. Parmi les répondants connaissant cette théorie, la moitié s'informait par les livres ou les réseaux sociaux.

Tableau XIII : Corrélations significatives avec la théorie de l'attachement

	Non n=90 % (n/N)	Oui n=56 % (n/N)	<i>P</i> <sup>1</sup>	Oui relatif à la variable % (n <sub>oui</sub> /n <sub>non</sub> +n <sub>oui</sub> )
Lien avec l'enfant			0,009	
Mère	38 (55/146)	32 (46/146)		46 (46/101)
Père	23 (34/146)	7 (10/146)		23 (10/44)
N/A	1	0		
Informations via réseaux sociaux			0,030	
Non	47 (68/146)	23 (33/146)		33 (33/101)
Oui	15 (22/146)	16 (23/146)		51 (23/45)
Informations via livres			0,010	
Non	45 (65/146)	20 (29/146)		31 (29/94)
Oui	17 (25/146)	18 (27/146)		52 (27/52)

<sup>1</sup> test du Khi<sup>2</sup> de Pearson

**Question 17** : Connaissez-vous les effets du stress sur le cerveau d'un bébé ?

- Oui, j'en ai entendu parler
- Non, ça ne me dit rien

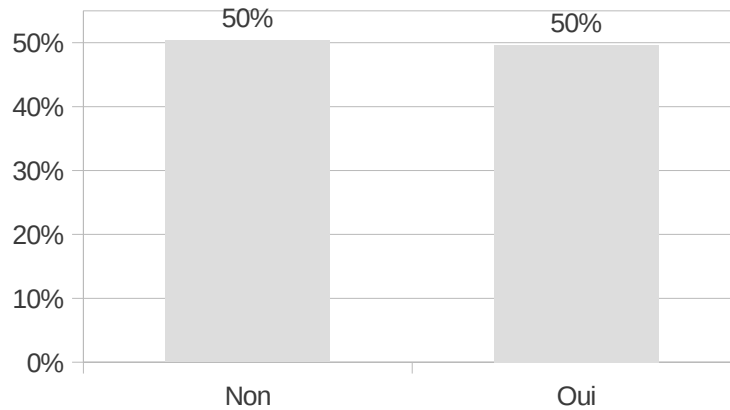


Figure 12 : Répartition des répondants selon leur connaissance de l'effet du stress.

Les sujets ayant atteint un niveau supérieur d'études ou qui nourrissaient le nouveau-né de façon mixte connaissaient davantage les effets du stress. L'âge de l'enfant apparaissait comme une variable significative. Les sujets dont l'enfant avait un jour étaient moins nombreux à connaître les effets du stress, alors que ceux dont l'enfant avait quatre jours étaient 80 % à les connaître. Cependant, il n'y avait pas de linéarité entre l'âge de l'enfant et le nombre de sujets connaissant ces effets.

Tableau XIV : Corrélations significatives avec la connaissance des effets du stress

	Non n=74 % (n/N)	Oui n=73 % (n/N)	P	Oui relatif à la variable % (n <sub>oui</sub> /n <sub>non</sub> +n <sub>oui</sub> )
Niveau d'études			0,008 <sup>2</sup>	
Sans diplôme, brevet des collèges	5 (8/147)	3 (5/147)		38 (5/13)
CAP, BEP, BAC	18 (26/147)	8 (11/147)		30 (11/37)
BAC+2 et plus	27 (40/147)	39 (57/147)		59 (57/97)
Mode d'alimentation			0,003 <sup>2</sup>	
Biberon	21 (31/146)	9 (13/146)		30 (13/44)
Mixte	7 (10/146)	14 (21/146)		68 (21/31)
Sein	23 (33/146)	26 (38/146)		54 (38/71)
N/A	0	1		
Lien avec l'enfant			0,040 <sup>2</sup>	
Mère	32 (46/146)	38 (56/146)		55 (56/102)
Père	19 (28/146)	11 (16/146)		36 (16/44)
N/A	0	1		
Âge de l'enfant			0,042 <sup>1</sup>	
J0	8 (11/147)	10 (15/147)		58 (15/26)
J1	26 (38/147)	14 (20/147)		34 (20/58)
J2	12 (17/147)	17 (25/147)		60 (25/42)
J3	5 (7/147)	7 (10/147)		59 (10/17)
J4	1 (1/147)	3 (4/147)		80 (4/5)

<sup>1</sup> test de Fischer ; <sup>2</sup> test du Khi<sup>2</sup> de Pearson

**Question 18 :** Avez-vous déjà entendu dire ou lu que le contact physique du bébé avec ses parents lui permet de développer sa capacité à gérer la frustration, la colère ?

- Oui, j'en ai entendu parler
- Non, ça ne me dit rien

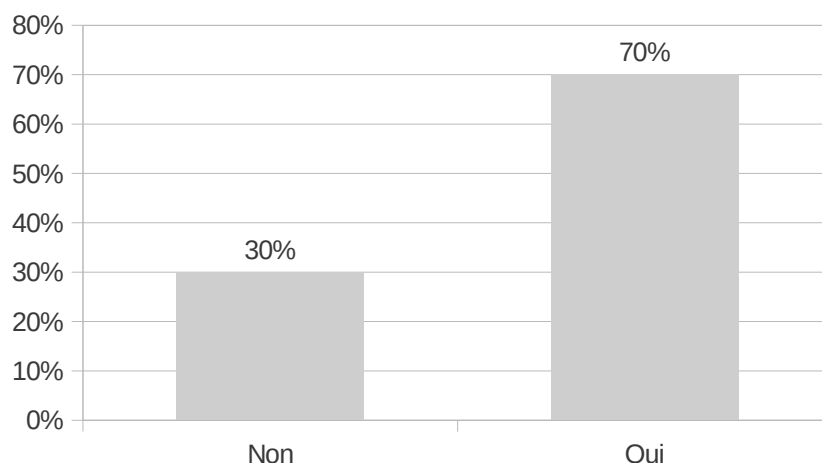


Figure 13 : Répartition des répondants selon leur connaissance sur le contact physique.

Les personnes utilisant les réseaux sociaux étaient plus nombreuses à connaître les effets du contact physique.

Tableau XV : Corrélation significative avec la connaissances des effets du contact physique

	Non n=44 % (n/N)	Oui n=103 % (n/N)	$P^1$	Oui relatif à la variable % ( $n_{oui}/n_{non}+n_{oui}$ )
Informations via réseaux sociaux			0,003	
Non	26 (38/147)	43 (63/147)		62 (63/101)
Oui	4 (6/147)	27 (40/147)		87 (40/46)

<sup>1</sup> test du  $\chi^2$  de Pearson

Un score de connaissances avait été établi en additionnant le nombre de réponses positives aux questions n°15 à 18, Nous obtenons donc des scores allant de 0/4 à 4/4. Nous les retrouvons dans le graphique suivant :

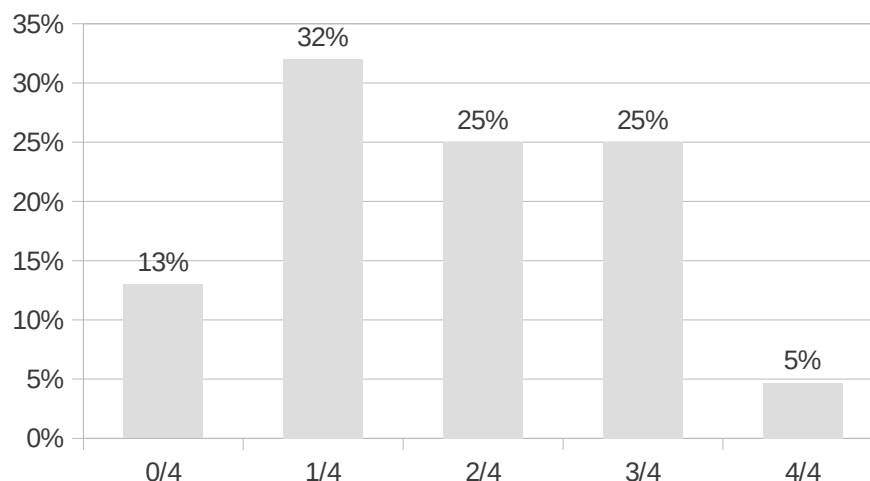


Figure 14 : Répartition des répondants en fonction de leur score, moyenne : 1,8/4.

Les répondants qui utilisaient les réseaux sociaux ou les livres avaient un score supérieur à ceux qui ne les utilisaient pas.

Tableau XVI : Corrélations significatives avec le score de connaissances

	0/4 n=19 % (n/N)	1/4 n=47 % (n/N)	2/4 n=37 % (n/N)	3/4 n=37 % (n/N)	4/4 n=7 % (n/N)	$P^1$	Score moyen moy (SD)
Informations via réseaux sociaux						0,023	
Non	11 (16/147)	23 (34/147)	20 (29/147)	12 (18/147)	3 (3/147)		1,6/4
Oui	2 (3/147)	9 (13/147)	5 (8/147)	13 (19/147)	2 (3/147)		2,2/4
Informations via livres						0,026	
Non	9 (14/147)	21 (32/147)	19 (28/147)	11 (16/147)	4 (6/147)		1,7/4
Oui	3 (5/147)	11 (16/147)	6 (9/147)	14 (21/147)	1 (1/147)		1,9/4

<sup>1</sup> test de Fischer

## DISCUSSION

L'objectif principal de notre travail était d'évaluer les connaissances des parents sur les besoins affectifs de leur nouveau-né. Avec, pour objectif secondaire, de déterminer les ressources qu'ils utilisaient pour s'informer sur les besoins de leur nouveau-né afin d'identifier des leviers d'action pour améliorer leurs connaissances. Nous avons élaboré deux hypothèses, à savoir :

H1 : les parents surestiment le besoin d'alimentation de leur nouveau-né au détriment de leur besoin affectif.

H2 : les parents ne sont pas informés de l'importance des relations affectives pour le bien-être de leur nouveau-né.

Dans cette partie, nous discuterons des limites méthodologiques de notre étude, puis nous interpréterons les résultats afin de répondre à nos hypothèses. Enfin nous réfléchirons aux perspectives potentielles de notre travail.

## **1. Limites méthodologiques**

### **1.1 Limites d'une évaluation**

La difficulté d'évaluer des connaissances sur notre échantillon était l'absence de support ou de contenu pédagogique de référence servant de base à un enseignement et une évaluation. Nous devons déterminer les connaissances à tester ainsi que les études servant de référence. Nous avons privilégié les concepts qui apparaissaient de façon récurrente dans la littérature.

### **1.2 Limites sur la récolte des données**

L'étude ayant été menée en suites de couches, nous n'avons pas d'évaluation de connaissances acquises pendant les premières semaines de parentalité, grâce à leur expérience de nouveaux parents ou des connaissances transmises par les sages-femmes, puéricultrices ou médecins vus en post-natal. Nous avons une évaluation concernant uniquement les premiers jours voire heures en maternité, donc sur ce que les parents ont appris avec leur précédents enfants, durant la grossesse (en préparation à la naissance par exemple) ou durant le séjour à la maternité.

### 1.3 Limites propre au questionnaire

La première faiblesse du questionnaire était d'avoir été créé pour l'étude, il n'était ni publié ni validé par la littérature. De plus, il n'a pas été testé.

La notion de besoin n'a pas été définie auprès des sujets. Dans les commentaires des répondants, nous avons relevé un risque de confusion entre besoin et survie : « Oui, il faut le nourrir sinon, il meurt ! ». Le choix de ne pas définir le besoin était d'éviter un biais supplémentaire, en leur donnant envie de répondre « correctement » et non spontanément. En effet, ce qui nous intéressait était la connaissance qu'ils en avaient, et non qu'ils sachent faire correspondre les réponses avec la définition que nous en aurions donnée.

La question n°11 n'a pas été correctement formulée, elle était censée être une question à choix unique, mais 18 % des répondants ont fait deux choix ou plus, incluant systématiquement le port dans les bras. Le port était-il vu uniquement comme un moyen de « manger » et non comme une solution en soi pour parvenir à consoler l'enfant ? Nous ne savons pas non plus si les répondants ont imaginé une chronologie dans les solutions à déployer comme, par exemple, d'abord porter, puis nourrir et enfin, si cela ne suffisait pas, le laisser se calmer seul. Peut-être que reformuler « prendre dans les bras » par « consoler » ou « faire un câlin » aurait limité le malentendu.

La question n°14 semble aussi avoir été mal comprise. En effet, certains répondants ont coché plusieurs besoins, ils ont été placés dans la catégorie N/A avec ceux qui n'ont pas répondu à cette question (9 sujets/ 147).

Nous pouvons reprocher aux questions n°13 et n°14 de porter davantage sur la représentation que les parents ont des besoins que sur des connaissances. En effet, il n'y a pas de réponse correcte à la n°14 et la bonne réponse à la n°13 aurait été de tout cocher.



Enfin, la notion de score ne permet pas à elle seule de définir ce que serait une « bonne » note correspondant à de bonnes connaissances car il est basé sur seulement quatre questions qui ont été choisies arbitrairement pour l'étude.

#### **1.4 Faiblesses de l'analyse des résultats**

L'analyse des résultats montrait que certaines réponses correspondant aux besoins affectifs étaient corrélées au niveau d'études, à une longue durée de vie en France, à l'allaitement et au fait d'être mère. Cela ne nous permet pourtant pas de conclure qu'il faut privilégier la prévention sur les personnes ayant un faible niveau d'études ou qui sont présentes depuis moins de dix ans en France. En effet, le nombre de corrélations similaires sur l'ensemble des questions est trop faible.

En outre, l'interprétation des résultats admet une partie subjective, car elle se fait sans comparaison possible avec d'autres études similaires.

## **2. Validité externe**

Si nous considérons l'ensemble de nos répondants, ils étaient répartis à 45 % (soit 66/ 147) sur la maternité de Hautepierre et à 55 % (soit 81/ 147) sur celle du CMCO, ce qui correspond à la répartition des naissances entre les 2 sites sur 2020 (28) (respectivement 45 % et 55 %).

D'après les chiffres recueillis par l'enquête EPOPÉE (31) de 2016, notre échantillon était représentatif ( $p < 0,001$ , selon le test du  $\chi^2$ ) sur l'âge des mères interrogées, au détail près que EPOPÉE comptabilise les mères mineures, que notre étude avait exclues.

Le mode d'alimentation du nouveau-né de l'échantillon de notre étude n'était, quant à lui, pas représentatif, malgré des chiffres très proches : les mères étaient 67 % à allaiter au sein selon EPOPÉE, contre 70 % selon notre étude.

Le niveau d'études des mères de notre échantillon n'était pas non plus représentatif de la population. Nous avons une surreprésentation des mères avec un niveau d'études supérieures (64 % contre 55 %), par rapport au niveau CAP ou BAC (27 % contre 37 %).

De même en ce qui concernait le suivi par la PMI, il était surreprésenté dans notre échantillon (19 % des répondants avaient bénéficié d'un suivi PMI dans notre étude , contre 7 % selon EPOPÉE).

La représentativité sur les autres variables ne pouvait être établie car elles ne correspondaient pas à des données épidémiologiques disponibles.

Cependant, nous sommes satisfaits d'avoir un échantillon représentatif de la population étudiée sur l'âge des mères et très proche vis-à-vis du mode d'alimentation. La taille de l'échantillon nous permet d'avoir quelques corrélations significatives entre nos variables. Le taux de réponse des répondants de 147/ 189 nous conforte dans la stratégie choisie pour interroger les sujets. Enfin, l'étude est reproductible grâce aux questions fermées à choix multiples.

### **3. Les parents surestiment-ils le besoin d'alimentation de leur nouveau-né au détriment de ses besoins affectifs ?**

80 % des sujets répondaient aux pleurs de l'enfant par le fait de le porter, entre autres choses. Sur l'expérience d'Harlow, 67 % pensaient que le singe préférerait le poupon en tissu.

Parmi les besoins plébiscités dans les réponses, nous retrouvons d'abord « être nourri » (moins choisi par les répondants pratiquant l'allaitement mixte, mais davantage par les répondants diplômés et ceux vivant en France depuis plus de dix ans), puis le besoin de dormir et d'interaction.

Le besoin considéré comme le plus important était « être nourri » à 74 % puis celui d'interaction à 17 %.

Dans la thèse de Cimon-Morin (32), la revue de littérature montre que certains déterminants influencent le comportement des mères face aux pleurs de leur enfant : le tempérament de la mère, la manière d'interpréter les pleurs de l'enfant, les expériences antérieures avec des enfants, le revenu de la famille, le nombre d'années de scolarité de la mère, les valeurs sur ce qui est jugé acceptable dans l'éducation d'un enfant et la fréquence des pleurs de l'enfant. Cependant, les principaux déterminants sont le statut socio-économique et l'apprentissage culturel. Elle montre aussi, à travers son étude, que la différence transculturelle est

significative entre des mères québécoises et colombiennes. « Les mères québécoises nourrissent plus souvent leur bébé en réponse à leur détresse que les mères de Bogota ». Elles ne font pas que nourrir plus souvent, elles regardent, parlent, affectionnent physiquement et consolent davantage également. Dans notre étude, ces déterminants ne sont pas significativement en lien avec la question n°11 sur la réaction aux pleurs, ni avec la question n°12 sur l'expérience d'Harlow. Le niveau d'études, dans cette thèse, est aussi lié à un nourrissage plus fréquent, à davantage de marque d'affection non physique, au fait de consoler physiquement et de parler à l'enfant. Par contre, sur nos questions concernant les besoins affectifs et les connaissances, le nombre d'enfants élevés n'est pas impactant, contrairement au niveau d'études, et à la durée de vie en France, facteurs communs avec les déterminants relevés par la thèse.

L'étude de Fracasso (33) montre qu'une des réponses fréquentes des mères occidentales aux pleurs de leur nourrisson est la vocalisation, en plus de prendre dans les bras comme dans la plupart des cultures. Or cette possibilité n'a pas été proposée dans notre étude.

Sans connaître le pays d'origine des répondants qui vivent depuis dix ans ou moins en France, le fait qu'ils n'aient choisi le besoin d'être nourri qu'à un peu plus de 70 % fait écho aux résultats du mémoire de Sawadogo (34) sur les pratiques d'allaitement au Burkina Faso. Elle montre que les nouveau-nés ne reçoivent pas toujours le colostrum (en fonction des régions), car il est jugé nocif et sale. L'eau tiède « joue aussi bien le rôle de nourriture que d'épuration chez celui-ci. L'enfant naît avec des saletés dans le ventre et il appartient à la société de lui en débarrasser par des substances bienfaisantes comme l'eau et les tisanes symboles de vie et de pureté ». Ainsi, dans certaines cultures, le besoin d'alimentation pourrait ne pas être considéré comme une priorité des premiers jours de vie, période de recueil de nos données.

Pour conclure sur notre hypothèse H1, nous ne pouvons pas confirmer l'hypothèse que le besoin d'alimentation est surestimé par rapport aux besoins affectifs. Les résultats des questions n°11 et n°12 infirment l'hypothèse. Quant aux questions n°13

et 14, le besoin d'être nourri est majoritairement choisi, cependant les besoins affectifs ne sont pas suffisamment loin dans le classement pour en conclure qu'ils sont sous-estimés, surtout lorsque, pour la question n°13, les besoins d'interaction et d'être consolé étaient devant le besoin d'être hors de danger, d'avoir chaud ou d'être lavé. De plus, si nous nous référons à la cartographie que nous avons retenue, les répondants n'avaient pas uniquement prioriser les besoins physiologiques. En comparant nos résultats avec la littérature, nous ne pouvons pas établir un profil de parent qui surestimerait le besoin d'être nourri, bien que nous devinions un lien fort avec la dimension culturelle (la durée de vie en France est significative à trois reprises dans nos réponses aux questions n°11 à 14) sans pouvoir conclure si la culture joue favorablement ou non pour le développement de l'enfant. Le niveau d'études, qui était lié significativement deux fois dans nos réponses, semblerait également jouer un rôle dans la représentation des besoins, mais de même que pour la culture, nous ne pouvons conclure s'il représente un atout en faveur du bon développement de l'enfant.

Nous ne pouvons donc pas conclure que les répondants ont survalorisé le besoin d'alimentation de leur nouveau-né.

#### **4. Les parents sont-ils informés de l'importance des relations affectives pour le bien-être de leur nouveau-né ?**

64 % des sujets pensaient qu'un enfant n'aurait pas de tendance à faire de caprices en étant souvent porté. 37 % connaissaient la théorie de l'attachement de nom (46 % des mères).

50 % connaissaient les effets du stress (surtout les répondants diplômés du supérieur, les mères, ceux dont l'enfant est allaité ou à J4).

70 % savaient que le contact physique permet de gérer la frustration.

Concernant le score de connaissance, il se trouvait légèrement sous la moyenne (1,8/4).

Nous n'avons pas trouvé d'études portant sur l'évaluation des connaissances, il en existe pourtant de nombreuses sur l'évaluation de la réponse aux besoins affectifs par les parents. Quand bien même nous ne pouvons pas admettre un lien entre les

connaissances, la mise en pratique de ces connaissances et la qualité effective dans la réponse aux besoins, nous remarquons d'intéressantes similitudes.

Plusieurs études évaluent la capacité des parents à répondre aux besoins, elles quantifient la non-réponse au besoin en mesurant le risque de négligences : l'étude de Bandola (35) regarde si l'accumulation de facteurs de risque augmente le risque de négligences affectives et cognitives. Les facteurs individuels étudiés sont l'âge des parents, le nombre d'enfants, le niveau d'études, comme notre travail. Mais en plus, s'ajoute la monoparentalité, le niveau de ressources, la consommation d'alcool. Sur nos variables en commun, cette étude québécoise retrouve qu'un nombre élevé d'enfants dans le ménage induit 37,6 % de famille avec une présence de risque de négligences, alors que notre étude ne retrouve pas de corrélation significative entre le nombre d'enfants et la connaissance des besoins affectifs.

Toujours sur les facteurs de risque mais avec des conséquences sur les négligences en général, cette autre étude québécoise (36) évalue le risque de négligences en fonction de deux facteurs de risque : l'âge de l'enfant et le genre du parent. Il se trouve que le genre, que nous avons relevé aussi, n'augmente pas le risque de négligences. Notre étude quant à elle, relevait trois questions pour lesquelles le genre marquait une différence significative : davantage de mères avaient choisi le besoin d'être consolé et d'avoir des habitudes. Et davantage de mères connaissaient la théorie de l'attachement et les effets du stress.

Une méta-analyse de 2018 (37) retrouve en facteur de risque significatif le fait d'avoir plus de deux enfants, le faible niveau socio-économique, la monoparentalité, les problèmes mentaux, psychiatriques, physique et pré-nataux, la consommation de toxiques, le fait que l'enfant soit non caucasien ou de sexe féminin.

Cette autre méta-analyse de 2009 (38) relève beaucoup de facteurs de risque de négligences, mais parmi les plus significatifs, nous retrouvons : la taille de la famille, le statut socio-économique, la monoparentalité, l'âge des parents, les problèmes psychiatriques ou psychologiques, des antécédents de maltraitance dans l'enfance des parents. Ici encore, les déterminants en commun avec notre enquête (taille de la famille et âge des parents) n'étaient pas significatifs dans notre cas.

Si nous avions souhaité faire une corrélation entre les connaissances et la qualité de réponse aux besoins, nous aurions dû sélectionner bien plus de variables indépendantes que la dizaine utilisée pour notre travail : la monoparentalité, le niveau de ressources, les troubles psychiques, la prise de substances psycho-actives, l'origine ethnique, le sexe de l'enfant, l'histoire de vie des parents sont autant de déterminants impactant la réponse aux besoins, donc le développement de l'enfant. Mais le fait de ne pas connaître les besoins est-il un facteur de risque de négligences ? La seule étude trouvée se rapprochant de cette question est une évaluation d'atelier parents/enfants (39) comprenant une étape de transmission de connaissances théoriques aux parents. Malheureusement, elle ne mesure qu'un « sentiment de compétences parentales » avant l'enseignement et après la série d'ateliers. Ce sentiment ne correspond pas à ce qu'ils ont retenu ni à la qualité de la réponse aux besoins de l'enfant. L'évaluation conclue à un niveau de sentiment « moyen » de compétence parentale avant les ateliers chez le groupe témoin et le groupe bénéficiant de l'intervention, sans différence significative après l'intervention entre les deux groupes.

Afin de vérifier l'hypothèse 2 « les parents ne sont pas informés de l'importance des relations affectives pour le bien-être de leur nouveau-né », quatre questions (n°15 à 18) et un score ont été établis.

Sur trois des quatre questions, les sujets étaient la moitié ou plus à connaître les concepts énoncés et le score global se situait juste sous la moyenne.

Ainsi, nous pouvons considérer le niveau de connaissance comme moyen, donc notre hypothèse 2 ne peut pas être confirmée.

Le profil du parent qui a de bonnes connaissances aurait tendance à être, selon nos corrélations significatives, une mère, privilégiant l'allaitement mixte, ayant fait des études supérieures et qui aurait bénéficié d'un séjour d'au moins quatre jours à la maternité. De plus, notre profil type semblerait éviter de s'informer par les magazines et la famille. Malheureusement, ces caractéristiques ne sont pas confirmées par les études qui explorent les facteurs de risque de négligences, quand bien même rien ne nous permet de relier notre score de connaissances des parents avec le risque de négligences envers leur enfant.

## 5. Les sources d'information

Les sources d'information les plus utilisées étaient les professionnels de santé, puis internet, suivait la famille. La source « livres » se retrouvait chez les répondants qui privilégiaient le besoin d'être porté ou qui connaissaient la théorie de l'attachement. Les professionnels de santé, la famille, les magazines, internet et les réseaux sociaux étaient les sources favorisées aussi bien par les répondants qui avaient choisi les besoins physiologiques que par ceux qui avaient coché des besoins affectifs. Parmi ceux qui avaient des connaissances, ni la famille ni les magazines n'étaient des sources d'information significativement positives. En ce qui concerne notre score, il était supérieur chez les parents lisant les réseaux sociaux et des livres.

Dans l'étude Naître en France de 2019 (40), réalisée par La Boîte Rose (promoteur de marques), les professionnels de santé et internet étaient les principales sources d'information utilisées. Cependant, cette étude présente un biais de recrutement important, car elle est faite en partenariat avec l'émission La Maison des Maternelles (représentée par la réponse « autres » dans notre questionnaire et qui était sélectionnée à moins de 1 %).

Une étude française de 2021 (41) sur la diversification alimentaire fait ressortir les professionnels de santé puis internet en sources prioritaires, suivent les réseaux puis les outils papiers et enfin la radio et la télévision.

Les professionnels de santé et internet semblent être des vecteurs d'informations privilégiés par les parents.

L'objectif secondaire, qui était de connaître les sources d'information des parents, nous permet de lier les sources « réseaux sociaux » et « livres » avec un niveau de connaissance légèrement supérieur à la moyenne . Nous pouvons aussi considérer la source d'information « professionnels de santé » comme la plus utilisée. Elle apparaît fréquemment comme associée avec des réponses positives au besoin affectif. Elle pourrait être donc considérée comme un levier d'action efficace pour améliorer les connaissances des parents dans l'hypothèse où augmenter la connaissance des parents aurait un impact sur le bon développement de l'enfant.

## 6. Perspectives

Dans notre étude, plutôt que de savoir si les parents répondaient aux besoins, nous avons considéré pertinent de savoir si les parents connaissaient les besoins affectifs de leur enfant, mais nous aurions pu encore remonter dans le raisonnement en étudiant le préliminaire suivant : qu'est ce qu'un besoin pour les parents ? Que jugent-ils nécessaire au développement de leur enfant ? Le choix du besoin d'être nourri comme besoin le plus important, correspond à un besoin physiologique. Les besoins physiologiques sont le premier niveau des besoins à satisfaire selon la pyramide de Maslow (voir Annexe III) et le dernier selon la représentation du consensus français décrit en introduction.

Cette représentation des besoins selon Maslow est peut-être celle qui est présente dans l'esprit des parents, et étudier la façon dont les parents représentent les besoins pourrait donner des cartographies différentes et intéressantes car basées sur l'empirisme et leur culture (nos résultats étant fréquemment en lien avec la durée de vie en France).

En outre, il serait intéressant de savoir parmi les différentes cultures, dans lesquelles les besoins sont les mieux satisfaits en pratique. Un levier d'amélioration serait alors de valoriser ce qui, dans nos cultures, favorisent le bon développement des enfants, sans nécessairement standardiser les réponses parentales.

En plus de la durée de vie en France, le lien de parenté « mère » ressortait significativement dans plusieurs réponses : qu'est ce qui explique que le fait d'être la mère améliore, dans notre questionnaire, les connaissances sur l'affectif ? Retrouverions-nous ici une illustration du Care, comme valeur assignée aux femmes ?

Ensuite, notre étude a exclu la maternité qui mettait en place le label IHAB. Compte-tenu de la philosophie de la démarche, il serait intéressant d'évaluer l'apport des pratiques IHAB dans la représentation des besoins du nouveau-né auprès des parents, et sur la qualité de leurs réponses. Peut-être qu'au delà d'un label, nous y



trouverions de nouvelles normes de soins favorables à l'amélioration des compétences parentales.

Enfin, pour améliorer les pratiques professionnelles, connaître la perception des besoins du point de vue des soignants permettrait de mettre en regard leurs représentations et celles des parents afin de voir s'il y a plutôt accordage ou décalage. D'ailleurs, leurs connaissances seraient-elles bonnes ? Parlent-ils des différents besoins avec les parents ? Les protocoles médicaux et les contraintes en ressources humaines les contraindraient-ils à prioriser le besoin alimentaire au détriment des besoins affectifs ? Est-ce que relever et faire relever par les parents la courbe de poids, le nombre de prises alimentaires, de selles, d'urines ne détourneraient pas l'attention des parents sur ce qui est essentiel ? (Notons que l'âge de l'enfant n'apparaît qu'une fois comme positivement corrélé aux questions de notre enquête).

Pour l'avenir, il nous semble primordial, en tant de professionnel de santé, de nous demander ce qui, dans nos pratiques, perturbe le développement du lien affectif entre parents et enfants. De la conception à la petite enfance, nos suivis et nos interventions sont-ils toujours respectueux des besoins de l'enfant ? Le gouvernement donne-t-il les moyens de ses ambitions dans un contexte de grève des sages-femmes, de médecins libéraux, de manque de personnels soignants à l'hôpital, de sous-effectif de travailleurs sociaux ?

Dans un système de soin régulé par la cotation à l'activité et non en temps investi, lorsque nous mettons en regard, par exemple, la cotation d'un entretien prénatal précoce face au temps qu'il nécessite pour être correctement mené, nous nous demandons quelle valeur est donnée à l'accompagnement. Ces conditions sont-elles satisfaisantes pour répondre au besoin d'un environnement soutenant pour les parents ? Comment notre société peut-elle exiger que des parents répondent correctement aux besoins de leur enfant, si elle ne répond pas aux besoins des parents pour qu'ils soient en mesure de jouer leur rôle ?

## CONCLUSION

Notre question de recherche était de savoir quel était le niveau de connaissance des parents sur les besoins affectifs de leur nouveau-né. Un questionnaire non validé par la littérature a été remis aux parents en suites de couches afin d'explorer cette question.

Nous n'avons pas pu confirmer que les parents surestimaient le besoin d'alimentation de leur nouveau-né au détriment de leur besoin affectif. Ils semblaient conscients de l'importance des besoins affectifs, notamment celui d'interaction.

Nous n'avons pas été non plus en mesure de confirmer que les parents n'étaient pas informés de l'importance des relations affectives pour le bien-être de leur nouveau-né. En effet, le score que nous avons élaboré était proche de la moyenne.

Il s'est avéré que les professionnels de santé étaient la source d'information qu'ils privilégiaient, ainsi qu'internet et la famille. Une prévention autour des besoins affectifs pourrait donc passer par les professionnels de santé. Le site et l'application des « 1000 premiers jours » semblaient pertinents au regard de l'importance d'internet comme source d'information.

Notre étude retrouvait le niveau d'études et la durée de vie en France comme déterminants significatifs communs à la littérature. Afin de pouvoir davantage comparer nos résultats avec la littérature, la monoparentalité, consommation de toxiques, les troubles psychiques, le niveau économique pourraient être explorés.

L'étude des résultats nous a amenés à la réflexion suivante : pour répondre au besoin d'être nourri, le fait de porter, regarder, toucher est nécessaire : dans quelle mesure séparer le besoin d'alimentation de l'affectif a-t-il un sens ? D'après Ainsworth, l'alimentation et l'affectif sont intimement liés (42). Un acte de soin ne répond pas nécessairement à un seul besoin ainsi qu'un besoin n'est pas seulement satisfait par un acte pris indépendamment d'une interaction globale. De ce point de vue, nous sommes dans une approche holistique : selon Dagenais, « pour le développement normal des enfants, les besoins de base pour la protection, la nourriture et la santé doivent être positionnés dans le même sens que les besoins de base pour l'affection, l'interaction et l'éducation, étant intimement inter-reliés » (43).

Nous ne remettons pas en cause la définition du besoin telle que nous l'avons définie en introduction (ce qui est nécessaire au bon développement de l'enfant), mais nous

interrogeons ses catégorisations en besoins spécifiques associés à une fonction : besoin d'être nourri pour la fonction d'apport alimentaire, besoin de chaleur ou de vêtement pour la protection thermique, besoin d'attachement pour être autonome et avoir confiance en soi... Nous interrogeons également les travaux d'ordonnement de ces besoins spécifiques que ce soit sous forme de hiérarchie, de poupées russes ou de listing. Enfin, nous interrogeons le fait qu'un besoin est associé à un individu. Ainsi, est-ce que le bien-être, le bon développement individuel pourrait être satisfaisant non pas grâce aux réponses à ses besoins individuels, mais aux besoins du collectif ? Par exemple « être nourri » : l'être individuellement, semble évident, mais n'éprouverions-nous pas davantage de bien-être ou n'aurions-nous pas un développement émotionnel, cognitif supérieur si l'individu voit sa communauté entière avec ce besoin satisfait ? Nous pensons que, à terme, les cartographies des besoins changeront et perdront les ordonnancements hiérarchisés selon la temporalité ou selon un jeu de contenant/contenu. Elles effaceront peut-être les distinctions entre l'individuel et le collectif : ce qui est bon pour le collectif serait source de bien-être pour l'individuel.

Et si l'approche holistique pouvait nous aider à comprendre nos résultats ? Ils ne présentaient pas de rupture franche dans les choix entre des besoins physiologiques et affectifs, et ils étaient même imbriqués dans les réponses de la question n°11. Nous pourrions y voir le reflet d'une inter-relation dans les besoins qui est comprise intuitivement par les répondants. Cette approche contraint à un niveau supérieur de complexité dans les actions de santé publique car selon nous, cela sonne la fin des « spécialistes » d'un seul « système » : sage-femme (spécialiste de la femme), puéricultrice (spécialiste de l'enfant), assistant social (spécialiste des droits), psychologue (spécialiste du psychisme), etc. Mais les professionnels devront-ils devenir des spécialistes de l'ensemble, du « tout », de façon multidisciplinaire, voire omnisciente ? A porter les leviers de chaque déterminant de santé, à chaque échelle (individuelle à sociétale) pour chaque enfant ? Cela paraît impossible à faire pour un seul travailleur médico-social ou professionnel. De nouveaux modèles de protection de l'enfance doivent être non seulement développés mais aussi évalués à grande échelle : celle de la communauté, comme le préconise l'UNICEF (44).

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les 1 000 premiers jours. Là où tout commence. Rapport de la commission des 1 000 premiers jour. 2020.
2. Dictionnaire de français Larousse. Définitions : besoin. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/besoin/8907>. Cité 15 avril 2021.
3. Lacharité C, Éthier L, Nolin P. Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. Bulletin de psychologie. Avril 2006 ; 484 : p. 381-394.
4. Brazelton T, Greenspan S. Ce dont chaque enfant a besoin : ses sept besoins incontournables pour grandir, apprendre et s'épanouir. Paris : Stoc ; 2001, 317 p.
5. Ministère des Familles, de l'Enfance et des Droits des Femmes. Démarche de consensus sur les besoins fondamentaux de l'enfant en protection de l'enfance. Février 2017.
6. Center on the Developing Child at Harvard University. The Foundations of Lifelong Health Are Built in Early Childhood. Cambridge : Harvard University ; 2010.
7. Chamberland C, Lessard D, Fafard G, Lacharité C. Une approche et des outils au profit du développement des enfants. INITIATIVE AIDES. Nantes ; 2013.
8. République française. Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant. Journal Officiel, n°0063 du 15 mars 2016, texte 1.
9. UNICEF. La Convention Internationale des Droits de l'Enfant. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants>. Cité le 16 février 2023.
10. Maslow A. A Theory of Human Motivation. Psychological Review. Juillet 1943 ; 50 : 370-396.
11. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. Hillsdale, N.J., Erlbaum. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Infant mental health journal. Printemps 1980, 1(1) : 68-70.
12. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles

vivant en contexte de vulnérabilité. CADRE DE RÉFÉRENCE. Québec : La Bibliothèque et Archives nationales du Québec ; 2021.

13. Addabbo M, Longhi E, Marchis IC, Tagliabue P, Turati C. Dynamic facial expressions of emotions are discriminated at birth. PLoS ONE. 1 mars 2018 ; 13 (3).

14. Gueguen C, D'Ansembourg T. Pour une enfance heureuse Repenser l'éducation à la lumière des dernières découvertes sur le cerveau. Paris : Pocket ; 2016, 367 p.

15. Meaney MJ, Szyf M. Environmental programming of stress responses through DNA methylation: life at the interface between a dynamic environment and a fixed genome. Dialogues Clin Neurosci. 2005 ; 7(2) : 103-23.

16. Miguel PM, Pereira LO, Silveira PP, Meaney MJ. Early environmental influences on the development of children's brain structure and function. Dev Med Child Neurol. Oct 2019 ; 61(10) : 1127-33.

17. Strathearn L. Maternal neglect : oxytocin, dopamine and the neurobiology of attachment. J Neuroendocrinol. Novembre 2011 ; 23(11) : 1054-65.

18. Landers MS, Sullivan RM. The Development and Neurobiology of Infant Attachment and Fear. Dev Neurosci. Septembre 2012 ; 34(2-3) : 101-14.

19. David M. L'enfant de 0 à 2 ans. Vie affective et problèmes familiaux. Nanterre : Dunod, « Petite enfance » ; 2016, 144 p.

20. Bowlby J. L'avènement de la psychiatrie développementale a sonné. Devenir. 1992 ; 4 (4) : 7-31.

21. The Adoption History Project. Harry F. Harlow, « Love in Infant Monkeys », 1959. [En ligne]. Disponible sur : <https://darkwing.uoregon.edu/~adoption/archive/HarlowLIM.htm>. Cité le 16 décembre 2020.

22. Grenn C. The Nature of Love. [En ligne]. <http://psychclassics.yorku.ca/Harlow/love.htm>. Cité le 16 décembre 2020.

23. Bader LR, Fouts HN. Cultural models of infant emotions and needs among the Gamo people of southern Ethiopia. *Infant Ment Health J.* 1 septembre 2018 ; 39 (5) : 497-510.
24. Zeifman DM. An ethological analysis of human infant crying: Answering Tinbergen's four questions. *Dev Psychobiol.* 2001 ; 39 (4) : 265-85.
25. Hubert A. Nourritures du corps, nourritures de l'âme. [En ligne]. Disponible sur : [http://cdi.merici.ca/OCHA\\_paris/emotions.pdf](http://cdi.merici.ca/OCHA_paris/emotions.pdf). Cité le 12 février 2023.
26. Brown CH, Bains JS, Ludwig M, Stern JE. Physiological regulation of magnocellular neurosecretory cell activity : Integration of intrinsic, local and afferent mechanisms. *J Neuroendocrinol.* Août 2013 ; 25 (8).
27. 1000 Premiers Jours - Là où tout commence. Bébés, parents : bien démarrer nos nouvelles vies. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr>. Cité 18 février 2023.
28. DREES. Liste des maternités de France depuis 2000. [En ligne]. [https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/fichier\\_maternites\\_112021/information/](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/fichier_maternites_112021/information/). Cité le 28 février 2022.
29. Cyrulnik B. *Sous le signe du lien*. Paris : Hachette Littératures ; 1989, 319 p.
30. Bowlby J. *Attachement et perte : volume 1 : l'attachement*. Paris : Puf ; 2002, 140p.
31. DRESS, INSERM. *Enquête nationale périnatale : rapport 2016*. Paris : DRESS ; 2017.
32. Cimon-Morin V. *Rôle de la culture et du niveau socio-économique sur les réponses maternelles aux détresses d'enfants de 3 mois: Bogota et Québec*. Université de Laval ; 2000, 62 p.
33. Schölmerich A, Lamb M, Leyendecker B, Fracasso M. Mother-infant teaching interactions and attachment security in Euro-American and Central-American immigrant families. *Infant Behav Dev.* 1 avril 1997 ; 20 : 165-74.



34. Sawadogo M. Logiques et représentations des pratiques d'allaitement et d'alimentation de complément des enfants de 0 à 24 mois : cas des départements de Bilanga, de Liptougou et de Manni dans la province de la Gnagna. Université de Ouagadougou ; 2006, 105 p.
35. Bandola C, Clément MÈ, Bérubé A. La réponse aux besoins affectifs et cognitifs de l'enfant : Application du modèle cumulatif à la population générale. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2022 ; 67 (4) : 251-259.
36. Clément M, Bérubé A, Chamberland C. Prevalence and risk factors of child neglect in the general population. *Public Health*. 1 septembre 2016 ; 138 : 86-92.
37. Mulder TM, Kuiper KC, Van Der Put CE, Stams G, Assink M. Risk factors for child neglect : a meta-analytic review. *Child Abuse Negl*. 1 mars 2018 ; 77 : 198-210.
38. Stith SM, Liu T, Davies LC, Boykin EL, Alder MC, Harris JM, et al. Risk factors in child maltreatment : a meta-analytic review of the literature. *Aggress Violent Behav*. 1 janvier 2009 ; 14 (1) : 13-29.
39. Leroy-Rivierre, O., El Ouazzani, H. & Raynaud, A. Évaluation du programme d'accompagnement de la parentalité « Ateliers Parents : la sécurité affective dans la relation Parent-Enfant ». *Devenir*. 2021 ; 33 : 69-88.
40. La Boîte Rose. Étude Naître en France : le suivi de Grossesse [En ligne]. Disponible sur : <https://www.laboiterose.fr/fr/toutes-les-enquetes-de-l-institut-d-etudes-la-boite-rose/etude-naître-en-fance-le-suivi-de-grossesse>. Cité le 13 février 2023.
41. De Rosso S, Schwartz C, Ducrot P, Nicklaus S. The perceptions and needs of French parents and pediatricians concerning information on complementary feeding. *Nutrients*. 22 juin 2021 ; 13 (7) : 2142.
42. Ainsworth M. Infant - Mother Attachment. *American Psychologist*. Octobre 1979 ; 34 (10) : 932-937.

43. Dagenais V. Investir dans le développement holistique des jeunes enfants : une priorité vers une réduction de la pauvreté. Institut d'étude du développement international. 2013, 26 p. [En ligne].

[www.mcgill.ca/isid/files/isid/pb\\_2013\\_08\\_fr\\_dagenais.pdf](http://www.mcgill.ca/isid/files/isid/pb_2013_08_fr_dagenais.pdf). Cité le 28 janvier 2023.

44. UNICEF Belgique. L'approche « holistique » et « globale ». [En ligne]. Disponible sur : <https://www.unicef.be/fr/comment-travaille-lunicef/approche-holistique-et-globale>. Cité le 13 février 2023.

## **ANNEXES**

# ANNEXE I : Questionnaire

## QUESTIONNAIRE

- HTP
- CMCO
- Sélestat

1	Quel est votre âge ? <input type="checkbox"/> <19 ans <input type="checkbox"/> 20-24 ans <input type="checkbox"/> 25-29 ans <input type="checkbox"/> 30-34 ans <input type="checkbox"/> 34-39 ans <input type="checkbox"/> >40 ans
2	Quel est votre niveau d'étude ? <input type="checkbox"/> Sans diplôme, brevet des collèges <input type="checkbox"/> CAP, BEP, BAC <input type="checkbox"/> BAC+2 et plus
3	Quel est votre lien avec bébé ? <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre
4	Quel âge a votre bébé ? <input type="checkbox"/> Il est né aujourd'hui <input type="checkbox"/> Il est né hier <input type="checkbox"/> 2 jours <input type="checkbox"/> 3 jours <input type="checkbox"/> 4 jours ou plus
5	Comment nourrissez-vous votre bébé aujourd'hui ? <input type="checkbox"/> Au sein <input type="checkbox"/> Au biberon <input type="checkbox"/> Les deux
6	Combien d'enfants, à part votre bébé, avez-vous élevé ou élevez-vous ? ____
7	Avez-vous déjà eu un enfant né prématuré (avant 37 semaines d'aménorrhée), hospitalisé en néonatalogie ou en unité Kangourou ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8	Avez-vous déjà bénéficié d'un suivi par la PMI (Protection maternelle et infantile) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9	Depuis combien de temps vivez-vous en France ? <input type="checkbox"/> Depuis toujours, j'y suis né.e <input type="checkbox"/> ≤5 ans <input type="checkbox"/> 6-10 ans <input type="checkbox"/> >10 ans
10	Cherchez-vous des informations concernant la santé, le bien-être de votre bébé ? Si oui, où les cherchez-vous ? <input type="checkbox"/> Réseaux sociaux <input type="checkbox"/> Livres <input type="checkbox"/> Magazines <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Professionnels de santé <input type="checkbox"/> Entourage/ famille <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Je n'ai pas besoin d'informations

- 11 Votre amie vient aussi d'avoir un bébé, il pleure et elle semble un peu perdue. Vous lui conseillez de :
- Lui donner à manger
  - Le prendre dans ses bras
  - Ne pas paniquer, il peut se calmer tout seul

- 12 Selon vous, laquelle des deux poupées le singe préfère-t-il ?

Poupée en tissu doux



Poupée en métal avec le biberon



- 13 Selon vous, quels sont les besoins importants pour le bien-être de votre bébé (plusieurs réponses possibles) :

- Être nourri
- Avoir des habitudes
- Être consolé
- Avoir chaud
- Être porté, tenu
- Être à l'abri des dangers de blessures
- Avoir des relations chaleureuses avec une même personne
- Être lavé
- Dormir
- Avoir des interactions (échange de regards, sourires, paroles...)

- 14 Parmi ces mêmes besoins, lequel vous semble le plus important pour le bien-être d'un bébé (1 réponse possible) :

- Avoir des relations chaleureuses avec une même personne
- Dormir
- Être consolé
- Avoir chaud
- Être porté, tenu
- Être à l'abri des dangers de blessures
- Être nourri
- Avoir des interactions (échange de regards, sourires, paroles...)
- Être lavé
- Avoir des habitudes

- 15 Pensez-vous qu'en consolant un bébé à chaque pleur, il risque de faire des caprices ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

- 16 Avez-vous déjà entendu parler ou lu sur de la Théorie de l'Attachement ?

- Oui, j'en ai entendu parler
- Non, ça ne me dit rien

- 17 Connaissez-vous les effets du stress sur le cerveau d'un bébé ?

- Oui, j'en ai entendu parler
- Non, ça ne me dit rien

- 18 Avez-vous déjà entendu dire ou lu que le contact physique du bébé avec ses parents lui permet de développer sa capacité à gérer la frustration, la colère ?

- Oui, j'en ai entendu parler
- Non, ça ne me dit rien

# ANNEXE II : Notice d'information aux parents

## Lettre d'information sur l'utilisation de données personnelles

**Titre de l'étude :**  
**« Les parents et les besoins de leur nouveau-né »**

Directeur du mémoire de Sage-Femme : **Docteur MONROY PALACIOS Oscar**, Unité de médecine néonatale - Hôpital de HautePierre - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg -1, av Molière - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 12 73 72

Madame, Monsieur,

Vous êtes invitée à participer au projet de recherche observationnel sur des données à caractère personnel complètement anonymes, intitulé :

**« LES PARENTS ET LES BESOINS DE LEUR NOUVEAU-NÉ »**

Afin d'éclairer votre décision concernant la recherche pour laquelle nous souhaitons votre participation volontaire, vous devez avoir reçu et bien compris les informations suivantes :

### **QUELS SONT LES OBJECTIFS DE CETTE RECHERCHE ?**

L'objectif est de voir si les informations que vous avez reçues (via les médias ou les professionnels de santé) à propos votre enfant sont cohérentes avec les savoirs scientifiques concernant les besoins des nouveaux-nés.

Cette recherche est réalisée dans le cadre de la préparation de mon mémoire de sage-femme dont la soutenance est prévue en septembre 2022, sous la direction du **Docteur MONROY PALACIOS Oscar**, Unité de médecine néonatale - Hôpital de HautePierre - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg -1, av Molière - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 12 73 72.

Ainsi, nous avons établi un questionnaire incluant les données dont nous avons besoin pour réaliser cette recherche. Vous pouvez faire avancer la recherche en acceptant que les données issues de ce questionnaire anonyme soient analysées à des fins de cette recherche.

Votre anonymat est totalement garanti, car ce questionnaire ne contient aucune mention susceptible de vous ré-identifier.

### **ÊTES-VOUS OBLIGÉE DE PARTICIPER A CETTE ÉTUDE ?**

Vous avez le droit de refuser et ceci ne vous causera aucun préjudice. Vous continuerez à bénéficier du suivi médical approprié et cela n'affectera en rien votre surveillance future.

### **DURÉE DE LA RECHERCHE**

- 1) Durée de la collecte totale des données : 2 mois
- 2) Durée de l'analyse des résultats : 1 mois
- 3) Durée totale de la recherche : 3 mois.

Vous concernant, votre participation ne durera que le temps que vous voudriez bien nous accorder à remplir le questionnaire anonyme, environ 10 minutes.

### **DURÉE DE CONSERVATION DES DONNÉES**

Comme évoqué ci-dessus, les données anonymes recueillies dans le cadre de cette étude sont destinées à la préparation de mon mémoire de sage-femme. Par conséquent, elles ne seront pas destinées à un but commercial et je m'engage à les détruire après la soutenance de mon mémoire de sage-femme, prévue en juillet 2022.

**Si vous avez besoin de plus d'information concernant cette recherche, n'hésitez pas à me contacter aux coordonnées suivantes :**

Mme Anne-Sophie Lacroix  
Étudiante Sage-Femme  
19, rue Louis Pasteur  
67300 Schiltigheim  
06 22 68 78 95  
anne-sophie.lacroix@etu.unistra.fr

Je vous remercie pour votre collaboration. Anne-Sophie Lacroix

## **ANNEXE III : Pyramide de Maslow**

Maslow n'a jamais représenté sous forme de pyramide les besoins qu'il a décrit. D'après son article de 1943, « A Theory of Human Motivation » dans la *Psychological Review*, volume 50, pages 370-396, les besoins sont décrits ainsi :

1. Besoins physiologiques : ceux sont les besoins fondamentaux de tout organisme vivant : les besoins de survie du corps, tels que les besoins en eau, en oxygène, en nourriture et en sommeil. En général, les besoins physiologiques influencent le comportement par le biais de désirs directs ou de fringales.

2. Besoins de sécurité : ils sont psychologiques, comme le besoin d'un environnement familial sûr, d'un emploi stable, d'un quartier sûr et d'une situation financière stable.

3. Besoins sociaux : ils comprennent le besoin d'appartenance, d'amour, d'intimité et d'affection. Les relations avec les amis, les partenaires amoureux et les familles répondent à ce besoin, tout comme l'implication dans les communautés et les groupes sociaux ou religieux.

4. Besoins d'estime : ils se divisent en deux catégories. Le premier contient les besoins de validation des autres, tels que le besoin de statut, de respect, de reconnaissance et de réputation. Le second comprend les besoins d'auto-évaluation positive, tels que le besoin de compétence, la confiance dans ses capacités, l'accomplissement et la maîtrise des compétences.

5. Besoins de réalisation de soi : une fois que tous les besoins précédents ont été satisfaits, un individu peut diriger son attention vers le « développement de soi ». Cette catégorie comprend les besoins les plus élevés que l'on pourrait satisfaire, tel que le besoin de maximiser son potentiel, ou les besoins de d'épanouissement personnel, de créativité, de moralité et de recherche de sens.

Le domaine de la gestion et du management ont popularisé ces besoins sous forme de pyramide :

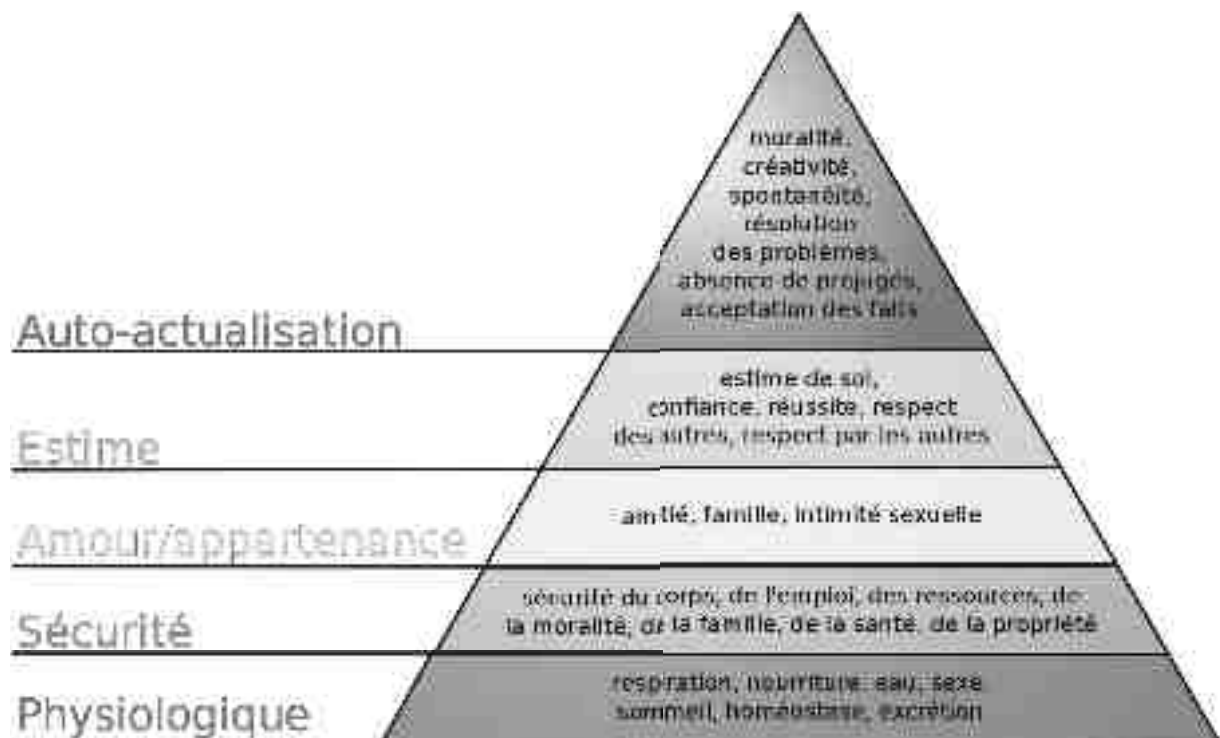


Figure 15 : Pyramide de Maslow.

Source :

[https://fr.wikipedia.org/wiki/Abraham\\_Maslow#/media/Fichier:Pyramide\\_des\\_besoins\\_de\\_Maslow.svg](https://fr.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow#/media/Fichier:Pyramide_des_besoins_de_Maslow.svg)



## **RÉSUMÉ :**

Suite à la remise du rapport des 1000 premiers jours au ministère des Solidarités et de la Santé, nous nous sommes demandé « quel est le niveau de connaissance des parents sur les besoins affectifs de leur nouveau-né ? ». L'objectif principal était d'évaluer les connaissances des parents sur les besoins affectifs de leur nouveau-né. Avec, pour objectif secondaire, de déterminer les ressources qu'ils utilisaient ou non pour s'informer sur les besoins de leur nouveau-né. Les hypothèses de travail étaient d'une part que les parents surestimaient le besoin d'alimentation de leur nouveau-né au détriment de leurs besoins affectifs et que les parents n'étaient pas informés de l'importance des relations affectives pour le bien-être de leur nouveau-né.

Nous avons élaboré, dans le cadre de notre enquête quantitative multicentrique, un questionnaire distribué à 147 parents en suites de couches.

Nous avons infirmé que les parents surestimaient le besoin alimentaire. Ils semblaient conscients de l'importance des besoins affectifs, notamment celui d'interaction. Nous n'avons pas pu confirmer que les parents n'étaient pas informés de l'importance des relations affectives pour le bien-être de leur nouveau-né. En effet, le score que nous avons élaboré était proche de la moyenne.

Nous avons comme objectif secondaire de déterminer les ressources qu'ils utilisaient pour s'informer. Les professionnels de santé étaient privilégiés, suivaient internet et la famille.

Nos résultats ont montré qu'une prévention pertinente autour des besoins affectifs pourrait passer par les professionnels de santé. Le site et l'application des « 1000 premiers jours » semblent pertinents au regard de l'importance d'internet comme source d'information. Cependant, ces résultats ne nous permettent pas de conclure auprès de quel profil de parents il est plus utile de la faire.

**Mots-clés :** nouveau-né, besoins fondamentaux, attachement, alimentation, besoins affectifs.