

DE LA GLOBALITÉ DE LA NAISSANCE

Des traumatismes psychiques
du post-partum : traitement et
prévention en préparation globale

INTRODUCTION

Dans mon exercice actuel, j'ai été interpellée par la fréquence des détresses maternelles du post-partum signalée par les hospitalières et/ou les libérales, en suites de couches ou en rééducation périnéale.

J'avais moi-même rencontré dans ma pratique clinique ces "traumas" psychiques, consécutifs en majeure partie, au regroupement des maternités : à l'interventionnisme systématique ou au contraire "l'abandon psychique" de l'équipe soignante, surchargée de travail. J'avais distingué deux types de difficultés : les névroses et les TSPT (Troubles du Stress Post-Traumatique) ².

J'étais consciente des limites à ne pas franchir, il ne s'agissait pas de décompensations psychotiques, les fameuses psychoses puerpérales mais de névroses. D'autre part, par les lois de synchronicité, je venais de suivre une formation en médecine humanitaire. Un psychiatre nous avait appris une technique simple : "le surplus de réalité" ³ qui permettait au sujet atteint de "traumas" de guerre de dépasser ces derniers en vivant en état de conscience modifiée "ce qui aurait dû se passer".

Je me souviens d'une stagiaire, soignante, originaire du Mali, qui avait dû dans son pays traverser un camp de réfugiés, hostiles à son origine ethnique et donc menaçants ; elle portait sa petite fille sur les épaules et un casque bleu lui ouvrait le chemin, tandis que la foule se refermait derrière elle. La porte du camp fut longue à atteindre et elle en frissonnait en en parlant. Le psychiatre lui proposa de revivre la scène en "sachant" que sa fille et elle-même seraient saines et sauvées. Au cours de la séance, le niveau d'émotion était tel qu'elle en pleurait de soulagement. Je demandais alors si la technique était applicable à l'obstétrique, par exemple, pour les traumas psychiques tels que la mère en restait marquée, le souvenir restant présent, allant même jusqu'à une difficulté d'attachement à l'enfant, qu'elle traduisait – même longtemps après – par cette phrase souvent douloureuse à dire : "on dirait qu'il n'est pas à moi".

MARIE-HÉLÈNE DE VALORS,

Sage-femme, sophrologue médicale,

Créatrice de la Préparation Globale © (PG), Formatrice (Hérault)

www.nposagesfemmes.org



« L'expérimentation est le seul moyen utile pour nous instruire sur ce qui se passe à l'extérieur de nous... »

« C'est ce que nous pensons déjà connaître qui nous empêche d'apprendre... »

CLAUDE BERNARD :



Notre enseignant répondit par l'affirmative et proposa une expérimentation. Je fus volontaire et ne suis pas près d'oublier les étapes qu'il m'a permis de franchir, et le temps nécessaire pour intégrer vraiment le bébé qu'on m'avait trop vite enlevé après la naissance... Je comprenais l'importance des mots et du temps accordé...

J'ai donc pratiqué cette technique en urgence, m'assurant par ailleurs du retour des "psys" auxquels, dans un souci d'éthique, j'envoyais mes patientes après la séance. Les résultats semblaient définitifs : les mères avaient vécu leur accouchement, selon leurs lois à elles, leur permettant enfin de vivre le "Devenir Mère", accouchement psychique cette fois. Le concept d'une double naissance pour la mère, à la fois physique et psychique (la fonction maternelle : soins et présence psychique à l'enfant), m'est apparu dans les années 1990. Dans mon intentionnalité de favoriser non seulement l'eutocie mais d'optimiser le temps de la dilatation et la diminution réelle de l'intensité algique, je m'étais aventurée sur le versant psychique de la grossesse et de l'accouchement. Les résultats escomptés étant acquis, tout au long de seize années de pratique et d'observations auprès de six mille mères, j'en vins à enseigner la méthodologie de la Préparation Globale (PG) aux sages-femmes et à certains hôpitaux... Elles sont actuellement aux environs de 800 à avoir choisi ce type de formation, ainsi que les techniques annexes destinées à la pathologie. →



Dans cet exposé, nous allons décrire ce que sont les névroses et les TSPT, les illustrer de cas cliniques et expliquer succinctement le “surplus de réalité” appelé aussi sophro-onirie car c’est la patiente qui, en conscience modifiée, oriente instinctivement la séance... Nous résumerons ensuite le concept de la Préparation Globale, et notamment la grossesse psychique qui est physiologique et dont la finalité est la “fonction maternelle”. En PG, nous mettons en place l’attachement (naissance psychique de la mère) avant l’accouchement physique : c’est ce qui optimise celui-ci et évite justement ces “pathologies” douloureuses du post-partum. Nous y reviendrons. Nous terminerons en publiant pour la première fois des récits de naissance des enfants eux-mêmes, âgés de 2 à 3 ans!...

LES NÉVROSES ET TSPT

Les premiers cas apparurent dans ma clientèle en 1997, lors donc du regroupement de plusieurs maternités, dans l’hôpital où je travaillais. J’ai cité ces trois cas synchrones dans le temps, dans deux de mes articles ⁴. En dix ans de pratique, je n’en avais jamais vus ! Il est vrai aussi que les trois patientes n’avaient rempli qu’insuffisamment leur anamnèse c’est-à-dire en PG, non seulement les renseignements médicaux mais aussi leur histoire personnelle : leur place dans leur fratrie, leur propre naissance, et les événements anciens ou actuels marquants, sans lien apparent avec la grossesse. Ces renseignements sont très précieux, et des années de psychanalyse m’ont permis de mettre en place des psychothérapies brèves permettant de dépasser les peurs liées à tel ou tel événement. Les dépasser, c’est déjà les comprendre : on a moins peur de ce qu’on connaît et surtout on évite, comme on va le voir dans ces nouveaux cas cliniques, un retour dans le passé, entraîné par certains gestes ou attitudes de l’équipe, empêchant le passage du “Devenir Mère”. D’une part, c’est la raison pour laquelle j’attire l’attention de mes patientes sur « *Quels sont vos points faibles ?* » et sur les éventuelles attitudes des soignants débordés, surchargés, pouvant remettre en place inconsciemment une attitude parentale “toxique” (abandon psychique, autoritarisme... par exemple). D’autre part, et je le répète, mettre en place l’attachement avant l’accouchement lui-même met à l’abri des traumatismes psychiques. Je ne parle pas de relationnel mais d’“accouchement psychique” qui fait que la mère est plus orientée vers le bébé qu’elle accompagne que par le déroulement de l’accouchement. Quoi qu’il arrive, elle peut s’adapter. Les libérales qui pratiquent la PG depuis parfois 8 ans et plus signalent l’absence de ce type de pathologie psychique en suites de couches.

DÉFINITION DES NÉVROSES DU POST-PARTUM

■ QUE DIT LA LITTÉRATURE À CE SUJET ?

Le Dr M. Canon-Yannotti nous livre son expérience d’analyste dans une maternité. Elle parle des névroses traumatiques qu’elle a eues à traiter chez certaines patientes périduralisées. « *Ce sont des souvenirs de l’accouchement qui ne se refoulent pas ou ne se mettent pas à distance après 2 à 3 jours de suites de couches. Les névroses viennent des modifications de l’organisme et des actes médicaux perçus avec effroi car ces femmes n’étaient pas prêtes à devenir mère...* » ⁵.

J’ajouterais pour ma part que les névroses s’accompagnent de troubles, voire de défaut d’attachement à l’enfant, qui peuvent perdurer. Par ailleurs, l’enfant, privé de la présence psychique de sa mère, vit des moments de frayeur intense à un âge où il ne peut pas psychiquement stocker l’événement, c’est-à-dire l’information. Le risque pour lui est une disproportion de réaction à un traumatisme ultérieur offrant la même intensité d’insécurité.

V. Lemaître ⁶, psychiatre et psychanalyste, affirme : « *Les travaux de ces quinze dernières années démontrent que la dépression du post-partum est un désordre fréquent (10 à 15 % des accouchées) et préjudiciable à l’épanouissement ultérieur de l’enfant. Elle démontre comment la compréhension de la préoccupation maternelle primaire de Winnicott (dont je parlerai plus loin) permet une approche dynamique de cette dépression tout en traitant l’interaction triadique père-mère-bébé* ».

Parmi les difficultés rencontrées par l’enfant, elle cite des altérations de communication entre mère et enfant à 2 mois, 18 mois et 5 ans. Elle cite également, pour l’enfant, une altération des performances cognitives à 18 mois et 5 ans, une altération de la capacité à entrer en relation avec les autres enfants...

Elle parle bien évidemment de la dépression maternelle “non psychotique”. Nous ne sommes pas ici dans la psychose du post-partum qui, elle, est psychiatrique.

J’ai noté pour ma part dans le site www.nposagesfemmes.org une étude mettant en évidence l’augmentation du taux de cortisolémie chez les enfants ayant eu une naissance difficile. Celui-ci reste élevé à 2 mois, par rapport à un groupe témoin, et augmente considérablement lors des premiers vaccins. Nous trouvons ici une cause médicale à l’agitation et l’hyperactivité possible des bébés concernés ⁷.

Je me réfère très souvent à une autre étude, californienne, établissant une corrélation entre un accouchement difficile et le rejet maternel. Si ces deux conditions sont réunies, les auteurs ont observé une augmentation considérable du risque de violences, chez l’enfant né ainsi et devenu adulte ⁸.

Dans mon exercice clinique j’ai, pour ma part, pu établir ainsi des corrélations entre cette dernière étude et les récits de centaines de patientes me

parlant des accouchements de leur mère. J'ai pu observer comment certaines avaient pu dépasser un accouchement traumatique et avoir un comportement *sécuré* avec leur enfant et d'autres, non ! Et dans ce cas-là, s'il n'y avait pas eu de mère transférentielle, l'enfant devenu adolescent et adulte pouvait être un sujet de distorsion dans l'équilibre familial, voire même de violence.

J'ai appris également à distinguer les névroses des TSPT (troubles du stress post-traumatique) car dans ces derniers, l'attachement au bébé existe. Seul le souvenir de l'accouchement reste traumatique au point qu'il peut y avoir une demande de césarienne d'évitement pour une grossesse ultérieure... et dans les cas graves, une infertilité inexplicable, par exemple.

Les névroses comme les TSPT sont une urgence car sources de souffrance importante pour la mère et, on l'a vu, pour l'enfant.

Avant d'aborder les exemples cliniques, je reviendrai sur la phrase du Dr Canon-Yanotti parlant de « *patientes périduralisées qui en fait n'étaient pas prêtes à devenir mère* ». On pense que sous péridurale, les femmes ne sentent rien : physiquement peut-être, le plus souvent, mais psychologiquement il peut en être autrement – il y a un grand passage somatopsychique à faire dont les lois sont différentes, selon chaque femme mais qu'il faudra franchir – et c'est là où notre obstétrique peut générer, par sa méconnaissance de ce qui se passe dans l'inconscient d'une femme qui devient mère, de la pathologie. Au risque de me répéter encore – et je le développerai plus loin – c'est là où le passage doit être absolument franchi avant l'accouchement lui-même.

CAS CLINIQUES

N° 1 - TSPT

CHRISTELLE, PRIMIPARE : « Je suis rentrée à 5 cm. Je ne sentais pas mes C.U, mais ils ont insisté pour me poser la péri... la dilatation s'est arrêtée. Ils ont alors augmenté la perfusion et la péri ne marchait pas. Les C.U. étaient très douloureuses. Ils ont réinjecté et là je suis arrivée très vite à complète, mais je n'avais aucune envie de pousser !... Alors ils ont mis la ventouse, mais ça n'a pas marché. J'avais très peur pour ma fille, car moi je souffrais beaucoup. Ils ont décidé d'une césarienne et le seul qui a mis fin à ma terreur est le chirurgien qui, après la naissance, pendant que je tâtais la tête de Manon, m'a regardée et m'a dit : "elle va bien". Alors j'ai pleuré et j'ai demandé qu'on m'endorme, j'avais trop mal... Depuis, je revis en rêve mon accouchement, j'en parle à Manon, mais la cicatrice me fait toujours mal et je n'ai rien compris ».

Manon écoute le récit de sa mère, elle est calme.

N° 2 - NÉVROSE

MARIE-LAURE, DEUXIÈME PARE : « Je suis rentrée à 8 cm. Le service était débordé et la sage-femme mécontente que je refuse la péri. En face de moi, il y avait un écran qui affichait une dizaine de monitos. Des alarmes sonnaient. J'avais l'impression d'être dans un mauvais film... j'avais déjà vécu ça ! Un flash arriva : cela me rappelait un examen dont j'avais réussi l'écrit, mais raté l'oral car l'examineur, par son attitude, faisait tout pour me mettre en échec ! Oui c'était ça !... Cette fois, je ne me laisserai pas faire. Une contraction plus forte me donna envie de pousser. "Attendez !" me dit la sage-femme. Je faisais ce que je pouvais mais c'était ma fille qui poussait. Je pensais : "Attends bébé, attends !..." La sage-femme téléphonait : "j'en ai une qui pousse, tu peux t'occuper de la 6 ?... **Attendez, Madame !** Ne poussez plus !... et voilà, vous avez une belle déchirure !...". Aussitôt sorti, mon bébé fut amené pour le tenir au chaud. La sage-femme comptait les points et me disait : "avec un péri, vous n'auriez rien senti !". Je restais ahurie... en pensant à mon prof et en regardant l'agitation autour de moi, je n'avais pas vu passer le temps. Elle m'a dit qu'elle avait mis de l'anesthésique mais je sentais tout... Nous sommes deux mois après, j'ai toujours mal et je n'arrive pas à appeler mon bébé par son nom... je suis restée à 8 cm !... là, j'étais contente de moi ».

Le bébé ne quitte pas sa mère qui a besoin souvent de la rassurer.

N° 3 - NÉVROSE

CLARA, PRIMIPARE : « Plus jamais ça ! me dit-elle, j'ai tout assumé, choisi les positions, visualisé ma dilatation. J'avais mal aux reins mais je soufflais sur la douleur et elle devenait supportable. J'étais fière de montrer à mon mari ma force (le mari est sage-femme), lui nous accompagnait, mon fils et moi. C'était intense, mais merveilleux... puis tout a dérapé !... Pourquoi est-il venu ? Alors que je m'apprêtais à pousser accroupie car je sentais que c'est ce que je devais faire, il m'a fait allonger, en position gynéco, j'essayais de me relever, de mettre les bras en arrière pour m'accrocher au cou de mon mari (il m'avait montré cette position) mais je n'arrivais plus à pousser... je voulais descendre, m'accroupir mais tout le monde s'énervait maintenant. "Faites vite dit le gynéco, le bébé souffre !" Je n'y suis pas arrivée, alors il a mis la ventouse... et je ne me souviens plus de rien. Je n'arrête pas de pleurer, je laisse mon bébé au sein parce qu'il n'y a que là que je sais que c'est bien mon bébé ».

■ LES FACTEURS TRAUMATIQUES

À première vue, pour les trois cas, il y a interventionnisme faisant sortir les mères de leur rythme naturel.

Pour Christelle, préparée en PG, elle ne ressent pas ses contractions utérines à 5 cm. Ce sont vraiment les interventions péri/synto/ventouse qui l'ont peu à peu plongée dans la terreur. Seul le chirurgien l'a sauvée de cette situation par son attitude "humaine" et sa réflexion rassurante. Elle n'a rien pu gérer. En suites de couches, elle a une attitude angoissée vis-à-vis du bébé et en "fait trop" comme c'est souvent le cas dans les TSPT : le trauma continue.

Pour Marie-Laure, il y a retour vers le passé. Elle a bien géré jusqu'à 8 cm. Comme avec le prof, tout se gâte pour la deuxième partie de l'accouchement... Il eut suffi que la sage-femme dise : « *Je suis débordée, nous allons faire ensemble pour le mieux!...* », et le passé ne serait pas remonté. Son attitude vis-à-vis du bébé manque totalement d'assurance : l'enfant est agité et il régurgite souvent.

Pour Clara, il y a double échec. Elle n'a pu devenir sage-femme comme son mari : elle est infirmière. Par son attitude de contrôle de son accouchement, elle "réparait" ce premier échec. L'enjeu était (inconsciemment) important... Par l'intervention non prévue du gynéco, elle échoue dans sa capacité à tout faire elle-même, ce qui était son projet initial. Double échec : celui de la femme et celui de la mère. Elle a une attitude très angoissée vis-à-vis du bébé.

SURPLUS DE RÉALITÉ OU SOPHRO-ONIRIE

Il s'agit, avec son consentement, d'amener la patiente en état de conscience modifiée (ce qui donne accès, d'après le Professeur A. Caycedo⁹, neuropsychiatre, inventeur de la sophrologie, au cerveau profond, siège de la mémoire) et de reprendre l'accouchement, au moment de son choix. C'est elle qui dirige la séance en indiquant où elle en est. La sage-femme l'accompagne comme nous le faisons en salle... Elle en arrive ainsi à pousser, à saisir (symboliquement) son enfant et à pleurer de joie ce qui est un indicateur de passage psychique... Elle peut aussi signaler la présence de contractions utérines précédant l'accouchement et l'expulsion du placenta par exemple.

C'est la raison pour laquelle il me semble que seul un acteur de la naissance, et surtout une sage-femme, peut guider ce genre de travail car, si le vécu s'appuie sur le symbole, la réalité de l'obstétrique doit être rigoureuse... Ce sont des séances merveilleuses par leur effet réparateur sur la mère et sur l'enfant (l'idéal serait qu'il soit là).

Le bémol peut être la gestion du temps. Il faut parfois compter une bonne heure pour la séance, si ce n'est plus, pour le temps d'intégration...

En fait, c'est la compréhension de la grossesse

psychique dont la finalité serait donc la fonction maternelle ; autrement dit, c'est comprendre ce qui se passe dans l'inconscient d'une femme qui devient mère, qui va nous aider à mettre en place une véritable prévention pendant la grossesse.

Les techniques obstétricales, les protocoles et l'évolution sociale semblent en faire une priorité.

LA PRÉPARATION GLOBALE, MODE DE PRÉVENTION

QUELQUES RAPPELS ET PRÉCISIONS

Pour ceux et celles qui ne m'auraient jamais lue, je rappelle qu'une première expérience de psychomotricienne m'avait fait constater la fréquence des naissances difficiles chez les enfants en difficulté qui m'étaient confiés.

En reprenant mes études pour devenir sage-femme, mon but était très clair : agir en amont. Pour cela, il fallait comprendre ce qui dans l'obstétrique pouvait être travaillé pour que, en dehors de toute raison mécanique réelle, l'accouchement difficile ne soit plus une fatalité.

Il fallait, non seulement favoriser l'eutocie, mais encore optimiser celle-ci : faire en sorte qu'un accouchement eutocique médicalement, le soit aussi pour la mère et ne se transforme pas en "trauma" parce que vécu trop long ou trop douloureux, par exemple, pour celle-ci.

J'ignorais que ma recherche allait m'emmener en expérimentateur sur le versant psychique de la grossesse et de l'accouchement. Des études de sophrologie médicale jointes à ce qui allait devenir un long travail psychanalytique sur moi-même, m'ont permis de mettre des mots sur ce que je vivais dans mon expérimentation intensive sur le terrain. L'écoute de milliers de femmes, tant en préparation qu'en salle, m'a permis de comprendre qu'au-delà de la clinique et interagissant sur elle, il y avait un grand passage psychique dont l'accouchement était en fait... la somatisation !

Si les modalités n'étaient pas respectées, une mère pouvait en rester traumatisée au point de ne pouvoir établir la relation à son enfant. Tout dépendait en fait de son histoire à elle, et de la façon dont on la laissait vivre son accouchement, à son rythme ou pas, et dans certains cas, de sa capacité de résilience!... (La résilience est la capacité à rebondir après un événement déstabilisant ou traumatisant).

Ce sont ces modalités, ces lois, que nous allons revoir brièvement car je les ai déjà longuement décrites¹⁰. Elles sont à la base de la méthodologie de la préparation globale.

C'est cette compréhension jointe aux études

citées dans ces articles, qui m'avait permis en 2001 de lancer ce cri d'alarme : « *en surmédicalisant systématiquement, nous faisons de la mère et de l'enfant, des individus à risque psychique* ».

Nous allons voir que la grossesse psychique est physiologique et ne présente pas, selon les femmes, la même intensité de modifications psychologiques et/ou émotionnelles. Cela dépend de chaque histoire et de ce que la future mère en a fait.

Ce que j'avais expérimenté sur le terrain allait être confirmé par la littérature.

« *La configuration psychique maternelle ne ressemble à aucune autre configuration psychique existante* », nous dit D. Stern ¹¹.

Il peut y avoir un problème dans la présence des "psys" en maternité bien que ce soit absolument et actuellement indispensable. Ils sont la plupart du temps formés en psychopathologie clinique. La grossesse psychique n'est pas encore enseignée dans toutes les facultés. Alors le risque est la psychiatrisation de femmes normales, vivant une crise du pré/post-partum, en relation avec leur histoire et/ou majorée peut-être par un suivi trop invasif ou au contraire un manque d'écoute... Aussi faut-il avoir compris tout cela pour apporter une aide "circonstanciée".

LE GRAND PASSAGE "PSYCHO-AFFECTIF": LA GROSSESSE PSYCHIQUE OU LE "DEVENIR MÈRE"

C'est un état transitoire caractérisé par la "transparence psychique" : les contenus de l'inconscient faisant irruption dans le conscient (cf. le schéma de l'iceberg de Yung). Ces contenus sont les modèles éducationnels ou "pattern", et l'histoire par elle-même. « *L'enfant devient alors enfant de leur propre enfance* », nous dit M. Bydlowski ¹².

Passer de l'état de fille de ses parents à celui de parent de son enfant semble une évidence!... Mais pour l'inconscient, il s'agit d'une véritable pirouette que d'inverser les rôles, d'où la transparence psychique, qui amène à un grand remaniement et qui peut même passer par un état de crise.

« *Ma thèse est la suivante* : (nous dit D. W. Winnicott ¹³) *normalement la femme atteint un stade pendant lequel elle est le bébé et le bébé est elle. Cela n'a rien de mystérieux, après tout, elle aussi a été un bébé. Elle se souvient également des soins qu'on lui a donnés et ces souvenirs constituent une aide... ou un obstacle* ».

Le travail psychique va aussi dépendre du positionnement inconscient de la petite fille face à ses "patterns" (ou modèles éducationnels) et du positionnement plus ou moins conscient de la future mère.

C'est ainsi qu'il peut y avoir réparation, opposition, innovation, répétition, etc. mais le travail de la grossesse peut être aussi de chercher son positionnement :

ce sont ces jeunes femmes qui peuvent être isolées et manifestement en quête d'identité.

Si on se réfère encore à la littérature, la psychanalyste C. Bergeret-Amselk ¹⁴ emprunte au psychiatre-psychanalyste Racamier le terme de maternité (condensation de maternel, maternité et natalité) : « *La maternité est une période privilégiée car favorisant le vécu de chocs anciens et permettant à celle qui la vit de se soigner. Cette crise peut être organisatrice pour le psychisme à condition d'être accompagnée, développée et contenue... c'est la période la plus dangereuse pour l'identité* ».

Enfin, il est à noter une similitude fonctionnelle entre une sophronisation et l'état de grossesse psychique. Dans cette dernière, il y a transparence psychique : nous l'avons vu, des éléments de l'inconscient émergent dans le conscient.

Lors d'une sophronisation, il y a abaissement du seuil de censure, rendant conscient les phénomènes inconscients.

C'est la raison pour laquelle les états modifiés de conscience permettent aux mères non seulement des prises de conscience (ou "flash") mais favorisent la fixation dans la mémoire, des visualisations et émotions vécues. Dans le mot vécu, non seulement le cerveau est concerné mais aussi tout le corps (c'est la mémoire cellulaire).

« ... normalement la femme atteint un stade pendant lequel elle est le bébé et le bébé est elle. Cela n'a rien de mystérieux, après tout, elle aussi a été un bébé... »

D'après le Professeur A. Caycedo ¹⁵, c'est l'émotion qui fixerait la mémoire. Par exemple, l'émotion de la naissance (vécue en PG, comme en salle) agirait sur tout le système limbique (circuit de Papez et circuit amygdalien). Celui-ci serait en relais avec la formation réticulée du tronc cérébral (un neurone serait connecté à 25 000 autres neurones). Le tronc cérébral serait une zone d'apprentissage et l'information, par exemple de la joie de l'accouchement (clef de la PG), serait alors stockée dans les corps mamillaires de l'hypothalamus d'une façon durable grâce à l'émotion.

En état modifié de conscience, tout le vécu s'engramme donc dans le cerveau profond (et la mémoire cellulaire du corps) et se répercuterait biochimiquement dans le cerveau conscient.

C'est la raison pour laquelle ces états sont très puissants et utilisés, et en PG, et en "surplus de réalité" (ou rêve éveillé).

Pour conclure cette approche de la grossesse psychique, D. W. Winnicott appelle "préoccupation maternelle primaire" cet état, véritable période →

NOTE DE L'AUTEUR

J'appelle "mères" les futures mères car en PG elles font leur passage psychique, on l'a vu, avant leur accouchement. De même que le bébé/foetus est devenu pour moi un vrai bébé, les mères se préoccupent plus de ses conditions de vie et de naissance que de leur propre accouchement, ce qui d'ailleurs facilite celui-ci puisque le passage psychique est déjà fait.

Elles sont sereines et se préoccupent "normalement" et instinctivement de leur alimentation, de leur qualité de vie ; elles fuient les bruits, les films inquiétants, les ambiances "nocives" et ne se laissent pas déstabiliser par le négatif. Il y a une force certaine en elles, renforcée ou entraînée par la méthode.

Cela peut sembler idéaliste, mais reflète cependant aussi une certaine réalité : c'est une sorte de protection instinctive qu'elles arrivent peu à peu à mettre en place autour d'elles... Ce qui était "naturel" avant l'hyper-médicalisation doit être réappris maintenant. Le bon sens existe, de même que l'instinct maternel, malgré tout ce qui a pu être dit à ce sujet.

de crise, qui débiterait quelques mois avant la naissance et perdurerait environ trois mois après. Il permettrait à la mère d'être "suffisamment bonne" pour l'enfant, c'est-à-dire "capable" de pressentir, d'interpréter ses besoins. C'est un état fusionnel, "proche de l'état amoureux".

Attachement ne veut pas dire "relation" mais amour, émotion et attention dirigée vers le bébé.

Je pense que l'estimation de 10 à 15 % de dépression du post-partum concerne les patientes qui demandent de l'aide et peuvent ainsi permettre une évaluation. Par contre, toutes les mères en difficulté ne consultent pas. Un sentiment de honte et/ou de culpabilité les empêche de le faire. Si elles confient leurs souffrances à leur généraliste, elles pensent se retrouver sous antidépresseurs, ce qui "endort" le symptôme mais ne permet pas la résolution du conflit.

En dehors de l'aide circonstanciée et ponctuelle, une solution existe : **la prévention**.

**LA PRÉPARATION GLOBALE
OU LE CONCEPT DE LA DOUBLE NAISSANCE**

Dans cette hypothèse, il y a donc un double travail pour la mère, triple même si nous considérons le bébé/foetus qui, on le sait, est un participant actif, d'autant plus qu'on lui parle et/ou qu'on le guide.

Le double aspect physique et psychique pour la mère m'a amenée à considérer deux pôles dans la préparation :

- **Un pôle "physique"** qui est la partie théorique dite "classique" allant de l'accouchement (son déroulement et ses techniques de facilitation en PG) aux suites de couches, à l'allaitement et la puériculture. J'en parlerai plus loin mais il y a transmission des techniques aux pères, qui prennent ainsi le relais en salle, permettant une continuité de la méthode.
- **Le pôle "psychique"** qui va s'organiser autour de la préparation physique à l'aide de trois outils : la psychogénéalogie, les techniques sophroniques et le toucher affectif.

■ LA PSYCHOGÉNÉALOGIE

Elle gère **essentiellement** les "patterns" ou modèles éducationnels de la future mère (et le cas échéant du futur père). Ces patterns, on l'a vu, peuvent être source de repositionnement, donc de crise. Si le principe est donné en tant qu'information, les techniques ne seront réellement utilisées qu'en cas de difficulté et en individuel. L'enseignement de cette psychogénéalogie "ciblée" fait partie de celui de la grossesse psychique et permet aux futures mères de se retrouver, de se comprendre, de faire des prises de conscience, notamment pendant les sophronisations : « *Ce bébé que vous portez dans le ventre, vous le portez également dans la tête* ». La

préoccupation maternelle primaire est expliquée tant aux mères qu'aux pères.

**■ LES TECHNIQUES SOPHRONIQUES
(OU SOPHRO-PÉDAGOGIE)**

Elles tendent à renforcer les capacités naturelles à accoucher eutociquement, grâce aux visualisations positives en état modifié de conscience. **(NB :** les césariennes itératives sont préparées ainsi).

Les mères vivent l'émotion du "Devenir Mère" d'un enfant déjà grand puis du retour de la maternité, avant d'aborder l'accouchement lui-même appelé "La Rencontre" (le travail technique de la dilatation et de la poussée sera travaillé dans les séances ultérieures).

Et tout ceci est vécu avec une émotion positive. Par exemple la joie de la naissance est intense comme nous avons pu et nous pouvons le vivre dans certains cas en salle !

On a vu que l'émotion stockait la mémoire de l'événement dans les noyaux paraventriculaires de l'hypothalamus, lequel est en relais, nous le savons, avec l'hypophyse !

Je rappelle la similitude fonctionnelle existant entre le psychisme maternel et une sophronisation. La puissance des techniques est telle que par exemple, pendant le travail (et grâce à l'entraînement) visualiser le col le fait effectivement dilater.

En raison de l'hypermédicalisation et du conscient collectif associant accouchement et pathologie, un CD d'entraînement à l'eutocie (conduite à tenir pendant la dilatation) est proposé pour entraîner la mémoire.

Cet entraînement peut se somatiser le jour de l'accouchement par une dilatation brillante, sans la nécessité de "techniques particulières". Celui-ci est fondamental. En sophrologie il faut "répéter" l'exercice (Professeur A. Caycedo).

■ LE TOUCHER AFFECTIF

Ce troisième outil va associer obstétrique et affectivité. Cette "technique" va somatiser dans le présent l'attachement. Fondamentalement différente de l'haptonomie, elle s'appuie sur les compétences affectives du bébé/foetus et celle de sa mère et/ou de son père.

Démontrée et pratiquée en cours, elle laisse chacune libre de l'utiliser à son rythme. C'est ainsi que les mères communiquent avec un toucher spécial emprunt d'affectivité, auquel le bébé va répondre. Elles peuvent ainsi le guider, tout en dilatant elle-même leur col, pendant l'accouchement.

J'ai découvert "par hasard" lors de mes gardes les réponses inattendues des bébés à qui je demandais de fléchir, de faire leur rotation, de "descendre". L'expérience s'étant renouvelée plusieurs fois, je me suis tournée vers la science pour obtenir des réponses circonstanciées à mon interrogation : « *Comme c'est étrange, on dirait que les bébés me comprennent ? ...* ».

L'inventeur de l'haptonomie m'ayant refusé par deux fois l'accès à cette méthode (en raison de ma spécificité sophronique et psychanalytique), j'en suis restée à l'appellation "toucher affectif".

DU CÔTÉ DE LA SENSORIALITÉ FŒTALE

Tous les travaux de ces trente dernières années ont montré les compétences du fœtus et celles du nouveau-né, que ce soient au niveau du goût, de l'odorat, de la vision, de la peau et de ses multiples fonctions. L'ouïe a retenu mon attention : on le sait, l'organe de Corti est en place à 4 mois de vie fœtale mais surtout en raison de la myélinisation précoce de l'aire auditive temporale gauche ; non seulement il entend mais il mémorise !

En 1997, M-C. Busnel¹⁶ a commencé une longue expérience dans un hôpital parisien. Celle-ci a depuis été communiquée dans de nombreux colloques scientifiques.

Coéditeuse de *"L'aube des sens"*, cette éthologue spécialiste de l'audition fœtale s'est fait la réflexion suivante : « *Il a été prouvé que le bébé reconnaissait un BI d'un BA, de même qu'il reconnaissait une comptine ou la voix de sa mère parmi d'autres voix de femmes. Mais sait-il que sa mère lui parle, à lui ? C'est encore différent!...* ».

À l'aide de capteurs enregistrant le rythme cardiaque de la mère et du fœtus, quand celle-ci parle à un adulte ou lui parle à lui, cette scientifique a démontré une certaine variabilité cardiaque fœtale différente quand la mère s'adresse à son bébé/fœtus avec émotion. Elle a renouvelé son expérience deux jours après la naissance et constaté un résultat similaire (dans les deux expériences, il y a variabilité à la voix parlée et à la voix intérieure).

Les sages-femmes formées en PG utilisent cette expérience (comme j'ai pu moi-même le faire sur le terrain). Par exemple, en salle, quand il y a troubles du rythme permettant l'expectative, après avoir fait les gestes techniques, elles proposent aux mères de parler à leur enfant, de le rassurer, etc.

Les résultats sont très souvent impressionnants.

En suivi de grossesse pathologique, également : les variabilités du rythme cardiaque sur le monito, entraînées par la communication maternelle, motivent les mères qui se "réapproprient" leur grossesse, mettant en place leur *"Devenir Mère"*, réactivant ainsi leur confiance en elle, en leur bébé/fœtus et plus tard leur nouveau-né !

OBSERVATION DES RÉSULTATS

Mon double exercice libéral et hospitalier m'a permis d'établir en 1999 et 2003 un travail de statistiques (qui fait partie du dossier de cours des sages-femmes en formation). Celui-ci est d'autant

plus intéressant qu'il concerne des accouchements naturels sans aucun apport médicamenteux et dans un environnement humain, où les mères ont pu utiliser toutes leurs compétences et pendant l'accouchement, et en suites de couches. Ce travail a mis en évidence une concordance des résultats : en moyenne 3 heures de dilatation chez les "primi", et 2 heures chez les "multi" avec une intensité algique se manifestant par deux ou trois contractions plus fortes au moment de l'expulsion. L'adaptation néonatale était facilitée par l'investissement maternel et paternel (cf. questionnaire avant J3 distribué au couple). Si je n'ai que peu parlé des pères, c'est que les traumas concernent surtout les mères. En PG les pères sont informés de leur propre travail de paternité. Ils participent à quatre séances en général et sont les contenants de la mère et de l'enfant. Ainsi, ils les accompagnent avec les techniques de la PG et s'investissent plus longtemps en suites de couches... La naissance devient alors une expérience de couple, vécue consciemment dans cet accès à la parentalité.

En 2005 et 2006, des mémoires de sages-femmes ont mis en évidence cette même accélération de la dilatation, l'absence quasi-totale de stagnation lors de la pose de la péri systématique, ainsi qu'une diminution des pathologies tant obstétricales que psychiques et surtout l'autonomie des mères en suites de couches.

Ce sont ces résultats, vécus tant par les libérales que par les hospitalières, qui expliquent leur investissement dans cette préparation qui demande plus de travail qu'une préparation dite "classique" (j'entends par là la préparation/information en groupe).

« *Elles rentrent toutes à 4 cm!...* » me disaient récemment des hospitalières.

Actuellement la surcharge de travail, la lourdeur des protocoles en structure et l'emploi du temps des libérales ne permettent plus un travail de statistiques, ce qui est regrettable mais devient la réalité.

Les résultats obtenus suffisent à les motiver... L'observation des bébés nés de la méthode, également.

En fait, on arrive en PG à la dimension humaine qui a disparu dans les grandes structures. C'est aussi ce qui est motivant, tant pour les femmes que pour les sages-femmes et leurs collègues, qui accueillent les parturientes. On arrive à vivre le "magique" de la Naissance en préparation!... et en salle!

Voyons maintenant du côté des bébés leurs impressions! Je vais donc livrer pour la première fois d'étonnants témoignages de Naissance recueillis chez les enfants en PG. Mais j'ai compris par la suite que certains enfants (en dehors de cette préparation) se souviennent eux aussi!... Le souvenir est conscient dans les premières années de vie.

“ En fait, on arrive en PG à la dimension humaine qui a disparu dans les grandes structures. ”

RÉCITS DE NAISSANCE

“ Quand le fait que l’on rencontre ne s’accorde pas avec une théorie régnante, il faut accepter le fait et abandonner la théorie. ”

CLAUDE BERNARD.

En théorie, le fait que les enfants puissent se souvenir de leur vie intra-utérine ou de leur naissance ne fait pas partie de nos connaissances médicales. Par contre les “psys” (psychiatre et psychologues cliniciens) ont exploré à travers des dessins d’enfants cette capacité.

L’audition foetale a beau être scientifiquement démontrée, il y a parfois du scepticisme parmi les soignants ou tout au moins de l’ignorance.

Alors, que dire des récits de naissance ? Comme toujours, je ne les ai pas suscités, les enfants les ont racontés spontanément à la faveur d’une nouvelle grossesse de leur mère ou parce qu’ils me rencontraient, reconnaissant alors ma voix ?...

La première surprise passée, je convins d’un protocole d’observation avec Marie-Claire Busnel. Les enfants avaient entre 2 et 3 ans ½. Les cinq témoignages qui suivent font partie des trente à l’identique recueillis chez des enfants nés sans violence. D’après l’observation, il semble qu’au-delà de 3 ans ½, des barrières inconscientes se mettent probablement en place et c’est là où les dessins peuvent peut-être prendre le relais...

PROTOCOLE D’OBSERVATION : un récit spontané, contrôlé 15 jours après, doit venir confirmer le premier : le contrôle se fait à la faveur du bain, par une question détournée de la mère : *“je me demande ce que fait le bébé dans mon ventre... quand va-t-il sortir ? etc.”*

- 1 **LAURE : 2 ANS ½** (née avec un tour de cordon) : elle met un bandana autour de son cou et dit *“quand le bébé va vouloir sortir, il va mettre la tête, là ! (elle penche la tête) et il va pousser”* (elle mime).
- 2 **DAVID : 2 ANS ½** regarde le ventre de sa maman où est sa petite sœur : *“moi, je bougeais pas comme elle, elle bouge (beaucoup) et je t’entendais quand tu tapais et je me demandais qui c’était”* (rires).
- 3 **Laurie : 3 ANS** raconte sa naissance : *“j’avais mal là (à la nuque), aux mains et au ventre”. Sa mère : “pourquoi tu es sortie ce jour-là ?” - Laurie : “j’ai voulu sortir parce que j’avais plus de place... dans le ventre, j’entendais papa et maman. Quand j’ai sorti, le docteur a cassé le ventre ! Non, c’est moi là (elle montre sa vulve) et le docteur l’a réparé (épiso)... Maman, tricote parce que bébé aura froid en sortant !”*.
- 4 **ALICIA : 3 ANS ½** a fait l’acrobatie de se retourner pendant la dilatation et de sortir par les fesses. *“Maman tu vas lui faire mal à la tête au bébé ? - Pourquoi tu dis ça ? - Parce que tu m’as fait très mal à la tête et je m’ai retournée - tu t’en rappelles ? - oui, j’ai eu très mal à la tête ! - tu te souviens si tu as poussé ? - non, je pouvais pas pousser”*.
- 5 **DERNIÈRE HISTOIRE ME CONCERNANT :** alors que je l’ai aidé à naître et après qu’il ait raconté ce que j’avais dit et fait pendant et après l’accouchement, Davis me regarde interloqué : *“moi je savais pas que tu savais pas... que je savais !”*.

CONCLUSION

Que ce soit sous péridurale systématique ou pas (car demandée par la mère), que ce soit en accouchement naturel, une préparation approfondie devient indispensable car les risques de traumatisme psychique restent les mêmes, en raison des protocoles actuels, de la désinformation des femmes, du suivi de grossesse physiologique assimilé, on l’a vu, à celui des grossesses pathologiques, ainsi que des modalités actuelles d’accouchement.

Le conscient collectif, on l’a vu aussi, est également responsable car notre société établit une corrélation entre grossesse, accouchement et pathologie.

Cependant il semble qu’il y ait un “retour de demande d’accouchement naturel”. Est-ce réel ou le fruit de coïncidences concernant les sages-femmes pratiquant la PG ?

Quoi qu’il en soit, Françoise Dolto disait : *« Il n’y a pas de mauvaises mères, il y a celles qui peuvent et celles qui ne peuvent pas »*.

Faire en sorte que leur accouchement permette aux mères de “pouvoir” et de faire ainsi des économies de souffrance tant pour elle que pour le bébé (et la constellation familiale), reste le rôle de la Préparation Globale ou de toute méthode permettant cette prévention.

Bibliographie

- 1 BERNARD Claude, physiologiste (1813-1978). Fondateur de la méthode expérimentale.
- 2 SABOURAUD-SEGUIN Aurore, 1991. *“Revivre après un choc”*. Paris, Odile Jacob.
- 3 ANCELIN-SCHUTZENBERGER Anne, 2009. *“Psychogénéalogie”*. Paris, Payot. p. 60.
- 4 DE VALORS Marie-Hélène. *“Le versant psychique de l’accouchement”* (article n° 289, déc. 2000) et *“Du baby blues aux névroses et TSPT post-accouchement”* (article n° 322, déc. 2003), in Les dossiers de l’obstétrique, ELPEA. nposagesfemmes.org
- 5 CANON-YANNOTTI Michelle, 1995. *“Que signifie la douleur de l’accouchement ?”*, in actes des congrès Sages-femmes International.
- 6 LEMAITRE Véronique, 2011. Article intitulé : *“Préoccupation maternelle primaire et dépression du post-partum”*.
- 7 DE VALORS Marie-Hélène. Étude de Ramsay : réponse de l’axe corticotrope au stress (janvier 2000), in Stress périnataux, ELPEA. nposagesfemmes.org
- 8 RAIN Adrian (University of Southern, California), December 1994 in Archives of general psychiatry, Los Angeles.
- 9 CAYCEDO Alfonso, 1960. Fondateur de la sophrologie médicale.
- 10 DE VALORS Marie-Hélène. *“Le versant psychique de la grossesse”* (article n° 287, oct. 2000), *“La préparation globale”* (article n° 291, fév. 2001) et *“Mémoire de sophropédagogie en obstétrique”* (article n° 355, déc. 2006), in Les dossiers de l’obstétrique, ELPEA. nposagesfemmes.org
- 11 STERN Daniel, octobre 2000. Séminaire *“Regard sur la petite enfance”*. Grenoble.
- 12 BYDŁOWSKI Monique, 1997. *“La dette de vie”*. Paris PUF.
- 13 WINNICOTT Donald Woods (1896-1971). *“Le bébé et sa mère”*. Paris, Payot. p. 21.
- 14 BERGERET-AMSELEK Catherine, 2002. *“Le mystère des mères”*. Paris, Desclée de Brouwer.
- 15 Docteurs J. FEJOO, J.-P. RENNER et J.L. MARCEL, 1995. *“Traité de sophrologie”*, in Physiologie, Tome III, Ed.. le courrier du livre.
- 16 BUSNEL Marie-Claire interview par DE VALORS Marie-Hélène. *“Variabilité du rythme cardiaque fœtal et communication maternelle”* (article n° 368, fév. 2008), in Les dossiers de l’obstétrique, ELPEA. nposagesfemmes.org