

De la globalité de la naissance

DES TRAUMATISMES PSYCHIQUES DU POST-PARTUM : TRAITEMENT ET PRÉVENTION EN PRÉPARATION GLOBALE® À LA NAISSANCE, MÉTHODE DE VALORS©

PAR AURORE DRUGMANNE, SAGE-FEMME ET SOPHROLOGUE

ET MARIE-HÉLÈNE DE VALORS, SAGE-FEMME, SOPHROLOGUE ET PSYCHANALYSTE

« 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 (Médecin et psychologue)

AUORE DRUGMANNE :

Ce 4 octobre dernier, nous avons eu l'honneur Mme De Valors et moi-même, d'être invitées à intervenir sur le sujet délicat des violences obstétricales, lors de l'assemblée générale du conseil départemental des sages-femmes de l'Hérault.

Les plaintes se multiplient autour des violences obstétricales, tout comme les témoignages des victimes. Nombreuses sont les sages-femmes qui pourraient témoigner des gestes obstétricaux inadéquats pratiqués sur les mères. Elles en sont victimes pour de multiples raisons – parfois indépendantes de l'obstétrique.

Nombreuses sont les sages-femmes qui pourraient également témoigner des difficultés d'attachement à l'égard de leur enfant que présentent les victimes.

Heureusement, les mentalités évoluent.

Le CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) a présenté ce 17 octobre dernier, le « nouveau label CNGOF attribué aux maternités qui s'engagent à mettre la bienveillance au centre de leurs activités et qui acceptent la transparence sur leurs pratiques. » (17)

Nous avons pensé qu'il serait opportun de publier sur le sujet afin de dénoncer, d'une part, les violences obstétricales, et d'autre part de sensibiliser nos consœurs au rôle que nous avons à jouer, nous, sages-femmes, gardiennes de la physiologie, tant dans la prévention prénatale que dans la prise en charge des conséquences psychiques inhérentes à celles-ci, en postnatal.

À travers cet article, nous aborderons la prévention et la prise en charge de ces troubles psychiques du post-partum, inhérents aux violences obstétricales.

♦ **A.D. :** Marie-Hélène, peux-tu nous parler de la technique de sophro-onirie que tu as adaptée à l'obstétrique pour gérer les troubles psychiques du post-partum, consécutifs au vécu douloureux des accouchements violents ?

M-H.de.V. : Oui. Avec plaisir. Cette technique peut être d'une grande utilité. Il s'agit de ce que je nomme le « surplus de réalité ».

Dans l'exercice de ma profession, j'ai été souvent interpellée par la fréquence des détresses maternelles du post-partum signalée par les sages-femmes hospitalières et/ou 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 à "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).

J'étais consciente des limites à ne pas franchir. Il ne s'agissait pas de décompensations psychotiques – les fameuses psychoses puerpérales – mais de névroses et d'autre part, par les lois de synchronicité, je venais de suivre un DU en médecine humanitaire.

Un psychiatre nous avait appris une technique simple : "le surplus de réalité" 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 qui étaient 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 ; je la revois frissonner tandis qu'elle en parlait. Le psychiatre lui proposa de revivre la scène en sachant d'emblée qu'elles seraient toutes les deux 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 pourraient être appliqués à l'obstétrique, pour des traumas psychiques tels que la mère en restait marquée. Le souvenir était si prégnant qu'il lui devenait même difficile de s'attacher à son enfant. Elle traduisait cette difficulté – même longtemps après – par une phrase souvent douloureuse à dire : "On dirait qu'il n'est pas à moi".

Notre enseignant répondit par l'affirmative et proposa une expérimentation. Je me portai volontaire et je ne suis pas près d'oublier les étapes qu'il m'a permis de franchir ni le temps nécessaire pour intégrer vraiment le bébé qu'on m'avait trop vite enlevé après mon accouchement... Je comprenais l'importance des mots et du temps qu'il faut prendre pour la séance. En réalité, la patiente est en état modifié de conscience et oriente instinctivement la séance. 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. Ceci leur permettait enfin de vivre le devenir-mère, l'accouchement psychique cette fois.

♦ **A.D. :** Je te remercie. Et concernant le concept de « double naissance », peux-tu l'expliquer à nos lecteurs ?

♦ **M-H.de.V. :** Le concept d'une double naissance pour la mère, à la fois physique et psychique m'est apparu dans les années 1990.

La naissance psychique, c'est la mise en place de la fonction maternelle : soins et présence psychique à l'enfant.

En Préparation Globale à La Naissance®, Méthode de Valors© (ci-après Préparation Globale ou PG), nous mettons en place l'attachement à l'enfant avant l'accouchement physique. C'est ce qui optimise celui-ci et évite justement ces "pathologies" douloureuses du post-partum. 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 aux sages-femmes et en intra-hospitalier.

Elles sont actuellement aux environs de 800 à avoir choisi ce type de formation, ainsi que les techniques annexes destinées à la pathologie.

- ♦ **A.D. :** Je te remercie, je suis d'ailleurs très honorée de reprendre ta suite, et de pouvoir l'enseigner à mon tour.
Concernant les névroses et les TSPT : sont-ils fréquents ?
Comment les sages-femmes pourraient-elles faire la différence en postnatal, entre ces deux troubles psychiques du post-partum ?
- ♦ **M-H.de.V. :** Les premiers cas de névroses et de TSPT apparurent dans ma patientèle en 1997, lors du regroupement de plusieurs maternités dans l'hôpital où je travaillais.
En dix ans de pratique, je n'en avais jamais vu ! Il est vrai aussi que les trois patientes n'avaient rempli qu'insuffisamment leur anamnèse. En PG, il s'agit non seulement des renseignements médicaux mais aussi de 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 nous allons le voir dans ces cas cliniques, un retour dans le passé, entraîné par certains gestes ou attitudes de l'équipe, qui empêchent le passage du devenir-mère. D'une part, c'est la raison pour laquelle j'attire l'attention de mes patientes, en leur demandant « Quels sont vos points faibles ? » (Traumas psychiques consécutifs aux modèles parentaux subis durant leur enfance). Je les questionne aussi sur les éventuelles attitudes des soignants débordés, surchargés, pouvant remettre en place inconsciemment cette attitude parentale "toxique" (abandon psychique ou autoritarisme par exemple).
D'autre part, le fait de 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 vers le déroulement de l'accouchement.
Quoi qu'il arrive, elle peut s'adapter. Les sages-femmes libérales qui pratiquent la PG depuis des années signalent l'absence de ce type de pathologie psychique en suites de couches.
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. (5)
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 ».
J'ajouterais pour ma part que les névroses s'accompagnent de troubles, voire de défaut d'attachement à l'enfant, qui peuvent perdurer.
- ♦ **A.D. :** Oui, l'enfant est la deuxième victime...
Car privé de la présence psychique de sa mère, il 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.
Cela a été maintes fois décrit dans la littérature :
Le Dr Lemaitre, 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) qui est 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. (6)
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 sur le site www.nposagesfemmes.org une étude mettant en évidence l'augmentation du taux de cortisolémie chez les enfants ayant eu une naissance difficile. (7)
Je me réfère très souvent à une autre étude, californienne, qui établit 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)
- ♦ **M-H.de.V. :** Oui, cette étude, je la connais bien. Dans mon exercice clinique j'ai, pour ma part, pu établir ainsi des corrélations entre cette étude-ci et les récits de centaines de patientes parlant des accouchements de leur mère !
J'ai pu observer comment certaines avaient pu dépasser un accouchement traumatique et avoir un comportement sécurisé avec leur enfant, tandis que 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 car dans ces derniers, l'attachement au bébé existe, mais il n'est pas sécurisé. En effet, la mère en fait trop. Par exemple, elle peut rendre son enfant dépendant lorsque celui-ci grandit, en faire un futur adulte peureux, ou au contraire un futur adulte dans la toute-puissance, car elle lui aura tout accordé dans l'enfance.
- ♦ **A.D. :** Si nous devons résumer la différenciation entre ces deux troubles, nous pourrions proposer ce petit tableau :

	Névrose	T.S.P.T
Attachement mère-enfant	NON	OUI, mais non sécurisé
Attitude maternelle	Elle ne sait pas si c'est bien son enfant	Elle en fait trop
Souvenir de l'accouchement	Ne se refoule pas au bout de 3 jours	Souvenir traumatique et récurrent
Degré d'urgence	Urgent	Important
Dépression	Douloureuse et culpabilisante	Selon les cas, pas systématique

- ◆ **M-H.de.V.** : Oui, effectivement, cela peut servir d'aide-mémoire, pour les sages-femmes non formées en PG qui pourraient confondre les manifestations inhérentes à ces deux troubles psychiques du post-partum.
Dans le TSPT, 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, ou encore dans les cas graves, une infertilité inexplicquée, par exemple.
Les névroses comme les TSPT sont une urgence, car elles sont une source de souffrance importante pour la mère et, on l'a vu, pour l'enfant.
- ◆ **A.D.** : Peux-tu nous présenter quelques cas cliniques que tu as eu à traiter ?
- ◆ **M-H.de.V.** : Oui, avec plaisir, mais 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 psychiquement, 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 de la pathologie, par sa méconnaissance de ce qui se passe dans l'inconscient d'une femme qui devient mère.
Au risque de me répéter encore – et je le développerai plus loin – c'est ce passage qui doit être absolument franchi avant l'accouchement lui-même.
Les cas cliniques, donc :
 - N° 1 - **TSPT CHRISTELLE, PRIMIPARE** : « Je suis rentrée à 5 cm. Je ne sentais pas mes contractions, 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 contractions 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, tandis 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, faisait tout pour me mettre en échec par son attitude ! Oui c'était ça ! Seulement 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 à moi pour le tenir au chaud. La sage-femme comptait les points et me disait : "Avec une 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... J'en suis restée à 8 cm ! Là, j'étais contente de moi ».
Le bébé ne quitte pas sa mère qui a besoin souvent de le 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 ma force à mon mari (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 ».
Et puis, Aurore, il y a ce cas que nous avons traité en tandem, l'année passée.
- ◆ **A.D.** : Oui, je m'en souviens bien.
- N°4 - **TSPT, ALINE, DEUXIÈME PARE** : « C'était un jour de juillet, le soir de la coupe du monde de football. Il régnait dans l'air une sorte d'euphorie, on entendait régulièrement les klaxons dans la rue. Je me disais que c'était jour de fête pour la venue au monde de mon bébé. Et le travail s'est mis en route spontanément.
J'avais bien géré en PG. La dilatation avait été rapide et j'avais bien accompagné la sensation liée à la contraction en utilisant la respiration soufflante.
Quand j'ai été à dilatation complète, et que l'on m'a installée pour pousser, le gynécologue est venu. Il avait l'air pressé. Il m'a fait pousser une fois ou deux.
Un de ses collègues a passé sa tête à la porte de la salle d'accouchement et lui a dit : « Tu viens ? Les frites sont servies et le match commence ! »
Il m'a demandé de pousser, et là, je n'ai rien compris. J'ai juste entendu le bruit des ciseaux « clac clac », et je n'ai plus rien entendu... Je n'étais plus vraiment présente...
Le reste s'est passé très vite. J'étais ahurie, trop choquée pour être présente...
Neuf mois après, je pleure tous les jours, mon épisiotomie est extrêmement douloureuse et toujours pas cicatrisée. J'entends encore les bruits des ciseaux plusieurs fois dans la journée. Je suis heureuse d'être la maman de ma fille, mais j'ai peur de lui faire du mal... »
- ◆ **A.D.** : À première vue, dans les quatre cas, il y a interventionnisme faisant sortir les mères de leur rythme naturel... Ce sont les facteurs traumatiques.
- ◆ **M-H.de.V.** : Oui, tout à fait !
 - 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 suite 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 un 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 "répare" 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.

♦ **A.D. :**

- Pour Aline, il y a interventionnisme sans raison médicale. On pourrait appeler cela de l'abus de pouvoir. Cette jeune maman, enceinte pour la deuxième fois, voulait réparer son premier accouchement en gérant elle-même son travail et en accouchant par voie basse. Pour l'accouchement de son premier enfant, elle avait présenté une stagnation de dilatation ayant entraîné une césarienne en urgence. Elle présente en post-partum une attitude très angoissée vis-à-vis de sa fille. En fait, c'est l'interventionnisme inadéquat des soignants qui peut rappeler aux parturientes des attitudes parentales toxiques, telles que :
 - l'abandon psychique (sage-femme surchargée, ayant plusieurs patientes en travail, etc.) ;
 - l'excès d'autorité (ex : obstétricien qui oblige à accoucher en position gynécologique, etc.)

Cela entraîne pour la patiente un rappel des attitudes parentales toxiques au moment où elles deviennent « parent » à leur tour. Le risque est alors d'être tirée en arrière, et d'ainsi échapper au présent, de présenter une névrose du post-partum, un non-attachement à l'enfant. D'où l'intérêt de faire le passage psychique **avant la naissance**.

♦ **M-H.de.V. :** C'est tout à fait cela.

La technique du « surplus de réalité » ou « sophro-onirie », que je vais décrire, permet à la mère d'accoucher psychiquement de son enfant, alors qu'elle n'avait accouché que physiquement.

Cela lui permet de concrétiser son "devenir-mère", et dans la quasi-totalité des cas, d'amener la résolution complète des troubles psychiques en quelques heures s'il y a eu somatisation (par exemple une épisiotomie qui ne cicatrise pas, comme dans le cas clinique n°4). Il s'agit d'amener la patiente en état de conscience modifiée — après avoir obtenu son accord — ce qui donne accès, d'après le Professeur A. Caycedo, neuropsychiatre et créateur de la sophrologie, au cerveau profond, le 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 pourrait aussi signaler la présence de contractions utérines précédant l'accouchement et l'expulsion du placenta.

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 seul bémol pourrait 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.

♦ **A.D. :**

En fait, si l'on devait résumer, Marie-Hélène, la clef est la compréhension de la grossesse psychique dont la finalité serait la fonction maternelle.

Autrement dit, il s'agit de comprendre ce qui se passe dans l'inconscient d'une femme qui devient mère pour nous aider à mettre en place une véritable prévention pendant la grossesse.

♦ **M-H.de.V. :** Exactement. D'autant plus que les techniques obstétricales actuelles, la lourdeur des protocoles et l'évolution sociale semblent faire de la prévention une priorité, voire une nécessité.

C'est face à ce constat que j'ai créé la préparation globale.

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 qu'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 par elle comme trop long ou trop douloureux.

J'ignorais que ma recherche me permettrait de découvrir et d'approfondir 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 en interagissant avec elle, il y avait un grand passage psychique dont l'accouchement était en fait... la somatisation !

Si ses modalités n'étaient pas respectées, une mère pouvait en rester traumatisée au point de ne pas 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 capacité à rebondir après un événement déstabilisant ou traumatisant) !

Ce sont ces modalités qui 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 », selon Daniel Stern.

À mon avis, il peut y avoir un problème dans la présence des "psys" en maternité bien que ce soit absolument et actuellement indispensable, mais ils sont la plupart du temps formés en psychopathologie clinique. Or, la grossesse psychique n'est pas encore enseignée dans toutes les facultés. Cela entraîne le risque de « psychiatriser » les femmes normales qui vivent une crise du pré/postpartum, 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".

La grossesse psychique ou le "devenir-mère" : C'est l'état transitoire caractérisé par la "transparence psychique" : période durant laquelle les contenus de l'inconscient font irruption dans le conscient.

Ces contenus sont les modèles éducationnels ou "patterns", et l'histoire par elle-même.

♦ **A.D.** : Oui, « l'enfant devient alors enfant de leur propre enfance », nous dit M. Bydlowski.

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 faire passer les futures mères par un état de crise.

La thèse de Winnicott est que la femme atteint un stade pendant lequel elle est le bébé et le bébé est elle. Après tout, cela n'a rien de mystérieux : 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 ! (13)

♦ **M-H.de.V.** : Oui, et ce travail psychique va aussi dépendre du positionnement inconscient de la petite fille face à ses "patterns" 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 propre positionnement.

Il s'agit de jeunes femmes parfois isolées et manifestement en quête d'identité...

Si l'on se réfère encore à la littérature, la psychanalyste C. Bergeret-Anselek emprunte au psychiatre-psychanalyste Racamier le terme de *maternalité* (condensation de maternel, maternité et natalité) :

« La maternalité 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 ». (14)

♦ **A.D.** : Et puis, il y a une similitude fonctionnelle entre une sophronisation et l'état de grossesse psychique !

Dans cette dernière, il y a transparence psychique : c'est ce qui permet aux éléments de l'inconscient d'émerger dans le conscient.

Lors de mes études de sophrologie, j'ai en effet appris que lors d'une sophronisation, il y a abaissement du seuil de censure, rendant conscients les phénomènes inconscients.

Je suppose, Marie-Hélène, que c'est la raison pour laquelle les états modifiés de conscience permettent aux mères, non seulement de faire des prises de conscience (ou "flash"), mais favorisent la fixation dans la mémoire des visualisations et émotions vécues.

♦ **M-H.de.V.** : Oui, effectivement.

Pour ce qui est du « vécu » émotionnel, le cerveau est concerné, mais aussi tout le corps. C'est la mémoire cellulaire.

D'après le Professeur A. Caycedo, c'est l'émotion qui fixerait la mémoire.

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 à la fois en PG et en "surplus de réalité" ou sophro-onirie.

Pour conclure cette approche de la grossesse psychique, Winnicott appelle "préoccupation maternelle primaire" cet état – véritable période 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 et d'interpréter ses besoins.

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

Revenons-en au sujet de l'article et abordons désormais le sujet de la dépression du post-partum. Il est question de 10 à 15 % des patientes concernées. Penses-tu que ce chiffre soit réellement représentatif ?

♦ **A.D.** : Non, je pense que l'estimation de 10 à 15 % de dépressions postnatales concerne les patientes qui demandent de l'aide, et peuvent ainsi permettre une évaluation. Mais toutes les mères en difficulté ne consultent malheureusement pas. Un sentiment de honte et/ou de culpabilité peut les empêcher de le faire.

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

Marie-Hélène, peux-tu nous dire en quoi la préparation globale est indiquée à cet effet ?

♦ **M-H.de.V.** : La PG, c'est le concept de la « double naissance » : psychique et physique.

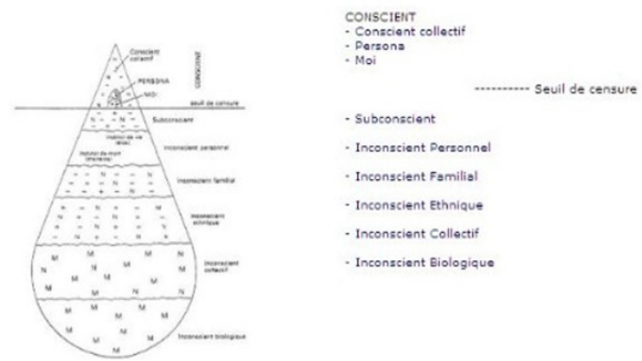
Dans cette hypothèse, il y a donc un double travail pour la mère, triple même si nous considérons le bébé/foetus qui, on le sait, est un participant actif – d'autant plus qu'on lui parle et/ou qu'on le guide. Ce double aspect physique et psychique pour la mère m'a amenée à considérer deux pôles dans 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 psycho-généalogie, les techniques sophroniques et le toucher affectif.

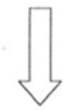
La connaissance du versant psychique de l'accouchement : **la psycho-généalogie** (3) gère essentiellement les modèles éducationnels de la future mère (et le cas échéant du futur père). Ces patterns peuvent être source de repositionnement, donc de crise.

L'enseignement de cette psycho-généalogie "ciblée" fait partie de celui de la grossesse psychique et permet aux futures mères de se retrouver, de se comprendre, de bénéficier de prises de conscience, notamment pendant les sophronisations : « Ce bébé que vous portez dans le ventre, vous le portez également dans la tête ».

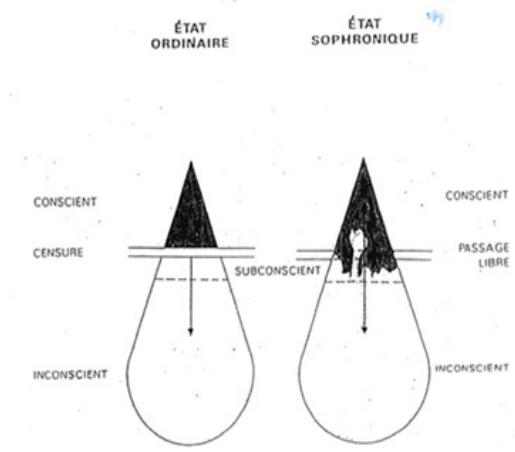
Les techniques sophroniques ou sophro-pédagogie médicale : Elles tendent



ETAT DE GROSSESSE



Perméabilité du seuil de censure



à renforcer les capacités naturelles à accoucher de manière eutocique, grâce aux visualisations positives en état modifié de conscience (les césariennes itératives sont préparées ainsi).

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 !

La puissance des techniques est telle que, par exemple, pendant le travail (et grâce à l'entraînement) visualiser le col le fait effectivement dilater.

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.

♦ **A.D.** : En fait, si l'on devait résumer cela : Émotion + Répétition = Mémorisation ?

♦ **M-H.de.V.** :

Exactement !

Le troisième outil, le toucher affectif, va associer obstétrique et affectivité.

Cette "technique" va somatiser l'attachement dans le présent.

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 empreint 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, d'effectuer leur rotation, de "descendre".

La PG s'appuie également sur les dernières connaissances en matière de sensorialité foetale, afin de proposer aux sages-femmes formées des outils pour la gestion des pathologies telles que troubles du RCF en salle, MAP, RCIU, etc...

Observation des résultats :

Mon double exercice libéral et hospitalier m'a permis d'établir 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 à la fois 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 primipares et 2 heures chez les multipares 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 (objectivé par un questionnaire distribué au couple avant le 3ème jour de post-partum).

Si je n'ai que peu parlé des pères, c'est que les traumatismes 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 dyade mère-enfant.

Ainsi, ils les accompagnent avec les techniques de la PG et s'investissent plus longtemps en suites de couches.

♦ **A.D.** : La naissance devient alors une expérience de couple, vécue consciemment dans cet accès à la parentalité !

♦ **M-H.de.V.** : Oui, c'est la force de la PG.

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 le temps de 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. Cependant, les résultats que nous avons obtenus suffisent à les motiver ainsi que l'observation des bébés nés de la méthode.

En fait, on arrive en PG à la dimension humaine que l'on avait perdue avec la fermeture des petites maternités à taille humaine.

♦ **A.D.** : 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 ainsi à vivre le "magique" de la naissance, en préparation, en salle et en suite de couches !

Si l'on devait résumer le travail spécifique de la sage-femme spécialisée en PG, ce serait de :

- ♦ Permettre à la patiente d'exprimer ses peurs,
- ♦ Comprendre les peurs de la grossesse et leur incidence sur la mise en place du "devenir-mère",
- ♦ Prévenir et gérer la pathologie,
- ♦ Gérer la dystocie pendant l'accouchement,
- ♦ Gérer les difficultés du devenir-mère.

En fait, que ce soit sous péridurale systématique ou pas (car demandée par la mère), ou encore dans le cadre d'un accouchement « naturel » (non médicamenteux), une préparation approfondie devient indispensable car les risques de traumatisme psychique restent aujourd'hui les mêmes.

♦ **M-H.de.V.** : Oui, et cela en raison des protocoles actuels, de la désinformation des femmes, du suivi de grossesse physiologique assimilé à celui des grossesses pathologiques, ainsi que des modalités actuelles d'accouchement.

Notons que le conscient collectif peut également être responsable, car notre société établit une corrélation entre grossesse, accouchement et pathologie.

Cependant, il semble qu'il y ait actuellement une recrudescence des demandes pour accoucher naturellement.

On peut se demander si cette information est réelle, ou le fruit de coïncidences concernant les sages-femmes pratiquant la PG ?

♦ **A.D.** : Les femmes expriment l'importance de se sentir pleinement actives dans le processus de mise au monde de leur petit. Quoi de plus normal que de les accompagner, pour qu'elles recouvrent toute leur puissance...

♦ **M-H.de.V.** : Oui, effectivement.

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.

♦ **A.D.** : Merci Marie-Hélène, pour cette interview et pour ta confiance, sans cesse renouvelée.

Merci d'être au service des mères et des bébés, et d'avoir créé cette méthode qui rend le pouvoir aux mères...

♦ **M-H.de.V.** : Merci à toi, Aurore, et merci à toutes les sages-femmes qui nous font confiance !

Bibliographie

- [1] BERNARD Claude, physiologiste. 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] BYDLOWSKI 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 foetal et communication maternelle" (article n° 368, fév. 2008), in Les dossiers de l'Obstétrique, ELPEA. nposagesfemmes.org
- [17] Pour répondre aux « violences obstétricales », un label pour les maternités « bienveillantes » in « Le Monde », publié le 18/10/2019.

Pour toute information supplémentaire, les auteures se trouvent à votre disposition, via le site nposagesfemmes.org ou par courriel nposagesfemmes@gmail.com.

Préparation Globale à la Naissance©

Méthode de Valors®

Formation alternant théorie et pratique
(sophro-pédagogie obstétricale), afin de :

- Potentialiser la physiologie en prénatal / postnatal
- Favoriser un travail rapide et quasiment indolore
- Eviter l'apparition de la pathologie / dystocie

Niveau I-FIFPL, en 2019 et 2020 :

- Paris : 15-16-17 /10/19
- Lyon : 2-3-4 /12/19
- Paris: 1-2-3/04/20
- Paris : 7-8-9/10/20
- Lille : 17-18-19/12/20

Niveau II-FIFPL, en 2020 :

- Rennes : 3-4-5/06/20
- Paris : 3-4-5/12/20

Inscriptions sur le site de l'ADCO

Contact : Mme Drugmanne Aurore
Sage-femme, Sophrologue et Formatrice
06.45.31.66.99 ou nposagesfemmes@gmail.com
Site : www.nposagesfemmes.org