

Grossesse psychique et hypermédicalisation

Dossier de l'obstétrique Editions ElpEa N° 342 octobre 2005

« Science sans conscience
n'est que ruine de l'âme »
(Rabelais)

Introduction

Ce 7° article ne remplace pas l'étude sur le versant psychique de la grossesse (D.O. n° 287) qui, ainsi que les suivants (1) reste un outil de travail pour les sages-femmes.

S'il reprend les grandes lignes de la grossesse psychique, c'est pour adapter celle-ci à la réalité 2005 et mieux comprendre les origines maternelles de la pathologie actuelle, en dehors de la concentration des naissances et de la lourdeur des protocoles...

Déjà en 2000 les lois du psychisme maternel, clef de voûte des outils de la méthode, m'avaient fait conclure (1b page 22) : « en surmédicalisant les connaissances actuelles montrent que nous faisons de la mère et de l'enfant des individus à risque psychique » (avec toute la pathologie physique et psychique qui en découle). Nous y sommes, le psychisme maternel évolue, comme cela semblait prévisible... De la transformation de certains Centres Périnataux en Unités spécialisées (sous la responsabilité des pédopsys et des psychiatres adultes), au concept de maternologie qui s'étend : la difficulté devient évidente. Confrontées à la « nouvelle obstétrique » depuis 2001, 4000 sages-femmes ont quitté leur poste en structure, en proie au désarroi et/ou l'épuisement.

Nous allons tenter de mettre des mots sur tout cela.

Après les grandes lignes de la grossesse psychique, nous aborderons ses interactions avec la grossesse physique et l'étiologie possible des pathos actuelles comme les M.A.P et les R.C.U. C'est à l'aide de cas cliniques que nous étudierons l'impact de l'hyper médicalisation actuelle sur la grossesse physiologique... et le bébé/foetus : mais là c'est une étude expérimentale qui nous permettra d'introduire « l'anti-virus » au stress actuel : les interactions materno-foetales...avant de conclure et de trouver en annexe une sorte de kaléidoscope de courtes histoires, sorte de flash sur certaines réalités des soignants de la nouvelle obstétrique. Cette annexe introduira les articles suivants.

Participeront à cette étude d'autres travaux de sages-femmes.

Les mémoires des 4° année nous proposeront des évaluations statistiques, des observations cliniques et des bases scientifiques : il s'agit de jeunes diplômées : Stéphanie CHEVALIER, Emeline HUDRY et Priscille RENAUD.

Enfin une sage-femme psychologue clinicienne qui fut mon enseignante à l'école de sages-femmes, Josette FORT (2) dont le livre « Naissance et fantasme de mort » vient de sortir nous apportera une hypothèse pionnière d'accoucheuse, confirmée par l'expérimentation (1500 cas sur 7 ans dont 70% d'accouchements rapides et indolores « vécus dans la fête »). Avec son autorisation, je citerai un de ses principes.

A - La grossesse psychique, prélude à l'attachement

1 - LA MATERNALITÉ

Après avoir repris (intégralement dans les Dossiers de l'Obstétrique) les auteurs classiques décrivant la maternalité, c'est à dire BERGERET AMSELEK (voir sur le site : article n° 1 La grossesse psychique)... ou encore WINNICOTT, je citerai ma propre synthèse :

C'est ainsi qu'au fil des années j'expliquai aux futures mères : « d'après ce que m'ont appris toutes celles qui vous ont précédées, de même que vous construisez un bébé dans votre utérus vous construisez une mère dans votre psychisme : le bébé vous le portez aussi dans la tête !.. Comme l'oiseau construit soigneusement son nid, vous construisez le nid du « devenir mère » avec « les matériaux » que vous ont transmis vos parents quand vous étiez enfant. Alors votre conscient/inconscient choisit : transformer, reproduire, innover ? Comment faire ?... C'est un

vrai travail psychique qui vous permet de passer de la femme d'hier à la mère de demain. Ce travail peut ce faire grâce à cette émotivité, cette hypersensibilité, ces variations d'humeur dont parfois vous vous sentez coupables !... C'est un état normal, qui va vous donner aussi de grandes joies quand vous aurez franchi le cap de vous dire « ça y est, je me sens mère, je pense que je suis prête ! »

Le secret c'est cela, avoir construit le nid avant l'accouchement, mais vous avez un grand allié, le bébé qui va vous aider énormément par ses interactions.

Donc nous pouvons dire qu'ayant en somme accouché psychiquement de votre « devenir mère » ce sera un peu (beaucoup le disent) comme si vous aviez déjà accouché ! Et c'est cela le secret des dilatations rapides que nous connaissons. Toute femme y a accès pour si peu qu'elle ait dépassé les obstacles de ses peurs liées au questionnement « serai-je capable de ? » (le nid) et qu'elle ait entraîné sa conscience. Nous allons si vous le souhaitez y travailler ensemble !

Parmi les obstacles actuels, outre les récits de la société axés sur le négatif, en raison du médico-légal le suivi de grossesse est orienté vers le dépistage systématique de la pathologie, et cela peut interférer avec votre construction psychique : tout peut prendre alors des proportions de catastrophe pour vous, vous n'arrivez pas à relativiser... C'est un piège dont il faudra vous méfier ! ... et que nous identifierons si quoi que ce soit d'inquiétant vous est dit. » Ce discours imagé peu scientifique s'appuyait et s'appuie sur le schéma de l'iceberg de YUNG.

2 - LA TRANSPARENCE PSYCHIQUE

Voir l'iceberg (sur le site) dans l'article : le versant psychique de la grossesse

En raison de la transparence psychique il peut y avoir confusion entre passé et présent : comportement du mari (ou du gynéco) identifié à celui du père : c'est ce qu'on appelle un transfert... Il y a également manque de concentration, pertes de mémoire du fait de l'irruption du passé dans le présent.

Voilà comment la sage-femme Stéphanie CHEVALIER (7) résume ses observations :

« Une des difficultés de la crise de maternalité est la nécessité de se positionner en tant que parent, alors même que l'on est en état de régression et de confusion avec le « Moi-petite fille » la future mère doit passer de l'insouciance de l'enfance à la maturité du parent. De la recherche de ce positionnement naît un questionnement bien spécifique reposant sur l'interrogation : « serai-je capable ?... » Plus ou moins conscient, ce questionnement se retrouve souvent au travers de rêves, révélateurs du travail psychique ... et des angoisses qui lui sont dues.

Ces peurs peuvent être d'origine personnelle (en rapport avec l'histoire) archaïque (enfant anormal, peur de l'accouchement) ou culturelle. »

Base physiologique : (voir sur le site : les recherches des scientifiques : article du New Scientist du 11 janvier 1997)

« grâce à l'imagerie cérébrale, à l'heure actuelle il pourrait y avoir une explication physiologique aux problèmes cognitifs (perte de mémoire et de concentration) dont se plaignent les femmes enceintes. »

Nous dirons succinctement que « les chercheurs ont observé trois groupes de femmes pendant la grossesse et quelque temps après. Grâce à la résonance magnétique qui donne une image tridimensionnelle du cerveau, ils ont observé une diminution du volume du cerveau pendant la grossesse et après l'accouchement, alors que l'hypophyse augmentait de volume »...

Note : en fait il pourrait s'agir, d'après les scientifiques d'une répartition différente du L.C.R au profit du cerveau archaïque et notamment l'étage hypothalamo-hypophysaire.

3- RÉOLUTION DE LA CRISE

Elle passe par l'attachement progressif à l'enfant, et donc prépare la fonction maternelle (soins et présence psychique à l'enfant). Dans mon observation, c'est l'attachement avant la naissance qui garantit et facilite la physiologie.

Dans un désir de synthèse je rappelle le questionnement de la préoccupation maternelle primaire (plus ou moins inconscient). Il serait le suivant : « suis-je capable de faire un enfant normal ?... d'accoucher normalement ?... suis-je assez bonne (donc capable) pour m'occuper de cet enfant ?... » C'est cela qui crée donc les états d'angoisse de la grossesse psychique dont je rappelle « la normalité ».

il ne faut pas confondre ses effets (notamment la transparence psychique) avec la pathologie...

Pour arriver à l'attachement, le travail plus ou moins conscient sera donc de transformer les modèles parentaux de l'enfance, ou patterns, en un Devenir mère possible. seconde dans sa propre fratrie.

Deux exemples cliniques :

><< Je trouve ma fille « virulente »

> Réfléchissez à ce que vous venez de dire ?... qui était virulente dans votre enfance ?

> Ah ? ... ma mère bien sûr !... toujours - ma - mère !!! »

Ou encore :

> « Je l'appelle avec la main, il répond pas ... de toute façon il répondra pas !

> Pourquoi ? cherchez un peu en vous... plus loin !

> ... C'est peut-être à cause de mon père ? ... lui, il ne répondait jamais ... c'était comme s'il n'était pas là !... »

C'est en faisant ces prises de conscience - entre autres - que les mères peuvent s'attacher à ce bébé là.

C'est aussi tout l'intérêt de la psychogénéalogie, un des outils de la Préparation Globale, pour mettre à jour les systèmes familiaux, les répétitions entraînant chez la mère des angoisses jusqu'alors inexplicables (l'inconscient familial émergeant lui aussi).

B - INTERACTIONS DE LA GROSSESSE PSYCHOLOGIQUE SUR LA GROSSESSE PHYSIQUE

D'après Jean-Marie DELASSUS (8) : « La maternité psychique conditionne la maternité physique et non l'inverse »

1 - LES EFFETS DU « NON INVESTISSEMENT »

Il s'agit du déni de grossesse que nous connaissons tous. Il n'y a aucun symptôme, pas de perception de mouvement fœtaux car ces femmes ne se savent pas enceintes (j'en ai vu accoucher sans douleurs spéciales). Je pense aussi au cas de Magali, qui par réaction à sa mère (enceinte douloureusement tous les ans) n'avait pas investi du tout sa grossesse pourtant désirée et ne percevait pas les mouvements fœtaux. A partir du moment où en préparation elle a commencé son passage psychique, les mouvements fœtaux ont été perçus, ainsi que les petits mal-être connus (ou culturels) de la grossesse.

2- INFLUENCE CULTURELLE ACTUELLE

La plasticité du psychisme féminin est telle, que celui-ci est sensible au conditionnement, puisque en recherche de repères - à part les instinctives dont je n'ai pas parlé, mais qui existent encore et font leur travail psychique « à bas bruit ».

Rejoignant les instinctives, j'observais chez mes patientes des symptômes très légers et « culturels » ou transmis de mère en fille (remontées acides, insomnies...) disparaissant en cours de la préparation où elles se déclaraient en pleine forme s'entendant dire : « vous avez de la chance !... »

Dans notre culture, il y a vingt cinq ans les « envies » étaient à la mode, c'était le symptôme principal de la grossesse.

La pathologie ne se voyait que dans les C.H.U.

Mais avec l'apparition de journaux et sites spécialisés, et la fermeture des petites maternités, dans les années 95/2000, **la pathologie de la grossesse a été confondue avec sa physiologie.**

Un certain article sur la prématurité en 1999 (« Parents magazine ») a déclenché un vent de « panique-insomnie-contractions » chez certaines patientes en début de préparation tant à l'hôpital qu'au cabinet.

Suivie maintenant comme une maladie, il est tout à fait logique que des symptômes pathologiques se manifestent.

Du fait de l'émergence de l'inconscient dans le conscient (la transparence psychique) des peurs

liées au passage psychique apparaissent , orientées principalement vers la question (on l'a vu) : serai-je capable : de faire un enfant normal ? ... : en médecine, nous répondons Non... nous allons tout le temps vérifier.

d'accoucher normalement ? : Non, il faut une haute technologie.

Serai-je capable de m'occuper de lui ? : celle-ci résulte des deux autres. (cf. plus tard le comportement non sécurisé des mères en suite de couches qui désoriente tant les soignants)

Dans la nouvelle obstétrique nous répondons Non aux deux premières questions. Du coup la troisième (tout l'objet de la transformation) reste sans réponse pour la mère, est en suspens, le passage psychique ne se fait pas et les symptômes pathologiques de la grossesse apparaissent (MAP, RCIU, que nous verrons plus loin).

Josette FORT (2) sage-femme et psychologue clinicienne a basé sa recherche sur la peur inconsciente archaïque de la mort à l'accouchement. Malgré l'avènement des antibiotiques mettant fin à la fameuse fièvre puerpérale, cette peur serait profondément ancrée en nous, tel un réflexe conditionné pavlovien : « Inconsciemment nous projetons les dangers courus par nos ancêtres dans notre vécu d'aujourd'hui ». Dans son hypothèse de travail ce serait pour échapper à cette peur de la mort que les femmes feraient cette régression en s'identifiant à leur enfant... et, ajoute t-elle « si la médicalisation de l'accouchement normal devient systématique, il en résulte une généralisation de la pathologie » en raison justement de ce réflexe pavlovien : « accouchement = danger de mort = peur inconditionnelle = réflexe conditionné ». Autrement dit si on me soigne c'est que je suis malade, et si je suis malade c'est que je peux mourir comme les femmes autrefois.

(Rappelons nous que son travail de préparation a entraîné 70% de dilatations indolores et brillantes.)

Est-ce cette peur archaïque qui est à l'origine de l'hypermédicalisation ... ou des raisons financières de « rendement », ou les deux ?...Serions nous revenus en arrière !... vers cette peur ancestrale ?...

3) LA PATHOLOGIE

Elle aurait deux origines : le suivi médical inquiétant et/ou le suivi médical renforçant les peurs personnelles.

a) Bases physiologiques

Etude de la sage-femme Emeline HUDRY (9) :

« C'est le système limbique (ou cerveau des émotions) qui régule des fonctions de l'hypothalamus. En cas de stress, celui-ci intervient dans le maintien de l'homéostasie. Il est stimulé au niveau des noyaux paraventriculaires de l'hypothalamus qui contiennent des neurones disposant de propriétés neuro-sécrétoires. Ce sont ces mêmes noyaux qui sécrètent l'ocytocine et qui la stockeraient dans l'hypophyse d'où elle est libérée ... Des études récentes montrent que celle-ci interagirait sur l'axe corticotrope en diminuant la sécrétion d'ACTH et de cortisol (action des glucocorticoïdes sur la régulation de la masse pondérale).

On peut aussi retenir dans cette étude la réaction des médulo-surrénales qui produisent les catécholamines (adrénaline et noradrénaline). »

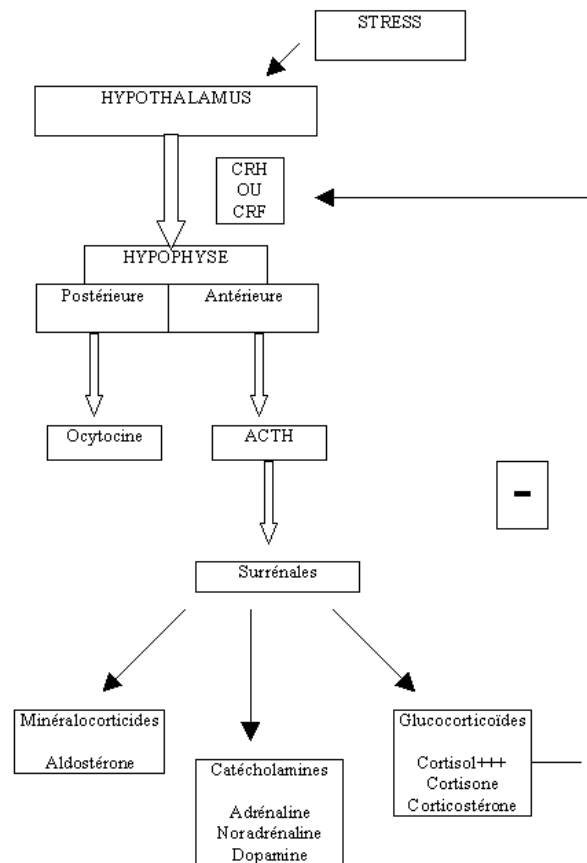
Une autre étude en neuro-science (9 bis) montre les taux d'ocytocine multipliés par 5 en cas de stress.

Ces études scientifiques témoignent des effets du psychisme sur le soma.

Nous connaissons l'action de l'ocytocine sur l'utérus ainsi que l'effet hypertenseur et vasoconstricteur de la noradrénaline .

Voici donc deux origines psychosomatiques possibles aux MAP et RCIU actuelles. Avant de les aborder, nous pouvons nous pencher sur un des schémas de l'étude d'E.HUDRY.

Réponse générale au stress



b) Les M.A.P

Nous ne parlerons que des vraies M.A.P. La prématurité est en réelle augmentation (surtout les prématurissimes nés pratiquement tous de la P.M.A... c'est un autre sujet abordé rapidement en fin d'annexe).

Déjà le triple test est une étape à franchir.

S'il n'y a pas d'amniocentèse, c'est une deuxième étape.

Reste l'écho-morpho de la 22ème S.A.... et le questionnement de la mère « suis-je capable de ? ».

De nombreuses M.A.P seraient induites par le désir inconscient de voir si l'enfant est normal, s'il y a eu amniocentèse avec des résultats non affirmatifs à 100%, ou si l'écho-morpho ne trouve pas les biométries idéales : il faut contrôler...

Marianne, 33 ans, a eu un début de grossesse normal. Ses deux accouchements précédents faciles (deux garçons) font qu'elle est plutôt sereine, jusqu'à l'écho-morpho où elle apprend (alors qu'elle ne voulait pas savoir) qu'elle attend une fille et que celle-ci a un R.C.I.U important (10ème percentile). Sous l'effet du choc elle appelle sa sage-femme qui lui conseille une écho de contrôle : biométries normales : 50ème percentile... Mais une M.A.P se déclenche : Dans son histoire, Marianne a été abandonnée par sa mère à 10 ans et « l'anormalité » supposée de sa fille la renvoie à « l'anormalité » de sa relation à sa mère... Elle constate elle-même : « cela réveille mon histoire que je pensais avoir dépassée parce que ma grand-mère a pris le relais, c'est elle ma vraie mère... »

Claire, primipare, m'est envoyée à 25 S.A. Elle a eu une amniocentèse et les résultats semblent normaux. Mais elle s'angoisse et a modifié son col. A l'anamnèse j'apprends qu'elle attend un garçon ce dont elle est heureuse, car me dit-elle, « mes parents ont divorcé et mon père a refait sa vie, il n'est plus vraiment mon père ! il a d'autres enfants, peut-être que je voulais un garçon pour compenser ce manque ? »

- > Vous le croyez en danger, comme l'était votre relation à votre père ?
- > Oui... c'est un peu ça ... en fait il y a déjà un problème comme avec mon père, vous voyez bien ?

Fabienne est la dernière d'une famille de 7 enfants. Timide, elle dit avoir passé sa vie à douter d'elle. Non désirée, enfant tardif, sa mère lui a toujours reproché son incompetence : elle n'était jamais à la hauteur... A 30 ans, elle rencontre celui qui semble réparer tout ça : « il est super » me dit-elle. Enceinte de 28 S.A, sa gynéco de ville l'envoie au C.H où elle va accoucher.

C'est à cette première visite où dit-elle « tout bascule ». Après une attente très longue elle est reçue rapidement par un gynéco surmené, ne trouvant pas ce qu'il veut dans le dossier qu'elle amène, remettant en question les examens et les échos, et me dit-elle « j'ai senti des sueurs froides dans le dos et depuis... je contracte, ils disent que mon col a raccourci et je dois rester 12 heures allongée par jour !... »

c) Les R.C.I.U réels (non échographiques)

Nous avons vu l'action vasoconstrictrice de l'adrénaline... entraînant une mauvaise perfusion placentaire. Ce serait une des raisons... Mais le problème est certainement plus complexe que cela. Déjà dans mon expérience de clinicienne j'avais observé les corrélations entre un stress ponctuel vécu par la mère et l'arrêt de croissance du fœtus, mais en suites de couches, à long terme, cela se passait aussi au delà de la 3ème semaine et là il n'y avait plus de placenta !...Mais les bébés étaient allaités au sein !...

Nathalie, primipare de 28 S.A, est au repos pour une R.C.I.U : 2 monitos par semaine : c'est une chance : une sage-femme vient la voir. Celle-ci interroge :

- > Comment s'est passée votre grossesse jusqu'à maintenant ?
- > Ca a mal commencé : en faisant une écho endovaginale à trois mois de grossesse, on m'a trouvé une hémorragie de 5 cm !
- > Vous avez saigné ?
- > Non, mais après ils ont fait une écho abdominale et on m'a dit que c'était un « artefact » ça arrivait avec l'endovaginale : en fait tout était normal.
- > Vous semblez très au courant !
- > Avec tous les contrôles que je fais, je commence à tout savoir, et j'ai de plus en plus peur !... et eux ne comprennent pas pourquoi le bébé ne grossit pas plus !...

Valérie, Il pare de 30 S.A est alitée :

- > Catastrophe » me dit-elle, « j'ai été obligée de faire garder ma fille par ma mère avec qui je ne m'entends pas du tout !...
- > Que vous arrive t-il ?
- > tout allait bien jusqu'à il y a un mois. Bon j'ai fait l'amniocentèse, c'est un garçon, ils disent maintenant qu'il a un fémur trop court... et moi j'ai peur. Ils parlent de m'envoyer à M...pour une écho chez un spécialiste.
- > Vous savez cette histoire de fémur est très à la mode depuis l'arrivée d'un nouvel appareil au C.H ; Peut-être qu'il faut du temps pour le régler... Plusieurs de mes patientes ont eu ce problème et en fait tout s'est avéré normal !
- > Ah ?... mais ma mère n'arrête pas de me harceler avec cette histoire ! En fait elle est jalouse parce qu'elle n'a eu que des filles et elle m'en a toujours voulu de n'avoir pas été un garçon !... moi je n'en peux plus !...

(la naissance confirmera les dires de la sage-femme, le bébé était tout à fait normal).

Marie-Noëlle, primipare de 32 S.A, infirmière libérale, est arrêtée depuis 15 jours : on a diagnostiqué un R.C.I.U (40° percentile pour certaines biométries) :

- > Non seulement je faisais des kilomètres pour mes soins, mais j'en faisais pour mon suivi de grossesse : 60 km A/R : ici la maternité a fermé !... au C.H ils sont débordés il faut attendre parfois deux heures pour les consultations. La dernière fois ils ne trouvaient pas le dossier ... et parlaient de me transférer... Pendant ma grossesse, j'ai l'impression de faire le parcours harassant de mon enfance !

> Comment ça ?

- > On faisait souvent des km dans la montagne pour aller à l'école. Mes parents étaient fermiers. A part l'hiver, ils n'avaient pas le temps de nous amener, et quand on rentrait il

fallait qu'on les aide. On était pas franchement malheureux mais mon père était très sévère : il ne nous laissait pas beaucoup de temps pour jouer !...

C) L'ANTIVIRUS AU STRESS MATERNEL : LES INTERACTIONS MATERNO-FŒTALES :

La sensorialité fœtale commence à être bien connue. « Tous les travaux montrent que le fœtus est un être percevant » (10).

Il serait juste avant d'aborder les interactions materno-fœtales de se pencher sur les conséquences du stress prénatal pour l'enfant.

Car si dans mon hypothèse l'enfant va aider sa mère par ses interactions il est bien évident que la mère l'aide aussi, et bien plus qu'on ne pense...

a) Etude expérimentale

Nous avons rappelé les travaux sur les conséquences à long terme des stress périnataux (voir site : les recherches des scientifiques). La plupart d'entre eux est référencée sur le site nposesfemmes.com. Confirmant nos connaissances en psychanalyse une recherche sur l'animal attire particulièrement l'attention car elle apporte une solution. Il s'agit de l'étude de Stéfiana MACCARI (Inserm de Bordeaux 1995), réalisée chez la rate gestante et décrite ci-dessous par le chercheur :

« Nous avons appliqué chez les mères un stress de contention en étudiant le taux de corticostérone et les récepteurs hippocampiques à J3, J21 et J90 postnatal. De plus, nous avons voulu vérifier si un stress prénatal pouvait induire le comportement d'auto-administration d'amphétamines chez la progéniture devenue adulte (comportement - réponse des mères soumises au stress). Nous avons pu observer chez les animaux adultes stressés prénatalement une altération du rétrocontrôle de l'axe corticotrope (à 120 mn après le début d'un stress de contention). Les récepteurs hippocampiques sont réduits à l'âge de 21 et 90 jours. De plus, ces animaux développaient le comportement d'auto-administration d'amphétamines.

Cependant, des rats stressés prénatalement, mais adoptés précocement par une rate non stressée ne présentent plus de différence de quantité de récepteurs hippocampiques par rapport à des rats témoins. Notre modèle d'adoption a donc renversé les effets du stress prénatal. »

b) Application de l'étude à l'humain

Notre troisième cerveau, le cortex cérébral, s'il peut gêner l'accès aux fonctions instinctives (par les conditionnements) va nous apporter la solution. Il va permettre à la future mère de changer son comportement.

Nous pouvons conclure de l'étude qu'une mère stressée changeant son comportement (par le biais d'une écoute spécifique, l'éclairant sur l'origine et /ou la résolution de son stress) peut donc changer l'environnement prénatal de son enfant. Outre l'effet psychothérapeutique sur elle même (grâce à la transparence psychique) elle peut donc agir sur son bébé fœtus... et/ou plus tard sur son bébé.

C'est là tout l'intérêt d'identification des peurs inconscientes, du travail en psychogénéalogie et des techniques anti-stress sophroniques.

c) Exemple clinique

Dans mon expérience clinique j'ai été amenée à former dans l'urgence un groupe de huit futures mères (30 à 34 SA) venant de vivre la catastrophe de Vaison-la-Romaine avec pour toutes un point commun : leur mère y était décédée. Dans ce groupe il y avait des temps pour pleurer ceux qui n'étaient plus, et cela était dit aux bébés fœtus : « il est important que ta mère chasse son stress ...c'est son histoire », et des temps pour le bercer (à l'initiative de l'une d'entre elles).

Par le biais de la préparation à la naissance, elles ont pu peu à peu s'autoriser la joie, l'appivoiser dans ces temps terribles où mort et vie étaient intimement liés :

A la naissance, les bébés avaient l'aspect calmes et sereins « des bébés sophro » et les mères avaient pu investir l'enfant

Il est très important d'expliquer à l'enfant que se soit in-utéro ou que se soit après la naissance : tout peut se rattraper !

Françoise DOLTO (10) ne disait-elle pas : « si petit qu'il soit, un enfant à qui sa mère ou son père parle des raisons qu'ils connaissent ou qu'ils supposent de sa souffrance, est capable d'en surmonter l'épreuve en gardant confiance en lui et en ses parents. »

d) En pratique : comment agir

Le toucher affectif qui associe palper obstétrical et affectivité a été découvert sur le terrain, grâce à la participation active des bébés sophro lors de leur naissance. Voulant en savoir plus je me suis orientée vers l'haptonomie dont « l'inventeur » m'a refusé deux fois l'accès en raison de ma pratique de sophrologue et d'analyste... Alors le toucher affectif est devenu officiellement un des trois outils de la méthode. En préparation globale il aide à se construire en tant que mère. L'attachement étant souvent à « apprivoiser », il utilise le prétexte de gérer les inconforts des derniers mois de la grossesse : une tête qui appuie trop sur la vessie, un dos qui comprime le foie, des mouvements trop actifs qui gênent le sommeil... tout cela est en fait « un outil » pour faciliter la fin de grossesse et préparer la guidance de l'enfant par ses parents pendant l'accouchement... tout en induisant l'attachement au rythme de chacune. Alors, lui demander de se pousser doucement, de remonter légèrement la tête ou de le calmer en le berçant : « là, là, doucement bébé », ou au contraire l'accueillir avec tendresse quand il se réveille, voilà en quoi le bébé permet à la mère de se construire, de découvrir ses compétences : de répondre oui au questionnement « serai-je capable de... ? » et par rétroaction d'interagir sur l'enfant lui-même :

En haptonomie scientifique (d'après l'exposé qu'en fait le Dr Catherine DOLTO - Congrès « SNC psy » de la Cité des Sciences - nov.2002) celle-ci parle des modifications histologiques du Système Nerveux central, constatées chez les fœtus vivant des stimulations périphériques de ce type (l'haptonomie).

Alors, un des premiers gestes des sages-femmes en P.G. lorsqu'elles suivent des grossesses pathologiques, après avoir fait l'anamnèse et posé le monito, c'est de permettre à la mère de retrouver ou de trouver la confiance en elle. En M.A.P, 1er geste : libérer le segment inférieur en demandant à la maman de faire « remonter son bébé ». Double résultat :

- le col n'est plus sollicité,
- les interactions materno-fœtales s'installent, facilitant l'attachement précoce et une tocolyse spontanée le plus souvent.

En R.C.I.U les 3 outils sont utilisés d'emblée : anamnèse, toucher affectif, et visualisation sophroniques, sur l'évolution de la grossesse (déjà en elle-même le phénomène de relaxation entraîne une vasodilatation).

D'autre part, les mères peuvent voir sur le monito les variabilités de fréquence cardiaque quand elles communiquent avec leur enfant et cela les confirme dans leur compétence : oui, je suis capable.

Marie-Claire BUSNEL (12) à l'origine de cette découverte termine à ce sujet un travail d'observation scientifique de 7 années qui est en cours de publication. Pionnière de la sensorialité fœtale (13) elle nous montre que « **oui, le fœtus sait que sa mère lui parle à lui.. c'est encore différent que reconnaître la voix de sa mère par rapport à une autre voix.** » (14).

Ainsi en réagissant à leurs émotions, en répondant à l'appel de la main, le bébé devient un véritable activateur de l'attachement et aide la mère à franchir en elle-même le passage, à devenir maman de cet enfant-là.

Anne-Lise, primipare, 32 S.A) raconte : « J'étais allongée, presque en relaxation, en train de réfléchir à une peur tenace qui me serrait la poitrine. La sage-femme nous avait aidées à comprendre nos peurs mais celle-ci restait bien là et je ne savais pas comment faire, quand tout à coup me vint une idée : c'était à cause de mon mari. Ma belle-mère était tellement envahissante que celui qui était si fort... était devenu ... un enfant ! et moi j'étais seule !... Au début j'étais contente du rapprochement de sa mère avec lui : je pensais que c'était une réparation de leur histoire !... mais elle voulait tout faire, même la chambre du petit !... Je repensais à la notion de territoire dont la sage-femme nous avait parlé : c'est ça elle me prenait mon territoire ! c'est MOI la mère de cet enfant ... un mouvement très doux amena la

tête de mon bébé sous mes doigts : il venait se nicher. j'ai ressenti une grande émotion , une grande force : oui, peu à peu, je pouvais reprendre la situation en main ! ».

Conclusion

Ce dernier cas clinique illustre bien le travail d'accompagnement amenant la future mère à l'autonomie et à la mise en place de **l'attachement avant la naissance...** Initialement conçu pour faciliter l'accouchement, l'établissement de ce lien devient une véritable prévention de la pathologie psychique chez la mère et chez l'enfant.

Souvenons-nous de l'étude californienne : « **accouchement violent associé au rejet maternel...** » : elle est là la racine de violence, au creux de la mémoire cellulaire de l'enfant. Avec les modèles de violence de la société actuelle, elle ne demandera qu'à germer !...

Mais si l'attachement est en place avant l'accouchement, quelque soit les circonstances de celui-ci, la mère et l'enfant pourront échapper à la pathologie psychique qui commence à être décrite...

L'urgence est aussi devenue psychique dans la nouvelle obstétrique, si on admet bien sûr cette vision globale de la naissance...

Car si en 2000 j'annonçais la pathologie, aujourd'hui j'annonce l'apparition de la violence chez les enfants. Nous comprendrons mieux pourquoi dans un prochain article.

BIBLIOGRAPHIE (de l'intégralité de l'article, paru dans les D.O.)

1 - MH. de VALORS (site nposagesfemmes.org) ou

a) le versant psychique de la grossesse. DO n°287.

b) le versant psychique de l'accouchement. DO n°289.

c) la préparation globale. DO n°291.

d) La fonction maternelle en péril. DO n°310.

2 - J. FORT « Naissance et fantasme de mort » Ed L'Harmattan 2005.

3 - C. BERGERET-AMSELEK « Le mystère des mères » Ed. Desclée de Brouwer 1998.

4 - D.W. WINNICOTT « Le bébé et sa mère ». Ed Sciences de l'Homme Payot page 23.

5 - M. BYDLOWSKI « La dette de vie ». Ed PUF.

6 - D. STERN « Séminaire : regards sur la petite enfance »
Grenoble octobre 2000.

7 - S. CHEVALIER « Mémoire de 4ième année 2005 : la préparation globale.

8 - JM. DELASSUS « Le sens de la maternité »

Ed. Dunod 1995.

9 - E. HUDRY « Quelle peut être la relation entre un état de stress et la production d'ocytocine ? ».

9 Bis - The hypothalamic-neurohypophysial system regulates the hypothalamic-pituitary-adrenal axis under stress. (Frontiers in neuroendocrinology 2004).

10 - JP. RELIER Néonatalogue « base fondamentale de la maternité physique » Port royal 1996.

11 - F.DOLTO « lorsque l'enfant paraît » Tome 2 (2 de couverture) Ed Seuil.

12 - MC. BUSNEL - chercheur à l'INRA et Paris V.

13 - MC. BUSNEL « les cahiers du nouveau-né n°5 : l'aube des sens». Ed Seuil.

« Le langage des bébés » Ed J. GRANCHER 1993.

14 - MC. BUSNEL « cassette vidéo : la cause des bébés ».

