

« La préparation globale » ou comment faciliter l'accouchement ?

Sujets abordés :

Les facteurs psychiques et somatiques à la base de la méthode : Les mécanismes d'attachement
Une base somatique : le cerveau archaïque
La sophrologie
Le "toucher affectif"
La douleur
La préparation globale : Concept
Contenus pratiques des cours/ méthodologie en sophrologie
Evaluation et statistiques/ quelques témoignages des mères.

« La préparation globale » ou comment faciliter l'accouchement (D.O. fév. 2001)



En dehors de tout débat « pour » ou « contre » la péridurale (l'urgence n'est-elle pas de soulager par les moyens que nous avons, une douleur intolérable ?), j'ai choisi il y a seize ans d'aider les femmes qui avaient un désir d'accouchement naturel à une époque où les anesthésistes répondaient peu aux appels de nuit. Il fallait donc mettre au point une préparation « efficace » sur la douleur et la dilatation.

Comment l'assurer au plus grand nombre de femmes, sans être systématiquement à tous les accouchements ? Comment assurer leur autonomie ?

C'est là où l'observation et l'apprentissage allaient commencer et m'amener peu à peu, on l'a vu sur le versant psychique de l'accouchement, tout en gardant la rigueur du double regard : physique et psychique.

L'EXPÉRIMENTATION

En constatant le niveau de conscience particulier « hors du réel », « flottant » (accouchée, je l'avais « ressenti »), de certaines parturientes semblant oublier ainsi tous leurs acquis, j'avais tenté pendant mes études une expérience : mettre en fin de grossesse les femmes en relaxation profonde et leur faire imaginer les différentes phases de l'accouchement : la réponse avait été

surprenante : dilatations brillantes avec disaient-elles, une intensité algique faible ou moyenne.

S'agissait-il d'un certain fonctionnement du cerveau lors de L'accouchement ?...

L'étude de la sophrologie médicale allait m'apporter des réponses et des outils déterminants tout autant que l'expérimentation en salle et en préparation.

Approfondie considérablement par l'abord de la psychanalyse et la fréquentation des chercheurs, la préparation devint finalement une méthode « globale » alliant la connaissance des mécanismes physiologiques à celle des processus psychologiques conscients et inconscients dans l'entraînement à l'accouchement. Ses outils techniques sont la psychogénéalogie, la sophrologie et le « toucher affectif ».

Conçue pour faciliter l'accouchement, l'apparition de la surmédicalisation l'a aussi transformée en méthode de prévention des névroses traumatiques post-accouchement. Elle est orientée préférentiellement sur les mécanismes d'attachement (la maternalité) tout en gardant une information et un entraînement rigoureux sur la mécanique obstétricale.

L'expérience a montré que permettre aux futures mères de faire les trois quart du chemin de l'attachement avant l'accouchement, facilitait celui-ci !...

Les respirations, les postures, les techniques en somme si pointues soient-elles, pouvaient être inefficaces si l'attachement n'était pas en place !...

FACTEURS PSYCHIQUES ET SOMATIQUES À LA BASE DE LA MÉTHODE

A. Les mécanismes d'attachement :

La maternalité

C'est tout le travail psychique de la grossesse dont il a déjà été question (1). Nous ne rappellerons que les notions de « transparence psychique » favorisant l'émergence des contenus inconscients dans le conscient : c'est ce qui crée la déstabilisation, l'ambivalence des sentiments et la transformation progressive des modèles éducationnels (ou patterns). Cela veut dire aussi que ce « travail » ne concerne pas seulement les primipares, mais aussi les multipares : on ne devient pas mère d'un premier enfant, comme d'un second selon qu'on est soi-même aînée ou seconde dans sa fratrie (1, page 33). C'est le domaine de la psychogénéalogie, outil très facile à manier, avec un peu d'entraînement (4).

Quand les patterns sont pathogènes, la crise de grossesse peut être douloureuse et a besoin d'être « contenue ». C'est la crise la plus « dangereuse pour l'identité » dit-on en psychanalyse... Cependant, il est possible pour un certain nombre de mères victimes dans leur enfance de traumatismes affectifs de surmonter ces derniers (donc de dépasser leurs difficultés) par « l'attachement progressif au bébé » et la compréhension de leurs positionnements d'enfant, conscients et/ou inconscients.

Dans les constantes de la grossesse psychique, on note les rêves (40 % de +), les peurs, et une particularité de l'inconscient qui associe la croissance du fœtus à la capacité d'être mère, tout le questionnement inconscient de la préoccupation maternelle primaire étant : « Suis-je capable, moi, d'être mère ?... Suis-je capable de faire un enfant normal ?... Suis-je assez bonne pour m'occuper de cet enfant ? ». C'est là, on l'a vu, où la surveillance actuelle, orientée vers le dépistage des anomalies fœtales est très anxiogène pour la mère car elle répond par un doute à ce questionnement, et par exemple, en cas d'amniocentèse, souvent, par une rupture dans le processus d'attachement.

Tout ce qui n'a pas été élagué, élaboré va se rejouer à l'accouchement.

« Comment suis-je capable d'accoucher ? » revient à dire pour l'inconscient « comment suis-je capable d'être mère ? »... C'est là où prend sa source le côté « pédagogique » de l'accouchement. J'insiste sur le fait que certaines femmes peuvent dépasser un accouchement difficile et être complètement « sécures » pour leur enfant et d'autres non (3, page 22).

La paternalité

La crise d'identité profonde qui va transformer l'homme en « père » ne se « concrétise » pas comme pour la future mère. Elle est essentiellement psychique et rendue difficile par l'absence d'objet : le bébé qui n'est pas « vu », pas ressenti. On le sait, il n'est pas rare

d'observer des somatisations (troubles du sommeil, de la nutrition, prise de poids, périodes de régression) qui sont inconstantes, fonction encore une fois des « patterns », de l'histoire et de ce que leur inconscient a choisi dans l'enfance comme positionnement. Dans les couples que j'accompagne, ce que j'ai observé le plus fréquemment c'est l'inquiétude, quand le futur père « transfère » un vécu de l'enfance (naissance du petit frère et la sensation d'abandon qui a suivi) sur la naissance du bébé actuel. Bon nombre d'angoisses paternelles y trouvent leur source, renforcées par le changement comportemental de la future mère. On peut voir alors une peur anormale de l'accouchement, qui peut trouver sa source également dans un propre vécu de naissance. En ce qui concerne la paternalité « le devenir père » peut être en place avant la naissance : les futurs pères interagissent avec le bébé fœtus, ce qui, on l'a vu, sécurise les mères. D'autres, ne pourront pas conscientiser ou imaginer, et se sentiront Pères au moment de l'accouchement... ou quelques temps après.

Le rôle du père « psychanalytiquement » parlant est de permettre à la mère d'être une femme, pas seulement une mère. C'est en cela qu'il la sépare de son enfant, qui ne devient pas son unique objet d'amour (5).

Rappelons que pendant l'accouchement, la place du père est très intéressante pour le psychisme maternel car il le protège des régressions possibles (vers les patterns de l'enfance) lui permettant de rester bien en relation avec ce « bébé là » et non leur moi-bébé : souvenons-nous de certains « maman ! » de nos accouchées lors de la poussée !...

B. Une base somatique : le cerveau archaïque :

La tendance à penser que le cerveau a un certain fonctionnement pendant l'accouchement m'amène à souhaiter que la recherche s'y intéresse un jour !

Ces quelques connaissances de base ont été acquises pendant l'étude de la sophrologie médicale dont l'inventeur, le Professeur Caycedo est chercheur et neuropsychiatre.

Il existerait un cerveau « profond » entre les deux hémisphères cérébraux et à la base de ceux-ci : ce sont les cavités centrales : le système limbique ou cerveau affectif, les zones thalamiques ou zones d'intégration de la douleur et d'autres structures (hippocampe, fornix, corps mamillaires) qui sont en étroite relation semble-t-il avec le système hypothalamo- hypophysaire, responsable de l'accouchement.

Papez a donné son nom à un circuit de mémorisation passant par ces structures, qui stockerait un événement s'il est en relation avec une émotion (hypothalamus) (6).

Guirao (7), lui, semble poser les bases de la psychanalyse quand il parle de méta-circuits, structures relativement stables qui sont de véritables schémas associatifs : « chaque fois que l'individu se trouve face à une situation nouvelle, il l'identifie à d'autres situations vécues antérieurement ». Il parle de mémoire inconsciente car les conditionnements de ce cerveau n'atteindraient pas le néo-cortex.

Si pour le Pr. Caycedo, la mémoire cellulaire concerne tout le corps, une des clefs de la sophrologie est de pouvoir atteindre « au bord du sommeil » le cerveau archaïque, siège de la mémoire : « toute idée répétée, vécue dans ce niveau de conscience, s'engramme dans le cerveau profond et se répercute biochimiquement, électriquement, dans le cerveau conscient » (8).

La particularité du travail psychique de la grossesse est la perméabilité du seuil de censure de l'inconscient (séparant conscient et inconscient).

L'effet d'une sophronisation est l'abaissement de ce seuil de censure (1, page 32,33) ! C'est cette similitude dans les variations des niveaux de conscience qui fait de la sophrologie un outil approprié à la grossesse. Ce serait donc une première réponse à l'expérience tentée à l'école de sages-femmes.

Hypothèse

Il n'est pas impossible que ce cerveau profond ne soit porteur de notre histoire affective depuis la vie intra-utérine à nos jours ! Il n'est pas impossible qu'il soit moteur de l'accouchement ! L'expérience, tant au bloc qu'en préparation, l'observation et l'écoute des futures mères en « transparence psychique » amènerait à le penser. Il me semble que dans notre société où il n'y a aucune tradition culturelle de l'accouchement, nous accouchons en fonction de notre histoire personnelle...

C'est de là que viendrait la diversité des modalités dans le déroulement du travail...

Si cela est confirmé un jour par la recherche, l'accent sera ainsi mis sur l'importance du vécu maternel, et de l'attachement dans le phénomène de l'accouchement. On comprendra mieux aussi l'intérêt du travail de préparation et d'accouchement en état de conscience modifiée. On comprendra mieux pourquoi les acquis du cerveau conscient peuvent être oubliés lors de l'accouchement.

C. La sophrologie :

« Science de la conscience et des valeurs de l'existence », la sophrologie englobe dans son épistémologie, les structures de la conscience (conscient et inconscient), les états de conscience (pathologique, ordinaire, sophronique) et les niveaux (veille, bord du sommeil, sommeil, rêve, coma, etc...) repérés à l'E.E.G. Elle regroupe avant tout des techniques à visée préventive destinées aux maladies dites « de civilisation ». Différente de la médecine et de la psychologie, la sophrologie, par ses outils spécifiques, complète les deux. Sa base scientifique et technique s'appuie sur des principes philosophiques, tels que la pensée positive (positiver n'est pas idéaliser), la phénoménologie (arrêt du jugement, donc accès à l'objectivité), et l'unité harmonieuse « corps-conscience ». C'est une école du positif de l'être qui tend à la prise en charge du sujet par lui-même.

Appliquée à l'obstétrique qui est un de ses terrains d'élection, elle propose un véritable entraînement de la conscience aux différentes étapes de l'accouchement, vécues d'une façon non directive, positive et au bord du sommeil. Son but est l'optimisation des capacités naturelles maternelles : l'accouchement n'est pas subi mais vécu, puisque ainsi entraînées les mères peuvent agir volontairement sur la dilatation de leur col, sur leur douleurs, tout en accompagnant mentalement l'enfant dans sa descente et sa rotation. C'est là où « donner un sens » prend le pas sur « subir la douleur » (3, page 18).

Du côté de la recherche, Jean Decety et son équipe du laboratoire « cerveau et vision » de l'I.N.S.E.R.M. (9) dans une récente publication sur l'imagerie mentale, affirment : « les régions cérébrales auxquelles il est fait appel lorsque le sujet imagine une action sont les mêmes que celles qui s'activent dans la réalisation. Il y a donc une similitude fonctionnelle entre produire une action et l'imaginer... Pour les athlètes de haut niveau ce type d'exercice améliore leurs performances ».

En ce qui concerne les femmes enceintes, leur état de conscience naturellement modifié fait qu'elles ont donc accès très rapidement à la sophronisation (1). Il est difficile quand on ignore ce détail, de comprendre que quelques séances seulement peuvent avoir une action sur l'accouchement. La motivation joue aussi son rôle : il m'est arrivé de « préparer en urgence » (au dernier moment) le vécu de l'accouchement et de favoriser ainsi le travail rapide !... Cependant si la grossesse n'a pas été sereine ou le contact avec le bébé fœtus non établi (comme on va le voir), celui-ci peut n'être pas aussi serein que les « bébés sophro », une autre des conséquences inattendues de la préparation globale.

D. « Le toucher affectif » :

En ayant observé plusieurs fois les bébés fœtus de cette préparation tourner spontanément sous les doigts quand je leur suggérais la « rotation », l'expérience m'a amenée pendant les accouchements à guider autant l'enfant que la mère ! ... Puis cette pratique spontanée s'est étendue à la grossesse : il était très simple de faire remonter une tête basse sollicitant trop tôt un col ou d'encourager un siège à la « rotation » si cela était nécessaire...

Tous les travaux sur la sensorialité fœtale (10, page 37) confirment cette possibilité pour le fœtus d'inter agir avec sa mère et ceux qui l'accompagnent.

Très rapidement les futures mères se sont mises elles-mêmes à pratiquer ce que j'allais simplement appeler le « toucher affectif » auquel le fœtus répond, et actuellement, instinctivement elles le mettent en place très tôt (4 à 6 mois).

En fait c'est quand l'attachement est en place, conscientisé et surtout quand la mère est sûre que le bébé va répondre, que le contact se fait. C'est en cela que les interactions sont un « activateur » de l'attachement et dans ce type de préparation un indicateur « d'accouchement facile » (la T.A. de l'attachement).

Après la naissance, on peut observer les effets de la sophronisation et du « toucher affectif » sur les bébés : extraordinairement calmes, sereins et éveillés.

Mais avec l'expérience aussi, il a fallu mettre un bémol au toucher affectif : un bébé très sollicité pendant la grossesse souhaitera ce contact après la naissance et pour cela « sollicitera » la présence constante de sa mère !

LA PRÉPARATION GLOBALE

(« donner un sens »)

Où comment à partir de toutes ces données, on peut créer une méthode pour faciliter l'accouchement: naturellement opposée à l'assistantat, puisqu'au départ mise en place pour aider les accouchements naturels, c'est une préparation minutieuse et pluridisciplinaire qui conduit à l'autonomie : gestion de la douleur (élévation du seuil), accélération du travail (dilatation et poussée), accompagnement de l'enfant. Elle demande actuellement une vigilance accrue afin que les mères qui subissent la médicalisation ou la demandent au dernier moment ne se vivent pas « coupables ». Nous parlons alors de « corps-mémoire », cette capacité du corps qui peut faire (par association et/ou sous l'effet du stress ambiant) surgir des événements particulièrement stressants du passé : si l'aide est nécessaire, il faut l'accompagner alors de toutes les techniques acquises... et si possible, rester en contact avec le bébé ! Cette mise en garde existe depuis trois ans. Le remarquable exposé d'Odile Montazeau analyse parfaitement le climat actuel de la grossesse et de l'accouchement et ses conséquences sur la parentalité (D.O, Déc. 2000 p.31: » le malaise non identifié « ...).

C'est en cela que la méthode devient aussi préventive des névroses post-accouchements (souvenirs difficiles qui ne se refoulent pas après trois jours et/ou difficulté d'attachement au bébé).

A. Le concept

« Allier la connaissance de la physiologie et des mécanismes psychologiques inconscients gérant la grossesse et l'accouchement pendant toute la préparation à la Naissance ».

Pour cela, à une préparation de base classique et rigoureuse, on va rajouter trois outils :

1. La psychogénéalogie (4) qui va gérer le passé (les « patterns ») où on va utiliser le créneau très précis du transgénérationnel uniquement dans le système parental familial : on cible la qualité relationnelle de la future mère à sa mère et/ou son père (selon le sexe du fœtus et l'histoire). En comprenant certains « conditionnements » on libère les angoisses inhérentes à la transparence psychique et à la transformation. C'est un éclairage du système relationnel familial pour aider la jeune mère à élaborer son propre fonctionnement. Ces prises de conscience spontanées se font au travers de l'enseignement de la maternalité (cours n°1) ou d'une dynamique de groupe (selon le choix) ou en individuel (selon les cas) et sont répétées séance après séance. L'état de « relaxation » aide aussi aux prises de conscience.
2. La sophrologie va gérer le futur en préparant aussi l'attachement, et par des techniques de modifications de conscience et de visualisation positive va optimiser les différentes phases de l'accouchement, par des exercices de « focalisation » à visée antalgique et mécanique (par exemple visualisation réelle ou imagée de la dilatation du col). Les séances sont progressives et résumées sur une cassette « audio » d'entraînement personnel.
3. Le toucher affectif va gérer le présent. Proposé dès le 2ème cours, il sera effectif au gré de chacune. Il est la T.A. (tension artérielle) de l'attachement : dans le mécanisme de l'accouchement il permet, on l'a vu, de guider le bébé dans sa rotation et sa descente.

B. Contenu pratique des cours

* Cours théoriques de base (programme : grossesse, accouchement, suites de couche, allaitement, puériculture et psychopédagogie de l'enfant, résumé de la mécanique obstétricale et des techniques) distribués par polycop un cours à l'avance.

* Travail corporel adapté à la grossesse et à l'accouchement.

* Relaxation et visualisation à toutes les séances en respectant la méthodologie de l'attachement (voir plus loin).

- * La préparation des pères à l'accompagnement actif de la mère et de l'enfant, ainsi que la gestion de leurs propres émotions. Cours sur la parentalité.
- * Une feuille d'évaluation remplie par la mère (dans les trois jours après l'accouchement) avec des critères bien précis et notamment son temps de travail, son vécu et le comportement du nouveau-né !

C. Méthodologie en sophrologie

8 séances par groupes de 3, ou dynamiques de groupe (pour les structures). Il y a une progression des visualisations (après modification du niveau de conscience par relaxation profonde) dans cette méthode.

1. L'attachement

Cours 1-2-3: les visualisations vont de l'enfant déjà grand à « la rencontre » (l'accouchement). Les mots sont choisis, non directifs, la musique est adaptée, permettant l'émotion.

2. L'accouchement lui-même

Cours 4-5-6: de l'analgésie de la contraction utérine au vécu chronologique de l'accouchement: toujours le choix des mots, la musique adaptée.

3. La parentalité (avec les pères, le soir)

Cours 7-8: de la connaissance de l'enfant à la transmission de la méthode d'accouchement aux pères, qui s'entraînent eux aussi à la relaxation pour pouvoir la transmettre.

Remarque :

- Les techniques de visualisation sont des S.A.P (sophro acceptation progressive d'un événement difficile ou anxiogène).

Méthodologie: nous partons toujours de l'événement réussi avant d'en voir les détails de la réalisation: c'est ce qui fait que la chronologie de l'attachement ne correspond pas forcément (sauf les quatre premiers cours) au contenu du cours théorique.

- La technique d'analgésie est la S.C.S (sophro correction sérielle) ou corriger la sensation douloureuse par une technique visuelle (concentration sur l'image, et pas n'importe laquelle).

D. Séance type

- * Gestion du vécu, des rêves, prises de conscience.
- * Dépistage et traitement des troubles mineurs de la grossesse (insomnie, asthénie, prise de poids, algies ligamentaires, « remontées acides ») souvent révélateurs d'inquiétudes.
- * Théorie du cours (polycop distribué au cours précédent).
- * Entraînement soit postural, soit aux techniques respiratoires, soit au toucher affectif.
- * Relaxation et visualisation, recueil du vécu : (30 mn).

E. Préparation des césariennes

Fondamentale, elle est réservée aux césariennes itératives ou aux épreuves de travail.

A une description minutieuse de tous les gestes médicaux, on rajoutera une « visualisation » du déroulement en relaxation en permettant l'émotion de la naissance.

En préparation globale, les séances commencent à 28 ou 30 semaines pour se terminer à 37 semaines. L'entraînement personnel sur cassette audio assurera la continuité. A tous moments les mères peuvent consulter en cas de difficulté. Elles peuvent aussi participer à des ateliers comme « l'allaitement » ou « la jalousie de l'aîné ».

ÉVALUATIONS ET STATISTIQUES

I Étude

En janvier 1999, je publiais les premiers résultats sur deux maternités (10) années 1995 à avril 1997.

. Maternité A secteur privé. très peu interventionniste (< 500 accouchements)

. Maternité B secteur public. accouchements facilement dirigés (700 accouchements). Items choisis :

* Le temps moyen de dilatation de 3 cm à la naissance (sans Nalorphine ou Nubain et sans péridurale)

* Le suivi en suites de couches.

II Résultats

- a) Accouchements (200 patientes)

Maternité A 41 primipares 3 H 19

59 multipares 2 H 01

Maternité B 53 primipares 3 H 22

47 multipares 2 H 05

Conclusion : on ne voyait pas de différence significative malgré les conduites différentes. On pouvait constater un temps de travail rapide et être étonné par la coïncidence des résultats, et noter la singularité de cette préparation : la répartition égale des primipares et des multipares.

- b) Suites de couches (suivi assuré par les consultations d'allaitement et les massages bébé)

A la question : la préparation vous a-t-elle aidé, 100 % des mères répondaient oui.

Le bébé est-il calme : oui à 100 % !

82 % allaitaient à J4 et 69% à un mois.

(L'étude était plus large, mais résumée ici).

Nous sommes en Janvier 2001. Les protocoles se sont alourdis dans la maternité B depuis avril 1997. Pour les besoins de l'accréditation, l'invitation à la péridurale est devenue très prégnante : la douleur est « décriée ». L'inquiétude des mères grandit dans les deux maternités sous l'effet d'une curieuse pression sociale (récits inquiétants, ingérences de toutes sortes, découragement à l'accouchement naturel et à l'allaitement). Elles sont ainsi mises en échec... Elles s'interrogent beaucoup plus aussi sur leurs capacités... leur responsabilité. Au cabinet et à l'hôpital en préparation globale elles ont toujours une demande d'accouchement naturel (mais à 90% maintenant).

Résultats du 01.01.1999 au 30.06.2000

Temps moyen de dilatation (100 patientes)

* Maternité A (secteur privé) 14 primipares 3 H 35

24 multipares 3 H 08

* Maternité B (secteur public) 31 primipares 4 H 05

25 multipares 2 H 15

Nouvel interrogatoire distribué aux mères

(sur 40 accouchements dont 3 césariennes 2 pour sièges, 1 pour échec du déclenchement et 2 péridurales).

a) La préparation vous a t-elle aidée

1) à accélérer la dilatation 34 oui

2) à contrôler la douleur 33 oui

3) à gérer le stress 40 oui

b) Le bébé est-il calme ? 23 oui

particulièrement calme ? 17 oui

Conclusion : Les protocoles plus lourds semblent avoir agi sur les primipares, en secteur public. Mais les multipares ont perdu une heure en secteur privé: après reprise des dossiers on note 2,3 fois plus d'entraînement chez les multipares du secteur public ! Pour les autres, on constate une légère augmentation du temps de travail qui semblerait plus en rapport avec le climat social négatif. (à étudier)

Les mères reconnaissent être aidées par les méthodes.

Les bébés continuent à être calmes !...

III Remarques sur le travail d'adaptation active à la surmédicalisation.

1 - En sachant que celle-ci peut les faire sortir de leur « rythme » naturel des contractions (ce qui entraîne une déstabilisation pour certaines), les mères accompagnent la perfusion de techniques mentales de dilatations et/ou d'analgésie.

2 - En connaissant les modalités d'établissement de la relation précoce à l'enfant, elles peuvent quelles que soient les circonstances, l'établir ou la rétablir.

Nombre total de patientes préparées à ce jour

Exercice libéral : 4600 (sur seize ans)

Exercice hospitalier : 1100 (sur dix ans)

- Quelques témoignages :

« Cela a été très vite, je n'en reviens pas encore ! J'ai vraiment eu l'impression d'agir par moi-même ; d'être active dans mon accouchement. Je l'ai vu naître ! Je suis très fière de moi ». (primipare : 1H30 de dilatation)

« Une épreuve, avec des étapes moins difficiles que certaines imaginées. Dès la naissance de Clément tout a été oublié ! C'était un moment magique ! ». (primipare : 2H 20 de dilatation)

« Accouchement inattendu et merveilleux. Sans aucune appréhension ! La dilatation de 5 à complète s'est faite en 3/4 d'heure et puis l'envie de pousser a été très forte. J'ai vraiment eu l'impression que Manon maîtrisait sa naissance et moi son expulsion ». (deuxième pare : 1H10 de dilatation. Antécédent d'accouchement traumatique).

« Je suis fière d'avoir accompagné mon bébé ! Très fière d'avoir eu mon mari à mes côtés pour m'accompagner. C'était magique ! » (primipare : 2H00 de dilatation)

« Je pense que c'est un accouchement facile ! 1H47 en salle d'accouchement. Il faut dire que Sophia m'a beaucoup aidée ! Je n'ai fais que le passage et je l'ai guidée. Son papa nous a félicités toutes les deux ». (primipare : 1H45 de travail)

« Déferlante d'émotion au moment de la sortie du bébé, on passe de la douleur « ras le bol » au plaisir intense ! » (primipare : 2H00 de dilatation)

« Je n'ai pas subi mon accouchement. J'ai participé émotionnellement activement, j'ai senti le passage des enfants quand on a levé le drap pour que je les voie sortir, je me suis vue accoucher ! Fantastique ! ». (césarienne de jumeaux).

« Je ne me serais pas crue capable d'accoucher naturellement ! Je me sens plus forte regain de confiance en moi ! » (primipare : 4H00 de dilatation)

« Très grande sérénité... aucune douleur, mais sentiment inexplicable que c'était le grand jour. J'ai « traversé » avec vos techniques ! Théo vous dit merci ! » (primipare : 1H00 de travail).

Remarques : le point commun qu'elles ne signalent pas dans leurs vécus : elles ont volontairement travaillé leur dilatation du col en sophrologie (sauf la césarienne qui elle « parlait » à ses enfants).

- Premières évaluations des sages-femmes formées à la méthode :

- à Grenoble :

Un gros travail est fait sur les MAP à domicile, en psychogénéalogie et toucher affectif, permettant de mener les grossesses à terme sans médicalisation.

Un travail de dilatation rapide est réalisé auprès des femmes qui veulent accoucher naturellement et échapper à la péridurale systématique.

- Structure hospitalière du Centre (1400 accouchements) : Les sages-femmes utilisent les techniques sophroniques et la psychogénéalogie pour accélérer les dilatations et lever les blocages.

- Paris :

Travail important à domicile sur les MAP très nombreuses (l'outil psychogénéalogie sert de tocolyse). Au repos chez elles, les futures mères sont rapidement debout et maintiennent leur bébé, « haut » tout en gérant leur stress par des prises de conscience et arrivent ainsi à terme. Toutes ces sages-femmes n'ont eu qu'un niveau I, la formation venant juste de commencer.

- Montpellier (groupe pilote car formé aux 2 niveaux)

« Accouchements rapides, hyper raccourcis en ayant l'impression pour les femmes d'accoucher consciemment et seules (même dans un couloir : équipe surbookée) ».

« Gros impacts sur les césariennes ».

« Gestion rapide des dépressions du post-partum par le travail en sophrologie et psychogénéalogie »

« Adhésion très rapide des femmes à la méthode : elles comprennent bien et entrent vite dans le jeu ».

Ces sages-femmes disent en préparation « avoir l'impression de mener leur travail jusqu'au bout ! »

CONCLUSION

Lors d'un récent séminaire de travail (11) avec Daniel Stern, psychiatre, celui-ci nous relatait une enquête menée aux États-Unis, le jour de la sortie de la maternité sur le thème « qui vous a le plus aidée pendant votre séjour ? ». La réponse était étonnante : « la femme de ménage, à 7 H du matin ! elle disait : comment ça va les bouts de sein ? Ah ! vous avez bonne mine aujourd'hui ! », ou alors « le petit a bien grossi depuis hier ! » ...

Ce n'était donc pas l'équipe brillamment technique ! Il voulait ainsi nous dire que pour utiliser ses compétences, la jeune mère a besoin d'être contenue par des femmes, souvent plus âgées, et d'expérience !... Cela a toujours été notre rôle : nous n'accouchons pas seulement « somatiquement » nous aidons à accoucher de la fonction maternelle : le premier étayage, l'étayage fondamental de l'individu ! Enfanter, c'est créer des liens (12) a dit Jeanette Bessonart.

Les sages-femmes savent cela ! ...

Si les mères et les enfants sont actuellement exposés dans les naissances industrielles, les sages-femmes sont en souffrance, blessées, découragées, révoltées ou épuisées ! Certaines se sont coupées de leurs émotions pour pouvoir travailler, d'autres ont fui la salle. Dans quelques petites structures restantes et/ou dans des conditions exceptionnelles de vrai travail d'équipe ou d'accompagnement global, elles peuvent encore garder leur foi et leur enthousiasme.

Car notre métier est fait d'amour et de passion, c'est ce que nous transmettons : et c'est cela que reçoivent les femmes et qui les porte, « les contient », les encourage dans cette aventure extraordinaire de la maternité. Selon nos différences et nos choix, nous l'exprimons à différents niveaux: notre métier est devenu polymorphe !

Nous allons devoir nous repositionner, si ce qu'on nous annonce se concrétise (raréfaction des spécialistes et des anesthésistes d'ici 4 ans).

Nous devons nous mobiliser actuellement pour garder la motivation et la foi en notre métier...

Peut-être pour préparer des temps où nous pourrions utiliser toutes nos compétences. Mais comment alors accoucheront les femmes ? Seront-elles déstabilisées de passer d'un suivi hyper médicalisé à un « flou » (pour elles) de transition où nous ne pourrions pas tout faire, les très grosses structures existant toujours ? Difficile de revenir en arrière ! Car c'est un tout un système social qu'il s'agit ! Y aura t-il suffisamment de maisons de naissance... « officielles » ? C'est pour préparer ces temps et assurer le présent : « avoir l'impression même en préparation de mener un travail jusqu'au bout », qu'après avoir assuré la relève de la méthode au cabinet, j'ai choisi d'apporter maintenant la préparation globale aux sages-femmes, pour leur permettre une réponse nouvelle, motivante et efficace, car adaptée: à notre art millénaire d'accoucheuses nous pouvons maintenant ajouter des outils liés à la connaissance profonde du psychisme maternel.

Cette approche globale permettra des accouchements plus faciles et plus rapides à un plus grand nombre de femmes et à terme pour l'enfant la prévention des difficultés potentielles liées, on l'a vu, aux naissances difficiles.

Échanger nos expériences, échanger nos compétences devient nécessaire Actuellement : que ce soit en préparation à la naissance, en salle d'accouchement ou en suites de couches, cette nouvelle approche de la maternité peut contribuer à redonner un sens profondément humain à certaines conditions d'exercice de notre profession.

» *Un jour viendra où poètes, philosophes et biologistes parleront le même langage* « .
Claude BERNARD.

BIBLIOGRAPHIE

1. *Le versant psychique de la grossesse, M-H DE VALORS D.O., Octobre 2000.*

2. « *Le Mystère des Mères* », Anne BERGERET-AMSELEK, Éditions Desclée de Brouwer, 1998.
3. *Le versant psychique de l'accouchement*, M-H DE VALORS D.O., Octobre 2000.
4. « *Aïe mes aïeux* », Anne ANCELIN SCHÜTZEN-BERGER .
5. « *Devenir Père. Devenir Mère* », Actes du congrès de l'A.R.I.P. (Avignon) intervention de Philippe JULIEN, psychanalyste, Éditions Éres, 1998.
6. *Cahiers de la Fondation Sophia, Académie Suisse de Sophrologie CAYCEDIENNE : cerveau Q 64/1.*
7. Professeur d'anatomie à l'université de Grenade. Auteur de « *Anatomie de la conscience* », éditions Malow, 1992.
8. *SOPHROLOGIE : Fondements et méthodologie* du Dr. Patrick André CHENÉ, éditions Ellebore, 1996.
9. *Représentation mentale du mouvement et performances motrices. Laboratoire de Neuropsychologie Expérimentale I.N.S.E.R.M. LYON-BRON.*
10. « *La préparation Globale en sophrologie* », M-H DE VALORS, D.O., Mars 1999.
11. Association « *Regard sur la petite enfance : la constellation maternelle* », Grenoble 7 et 8 / 10 2000.
12. (Présidente de Sage-femme International) « *Enfanter c'est créer des liens* », éditions Frison Roche, 1989.

