

Le versant psychique de l'accouchement, selon la *Préparation Globale à la Naissance, Méthode De Valors*®

PAR **AUORE DRUGMANNE**, SAGE-FEMME, SOPHROLOGUE

INTRODUCTION

L'intuition développée pendant mes études s'est confirmée avec mes années de pratique clinique, libérale et hospitalière : il existe un versant psychique de l'accouchement. Dans mon exercice de sage-femme, je m'efforce d'aider les femmes à dépasser les peurs liées à leur enfance, dès lors que celles-ci perturbent le déroulement physiologique de la grossesse, de l'accouchement ou de la période postnatale. Persuadée qu'il me manquait des éléments pour comprendre et pouvoir aider ces femmes, je me suis mise à la recherche d'outils, de clés de compréhension... J'ai alors repris des études en Psychologie.

Au cours de mes recherches, j'ai rencontré M^{me} de Valors, créatrice de la méthode « Préparation Globale à la Naissance »®, qui associe les différentes techniques et outils nécessaires à la transformation et à la libération des peurs provenant de l'enfance et majorées dans cette période de vulnérabilité psychique liée à la périnatalité. En effet, sa grande découverte a été que pendant la grossesse, la patiente passe en « transparence psychique » (le seuil de censure séparant le conscient et l'inconscient devenant perméable).

Ce mécanisme permet au contenu inconscient (*patterns* ou « modèles éducationnels ») d'émerger dans le conscient, créant une déstabilisation possible...

Plus de 6300 femmes ont ainsi été préparées à la naissance et à la parentalité.

Cette grande accoucheuse a consacré sa carrière à la recherche et à l'enseignement de cette méthode : elle a ainsi formé plus de 700 sages-femmes, ainsi que des psychologues et des médecins spécialisés en pédiatrie et en gynécologie-obstétrique.

Nous reviendrons en fin d'article, sur une étude qui a démontré l'efficacité de la méthode concernant l'autoanalgésie en salle de naissance, le vécu positif des patientes quant

à leur accouchement, ainsi que la sérénité des bébés issus des grossesses préparées avec la méthode.

« Vivre, c'est choisir et choisir, c'est s'engager »

HUSSERL, PHÉNOMÉNOLOGUE

Après plusieurs années de formation et de supervision, je succède à M^{me} de Valors et j'enseigne la formation dans les grandes villes françaises, auprès de l'ADCO (Ateliers pour le développement des connaissances obstétricales).

Avec de multiples exemples et cas cliniques à la conscience, je peux aujourd'hui affirmer qu'il existe bien un versant psychique de l'accouchement...

La patiente préparée à l'accouchement en « Préparation Globale à la Naissance »®, méthode De Valors® appartient à toutes les couches sociales. Elle est considérée comme « normale » (elle n'est pas en situation de précarité et ne présente pas de trouble psychique – décompensation névrotique ou psychotique –). Sa demande est simple : bien accoucher et/ou bien faire pour son enfant.

Elle est volontaire pour un travail de prise de conscience pendant sa grossesse avec, comme outil majeur, les techniques sophroniques (cf. : « Préparation Globale à la Naissance »®, méthode De Valors®).

LE PASSAGE SOMATO-PSYCHIQUE

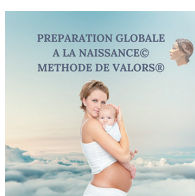
Pour la mise en place du devenir mère, de la fonction maternelle, la gestante va devoir répondre positivement et de manière inconsciente à trois questions :

- « **Suis-je capable de faire un enfant normal ?** ». Pendant la grossesse, la réponse est considérée comme positive dès lors que la croissance de l'enfant in utero est optimale ;
- « **Suis-je capable de bien accoucher ?** ». Pendant le travail et la parturition, la réponse est considérée comme positive dès lors que la patiente se sent active lors de son accouchement. C'est en effet ce que les femmes instinctives qui veulent « sentir », souhaitent expérimenter.
- « **Suis-je assez bonne pour m'occuper de cet enfant ?** ». Pendant la période postnatale, de multiples situations peuvent illustrer l'exemple : il peut en effet s'agir de l'allaitement et de son vécu pour celles qui souhaitent allaiter, ou bien de la prise pondérale de leur enfant, ou encore de leur capacité à sécuriser leur bébé, à apaiser ses pleurs dans les semaines suivant la naissance.

Revenons à l'accouchement. La grande disparité des temps de dilatation et des phases d'expulsion pour un

*Aurore Drugmanne est Sage-femme,
Sophrologue, Formatrice en
«Préparation Globale à la Naissance»®,
Méthode De Valors»®*

Site: nposagesfemmes.org



même acte somatique, parle de l'influence du psychisme sur le « SOMA ».

Selon Catherine Bergeret Amselek, psychanalyste, « l'accouchement contient en condensé, pourrait-on dire, toute la maternalité qui se met en acte, qui se dramatise à travers le corps »⁽²⁾. Pour rappel, l'auteur a emprunté au psychiatre-psychoanalyste Racamier, le terme de « *maternalité* » : condensation de « Maternel », « Maternité » et « Natalité »...

Chez les patientes qui ont choisi de « travailler sur elles-mêmes » pendant la grossesse, ou encore pour les « instinctives », il est possible d'observer à certaines étapes de la dilatation des réminiscences spontanées d'événements marquants de l'enfance, ou de la relation à leur mère.

J'ai compris que pour éviter les stagnations de la dilatation chez ces patientes, il est important de les encourager à trouver un sens à leur problématique (venant le plus souvent de l'enfance).

Le fait de les aider à comprendre leur permet de se positionner par rapport à leur enfant, et ainsi de finaliser leur passage en tant que mère : « moi je ferai ainsi avec mon enfant » ou encore « moi, je serai cette mère-là »...

Cette prise de conscience leur permet de se situer dans le présent, mais également de finaliser le « devenir-mère » de cet enfant-là.

Lever une stagnation de la dilatation peut donc se faire par une prise de conscience : il peut y avoir des allers-retours rapides chez la patiente accompagnée, entre le « moi-petite fille » et le « moi-maman ».

Dans ma pratique de sage-femme, j'ai ainsi pu faire l'expérience de ce double travail physique et psychique de l'accouchement découvert et décrit à de maintes reprises par M^{me} de Valors.

HYPOTHÈSE. Il se pourrait que la qualité de la présentation foetale, associée aux tensions musculaires pelviennes et/ou à la posture maternelle soit également liée à des tensions d'origine psychique chez la future mère.

En effet, si nous devons illustrer cette hypothèse avec un exemple, depuis que les fœtus se présentant par le siège naissent davantage par césarienne que par voie basse, on assiste à une augmentation considérable des présentations podaliques.

Or, à ce sujet l'hypothèse psychanalytique des sièges (en dehors des reproductions familiales), serait pour l'inconscient une tentative de « retarder » le moment de l'accouchement.

Autre exemple, traitant cette fois de la douleur liée à la parturition : pourquoi cette différence dans le ressenti de la douleur entre les femmes préparées et non préparées à la naissance ? Pourquoi y a-t-il des femmes non-algiques ?

Nous allons tenter d'apporter quelques réponses.

LES DEUILS NÉCESSAIRES OU LE SENS DE LA DOULEUR

À travers l'acte d'accoucher, la parturiente se « sépare » de son enfant, mais également de ses positionnements inconscients, autrement dit de « ses acquis ».

Par là même, elle va devoir :

- ① Renoncer à la fusion, source de plaisir, et se séparer de son bébé/foetus.
- ② Renoncer à l'enfant qu'elle était, en accédant au statut de mère.
- ③ Renoncer à l'état gratifiant de la grossesse (cible de toutes les attentions, période durant laquelle « on s'occupe de moi »).
- ④ Renoncer à son couple tel qu'il était, et accepter le fait que par la naissance, le couple se repositionne, autour de l'enfant.
- ⑤ Connaître la surprise désagréable de la force des contractions, alors que la gestante était en « attente » du bonheur d'être mère... Passer par l'angoisse de la distension vaginale, pendant la poussée, dans ce lieu intime jusqu'à présent réservé au « compagnon » et source de plaisir.
- ⑥ Si cela n'a pas été travaillé, renoncer à l'enfant imaginaire (et merveilleux) pour accueillir l'enfant tel qu'il est, dans la réalité.

PAROLE DE PATIENTE

« C'est normal que ça fasse mal, c'est une séparation : quand mes parents se sont séparés, ça m'a fait très mal [...]. La dame qui n'a pas mal en accouchant n'a pas peur que le bébé ne soit plus à elle seule ».

Lors d'un remarquable congrès sur le « sens de la douleur »⁽³⁾, le Professeur Desprat, anesthésiste, associe le sensoriel et l'émotionnel, tout en reconnaissant qu'il faut être très prudent car le phénomène est difficile à appréhender. S'il décrit les voies anatomiques, il évoque également un aspect important de la douleur : « les facteurs psychiques, qui influencent et modifient l'intensité de cette douleur ».

Lors de ce même congrès, le Dr Canon-Yannotti a livré son expérience d'analyste dans une maternité.

Au sujet du sens de l'accouchement : « Pendant l'accouchement, dans la perception de la douleur, l'événement doit prendre sens. C'est cela le psychisme en cause, sinon l'épreuve à affronter n'est pas acceptable, et ce qui va être subi pendant le travail sera rejeté. »

Selon Freud, neurophysiologiste, toute excitation reçue dans le système neuronal, doit être écoutée et évacuée.

Cette idée fut reprise par le Dr Canon-Yannotti lors du congrès de Biarritz : « ce qui est subi et non accepté par manque de sens crée une rétention énergétique douloureuse au niveau de l'organisme. [...] C'est cela qui majore la douleur des contractions qui, sans cela, s'évacuerait au fur et à mesure de l'évolution de l'accouchement. »

Or, si la péridurale supprime la douleur de la contraction, elle n'agit pas sur la rétention douloureuse d'origine psychique...

Elle parle également « des névroses traumatiques » qu'elle a eues à traiter chez certaines patientes sous anesthésie péridurale : « c'est-à-dire des souvenirs de l'accouchement qui ne se refoulent pas ou ne se mettent pas à distance, après deux à trois jours de suites de couches... ». Ces névroses proviendraient du fait que les femmes n'aient pas fait leur « passage psychique » pendant la grossesse,

et ne soient pas prêtes à devenir mère au moment de l'accouchement. Elles percevraient donc avec effroi certaines modifications de l'organisme ou certains actes obstétricaux.

Le fait que la patiente soit satisfaite d'elle-même en post-partum, quelles que soient les modalités de l'accouchement (surtout pour les accouchements naturels), nous indique que le passage psychique du « devenir-mère » a bien été effectué par la patiente.

Cela explique les discordances existant parfois entre notre analyse médicale et le ressenti maternel.

Il y a généralement concordance entre le fait d'être « contente de soi », de son accouchement, et l'investissement rapide de la fonction maternelle (présence psychique ou attachement et soins au bébé), ainsi que de « la réussite » de l'allaitement maternel.

La réalité du passage psychique permet de mieux comprendre l'importance capitale de l'accompagnement de la mère en devenir et de l'entourage sur lequel la mère va pouvoir « transférer ». Rappelons que le fait d'aider au passage psychique, ne consiste pas à « interférer ». En tant que soignant, il est important de ne pas infantiliser les patientes (cf. ci-après, cas clinique n° 1).

Ce « passage » dont il est question, permet de comprendre la signification des cris chez certaines femmes en couche : dans de nombreuses ethnies à travers le monde, l'accouchement s'accompagne de cris.

Chez nous, par le fait de la surmédicalisation, de la systématisation des anesthésies péridurales, les cris disparaissent des salles d'accouchement...

Cependant, il n'est pas rare d'observer, chez certaines femmes périduralisées, ayant des scores analogiques de la douleur à 1, 2 ou 3/10, des cris lors de la dilatation : serait-ce la manifestation de leur passage psychique ? Il serait intéressant de savoir si ces femmes investissent plus facilement la fonction maternelle, sans avoir à passer par les syndromes dépressifs à long terme, trop souvent décrits dans les suites de couches des femmes surmédicalisées.

Si l'on choisit une montagne en guise de métaphore, cet état second représente l'avant-dernier passage avant le sommet.

De même que « la maternalité » connaît une première résolution au 9^e mois de grossesse, l'accouchement mène à une autre étape vers 8 cm de dilatation : il y a alors passage par un état « second », appelé « niveau intermédiaire » par M^{me} de Valors, entre la « femme d'avant » et la mère accomplie... Si l'on choisit une montagne en guise de métaphore, cet état second représente l'avant-dernier passage avant le sommet.

Le dernier passage jusqu'au sommet de la montagne, aussi appelé « les adieux » par le Dr Frederick Leboyer, ou « la porte des mères » par M^{me} de Valors, est décrit comme la phase de « désespérance physiologique » dans nos manuels d'obstétrique. Cette phase, se situant en fin de dilatation sur le partogramme, se traduit à la fois par un arrêt des contractions, mais également par une période où la future mère est agitée, anxieuse, ayant parfois une impression de mort imminente...

Pour certaines, c'est la concrétisation du passage psychique, l'atteinte de leur devenir-mère qui se met en acte dans le corps, à ce moment précis.

Notre rôle en tant que sage-femme, est alors de l'accompagner avec empathie, sans vouloir médicaliser à tout prix (cf. les écrits du Dr Michel Odent).

Rappelons que notre spécialité, reste la **physiologie**.

Dans nos pratiques hospitalières, cela amène souvent à poser une péridurale à ce moment-là, alors même que la patiente n'en souhaitait pas jusque-là... Ou encore à administrer – voire augmenter – le débit du Syntocinon® dans le but de relancer les contractions pour les patientes sous anesthésie péridurale.

Quel dommage, quand on prend conscience de ce qui se passe dans l'inconscient de la parturiente à ce moment-là ! Car ce qui se joue à ce moment précis, c'est **l'adieu à la grossesse**.

Pour certaines, c'est la concrétisation du passage psychique, l'atteinte de leur devenir-mère qui se met en acte dans le corps, à ce moment précis.

C'est également la pause bien méritée, la concentration nécessaire au grimpeur pour l'ascension de son sommet : si on la respectait, il y aurait moins d'échecs de la poussée.

En outre, selon le Dr Michel Odent, « cette peur transitoire est avant tout un symptôme. Elle traduit une intense sécrétion hormonale, et en particulier une décharge d'adrénaline. » Cela permet à la patiente de présenter un regain d'énergie pour l'expulsion, et d'effacer ainsi toute la fatigue accumulée pendant le travail.

Sans cette phase de repos physiologique, l'adrénaline n'est pas sécrétée par les surrénales, et la patiente n'a alors pas la force de pousser... Cela augmente alors considérablement le risque d'extraction instrumentale.

De même, les césariennes actuelles pour souffrance fœtale (sans circulaire, ni disproportion foeto-pelvienne) peuvent trouver leur origine dans la peur maternelle, au moment du passage.

Au risque de surprendre, il semble que l'accouchement puisse avoir une valeur pédagogique.

En effet, en luttant contre la force des contractions, les parturientes luttent contre la douleur des deuils inconscients et nécessaires à dépasser pour devenir mère.

Cela explique la sensation de force extraordinaire qu'elles expriment après un accouchement « réussi » (selon elles).

La force nécessaire pour pousser l'enfant, le dépassement de soi-même et la sensation intense du passage, marquent à jamais la filiation à l'enfant, dans la mémoire cellulaire maternelle. C'est « la porte des Mères » : le détachement, qui permet l'attachement. C'est là aussi, le sens de l'accouchement...

En respectant ces mécanismes, en les amenant à la compréhension des mères, nous pouvons constater en salle d'accouchement, des accélérations de la dilatation et une élévation du seuil de la douleur.

C'est le secret des dilatations rapides et quasiment indolores décrites par les jeunes mères suivies en « Préparation globale à la Naissance[®], Méthode de Valors[®]. »

Cet accouchement facile et rapide vécu par la jeune mère, est déterminant pour la qualité de l'attachement maternel et pour le développement ultérieur de l'enfant.

LE RÔLE DES PÈRES

Dans l'inconscient, le premier objet d'amour est la mère : c'est elle qui nous apprend notre relation à nous-mêmes et aux autres.

Pour nous, les femmes, si le père sert de référence au choix du compagnon, c'est l'empreinte profonde de la mère qui va déterminer la relation. La présence du futur père est très intéressante pour le psychisme maternel.

Lorsqu'il n'est pas la reproduction des modèles parentaux, il protège la mère des régressions possibles.

En tant que sage-femme, cette phrase des jeunes mères peut nous interpeller : « *Heureusement qu'il était là* » !

En effet, la plupart du temps, le père nous montre ce qu'il croit être son impuissance et son émotion, surtout si lui-même a connu une naissance difficile qui a entretenu en lui, la peur de l'accouchement...

Il a, comme la future mère, un grand passage psychique à faire : son « devenir père », sans transmission possible souvent de son propre père, absent à sa naissance (si plus âgé) et/ou absent psychiquement (époque actuelle). Et pourtant... s'il s'est informé et préparé à la naissance, il devient pour la mère, celui qui accompagne le travail psychique, qui soutient la technique respiratoire, tout en étant conscient des gestes médicaux et de ses émotions... Vivre l'accouchement dans cet esprit-là, à deux, c'est renforcer le couple dans son unité, en lui donnant une nouvelle dimension.

C'est aussi, déjà, positionner le père qui aidera la mère à se « séparer » plus tard de l'enfant (son rôle symbolique).

CAS CLINIQUES

En « Préparation globale à la Naissance[®], méthode De Valors[®] »⁽⁴⁾, les futures mères travaillent sur leurs « *patterns* » (modèles éducationnels) et sur leur « devenir mère ».

Elles prennent conscience de leur projet personnel tout en s'appuyant sur les techniques sophroniques, ce qui a une action bénéfique sur la gestion de la douleur et sur la durée de la dilatation.

Le problème de la surmédicalisation est le non-respect de la liberté de mouvements et du rythme propre à chacune. En cela aussi, la médicalisation systématique empiète sur le processus psychique...

Les sages-femmes formées en Préparation globale[®], apprennent à :

- affiner leurs interrogatoires,
- introduire de la psychologie dans leur prise en charge,
- comprendre et expliquer à leurs patientes les mécanismes en cause pendant l'accouchement, ce qui évite aux mères certains pièges involontaires induits par l'autoritarisme ou l'abandon psychique de certains soignants, et réduit considérablement les risques de traumatisme...

Les cas évoqués font partie des accompagnements psychothérapeutiques effectués suite à des traumatismes post-accouchements :

Pendant leur préparation, Marie, Christine et Sonia ont omis – volontairement ou pas – de parler d'une problématique de l'enfance ou de la grossesse, qui n'ont donc pas été « travaillées », c'est-à-dire amenés à la conscience durant leur grossesse... On va voir comment l'extraction instrumentale et/ou le manque d'écoute (bien involontaire) des structures actuelles surchargées de travail, vont faire ressurgir ces éléments du passé, bloquant ainsi le processus du passage vers la fonction maternelle.

CAS N° 1. Christine est retrouvée prostrée, quelques heures après l'accouchement, en disant : « *je vis l'horreur* »...

Elle raconte son arrivée de nuit, dans un service surchargé, et les « reproches » (ou vécus comme tels) de la sage-femme lui disant : « *Vous auriez pu attendre !* ».

Elle était à dilatation complète et évoque sa sensation d'avoir été « bloquée » par cette phrase, paniquée au point que l'obstétricien est venu (sans explication) mettre en place une extraction instrumentale : elle ne pouvait plus pousser. « *Et là, j'ai plongé dans l'horreur* », livre-t-elle.

TÉMOIGNAGES

Il s'agit des « associations » que peuvent vivre les femmes pendant l'expulsion.

« En poussant, je pensais à mon père et à ma mère, au devenir-parent difficile de certains membres de ma famille... ».

« En poussant, j'ai su que j'allais crier... Cela serait libérateur, car lorsque j'étais enfant, ma mère me disait : "*tais-toi, tu cries trop*" ! ».

« En poussant, j'ai réalisé que j'aurais voulu un garçon, et c'est cela qui m'empêchait de pousser. Alors un hurlement est sorti de moi... Mon père, en tout cas le garçon que je voulais pour le remplacer, mourait aussi en moi. C'est en hurlant mes adieux à mon père et mon fils que j'ai pu pousser ma fille ! Ce cri me libérait, plus jamais je n'y penserai ! Quand j'ai eu ma fille dans les bras, j'avais tout oublié ».

Le père est décédé un mois avant le début de la grossesse.

« En poussant, je me disais : je ne veux pas le lâcher ! Qu'ils partent tous ! Qu'on me laisse, au secours ! Et puis la sage-femme a dit : — *Quand la tête du bébé sera sortie, c'est vous qui attraperez les bras, pensez-y ! — Mais je n'ai plus de contractions ! — Pensez-y, et elles reviendront !...* ».

« Je crois que c'est la mine que faisait mon mari qui m'a décidée ! Il semblait déçu... Alors j'ai attrapé ses mains, et les contractions sont revenues ! ».

Jeune femme abandonnée enfant par sa mère et attendant une fille.

« En poussant, j'ai regardé la pendule : il était exactement l'heure que ma mère me montrait le matin : "*Regarde, il est 8 h 15, déjeune, tu vas être en retard !*", j'ai été tellement surprise que j'ai arrêté de pousser... c'est le moment où le médecin a pris les forceps ».

Jeune femme anorexique dans son enfance.

Le lien est simple à faire avec son enfance (reproche de la mère, brutalité du père alcoolique précipitant le soir sans explication ses enfants dans la cave) et son accouchement.

« Pourquoi n'en avoir pas parlé pendant les séances de préparation à la naissance ? J'ai voulu oublier, répond-elle. Cela fait vingt ans que je n'ai plus vu mes parents ». Il faudra deux heures pour que Christine sorte de sa prostration et puisse prendre son bébé (qu'elle avait rejeté comme elle avait rejeté ses parents).

Elle sera suivie dès sa sortie par le réseau périnatal.

CAS N° 2. Un appel inquiétant à 8 heures du matin : « Bonjour c'est Marie, je viens de rentrer chez moi mais je ne peux pas m'occuper du bébé : j'ai peur de lui faire mal. Je ne peux pas rester seule avec lui, du coup c'est ma mère qui s'en occupe ! ».

Elle raconte la triade classique d'un grand centre hospitalier : déclenchement - péridurale - forceps. « Ils disent que ça s'est bien passé, que le bébé a repris du poids, mais moi je vais très mal », confie-t-elle.

Lors de la consultation suivant l'appel, elle est agitée, « obnubilée » par le bébé qu'elle regarde fréquemment. L'entretien met à jour sa relation à « sa mère-qui-ne-la-quitte-pas » depuis qu'elle a divorcé de son père.

– « Cela vous pèse ?

– Je rentre ma colère... elle veut tout faire pour moi !

– Et votre fille ? à part cette peur, que ressentez-vous ? y a-t-il un sentiment ?

– C'est la colère qui vient, à cause de l'accouchement : eux, ils disent que ça s'est bien passé ! Moi j'ai l'impression qu'ils me l'ont arrachée ! Je ne voulais pas être déclenchée, mais eux, ils disaient que ça m'aiderait ! ».

Il faudra un moment pour qu'elle trouve l'association entre la colère non exprimée en tant que fille de sa mère, et la colère vécue en devenant mère de sa fille.

Il a fallu des techniques thérapeutiques très puissantes (en sophrothérapie) pour que Marie investisse son bébé. Un pédopsychiatre de son secteur a ensuite assuré le suivi.

CAS N° 3. Ce cas clinique souligne l'idée « bien ancrée » que la douleur fait partie des éléments diagnostiques de la mise en travail.

Sonia demande de l'aide à sa sortie de la maternité : « j'ai l'impression de ne pas avoir accouché. Et pourtant mon bébé est bien là ! Je ne ressens rien, je suis dans du coton ».

Elle raconte que, ressentant des contractions rapprochées et assez fortes, elle appelle la maternité pour prévenir de son arrivée. Au bout du fil, on l'interroge :

– « Les contractions sont-elles douloureuses ?

– Non, dit Sonia, pas vraiment !

– Alors ce n'est pas ça ! attendez qu'elles le soient pour venir » !

Une heure après, Sonia arrive en catastrophe, se retenant de pousser.

Elle accouche aussitôt, aidée de son interlocutrice qui ne « reprend » pas la conversation téléphonique et n'a pas vraiment le temps de l'accompagner...

Suivent quatre jours de « flottement ». Il semble y avoir un apparent décalage entre les deux accouchements. Si le physique a bien eu lieu, le psychique reste à faire ! Y aurait-il dans sa vie d'enfant une quelconque analogie avec ce qui s'est passé ?

Elle répond aussitôt :

– « C'est simple : mes parents ne me croyaient jamais. Il fallait qu'ils soient devant l'évidence pour réagir.

– Qu'en pensez-vous ? Ce ne serait pas un rappel de votre passé de petite fille qui bloque votre « devenir mère » ?

– Oui... (en regardant son bébé) je ne lui ferai pas vivre ce que j'ai connu ! Mes parents ne m'ont jamais écoutée ! » (elle était avocate de profession).

Le passage psychique vécu en sophrothérapie, l'aidera considérablement.

À la fin de la séance, il s'est écoulé une heure : le même temps séparant le coup de téléphone et l'accouchement.

Ces séances proposent un revécu en état sophronique et d'une façon non directive, de l'accouchement, en y ajoutant la fréquence émotionnelle.

Cela demande de la part du thérapeute une grande prudence et une certaine formation. Ces techniques sont enseignées en deuxième niveau de la Préparation globale à la Naissance[®], méthode De Valors[®].

LES FACTEURS TRAUMATIQUES

Dans les trois cas cliniques énoncés ci-dessus, outre les transferts émotionnels (régression, réactivation de la colère...), on retrouve le manque d'accompagnement dans cette période de vulnérabilité que représente le moment de la naissance.

Essayons de nous montrer contenantes pour la dyade mère-enfant, indépendamment de notre lieu d'exercice...

Les mots et les gestes employés, peuvent avoir un retentissement conséquent, bénéfique ou délétère pour nos patientes...

① **DANS LE CAS DE CHRISTINE.** Tout aurait pu être vécu différemment si la sage-femme avait engagé le dialogue et/ou le médecin, expliqué son geste.

② **DANS LE CAS DE MARIE.** Pour devenir mère (cf. *La « grosse psychique »* sur le site nposages-femmes.org), la fille a besoin de se « séparer » de sa mère, de faire elle-même « son nid », symboliquement. Or, ce mouvement instinctif a été contrarié par sa mère, qui faisait tout pour elle.

À la maternité, cela s'est représenté de nouveau : (« ça va vous aider ») tout en banalisant : (« tout s'est bien passé ») ce qui est une « non-reconnaissance » du ressenti de Marie... Elle s'est alors retrouvée dans l'incapacité d'agir par elle-même, et sa colère contre sa mère a été ainsi réactivée. Cela l'a détournée de l'enjeu de tous ses « blocages » : son enfant. En tant que sage-femme, nous devrions nous méfier de la banalisation.

En suivi mère-enfant à domicile, j'ai lu récemment sur un carnet de santé : « accouchement eutocique (spatules) ».

② **DANS LE CAS DE SONIA.** Le passage psychique a été décalé par rapport à l'accouchement physique. Nous pouvons fréquemment être confrontés à ce cas-là en

suite de couches. C'est d'ailleurs une des raisons du *baby blues*.

Pour Sonia, ce blocage aurait pu être levé par la sage-femme, si celle-ci avait reconnu que l'appel était justifié. Cela lui aurait permis d'échapper aux conditionnements de son enfance.

C'est au vu de toutes ces difficultés maternelles, que l'on peut parler du rôle pédagogique de l'accouchement.

Au questionnement de la « maternalité » : « *suis-je capable d'être mère ?* », la réponse immédiate pour Christine, Marie et Sonia a été : « *Non* ».

« *Moi, tout seul !* », dira l'enfant pour intégrer pleinement son individualité. « *Je l'ai fait toute seule* », doit pouvoir inconsciemment penser la jeune mère. D'où la frustration de certaines césariennes, de certaines péridurales et/ou extractions instrumentales.

**« *Moi, tout seul !* », dira l'enfant pour intégrer pleinement son individualité.
« *Je l'ai fait toute seule* », doit pouvoir inconsciemment penser la jeune mère.**

Le fait de mettre au monde un enfant, c'est la mise en acte du rôle Parental, qui fait appel :

- **À la notion de puissance** : à la force physique et psychique permettant de sortir de l'enfance.
- **À la notion de temps** : il y a un moment où l'inconscient est prêt, cela peut prendre plus ou moins de temps selon l'histoire personnelle, d'où la nécessité du respect du rythme de chacune.

Les patientes ont besoin de se séparer **volontairement et activement** de leur bébé/fœtus pour pouvoir passer de l'état de petite fille, à celui de mère.

Comme nous avons pu le constater, quand le corps garde la mémoire du passage, il y a vraiment conscientisation de

la filiation à l'enfant.

Dans ma pratique libérale, je peux observer la manière dont les patientes accouchent, par rapport à la relation à leur propre mère et à la place affective qu'elles occupaient, petites filles, dans leur famille.

Certaines parviennent à « dépasser » un accouchement difficile, et à avoir un comportement « sécuritaire » avec leur enfant, quand d'autres ne le peuvent pas, car un vécu de l'enfance a été renforcé pendant leur accouchement, les laissant « traumatisées ».

Il est important d'identifier cela et d'en prendre conscience, afin de pouvoir aider nos patientes à ne pas reproduire par « fidélité inconsciente » l'accouchement de leur propre mère.

CONCLUSION

Il est fondamental d'aider la mère et de protéger l'enfant, en leur permettant de vivre une grossesse sereine et un accouchement non traumatisant.

Nous ne pouvons le faire qu'en développant, outre notre savoir médical, la connaissance de ce qui se passe dans l'inconscient d'une femme qui devient mère.

Il n'est pas question ici de remettre en cause les progrès actuels de l'obstétrique, ni les avancées relatives à la gestion de la douleur. Cependant, force est de constater, qu'à aucun moment de notre histoire, on ne nous a proposé, à nous, femmes, une compréhension du sens de la douleur et des moyens de la transformer.

Or, la douleur liée à la naissance a un sens, elle est un signal d'étapes émotionnelles à traverser : quand on en comprend l'origine, elle s'atténue considérablement...

« *Ce qui est subi et non accepté par manque de sens, crée une rétention énergétique douloureuse au niveau de l'organisme* »⁽³⁾. Cette phrase de Freud a été reprise par le Dr Canon Yanotti.

Il ne s'agit pas non plus de dissuader les patientes qui demandent une anesthésie péridurale. En effet, lorsque l'on a été douloureusement enfant de ses parents, on ne veut

Suite p. XX >

PUB MYBUBELLY

pas devenir « douloureusement » parent de son enfant : il convient d'expliquer cela aux mères et de le respecter.

De même, le fait d'expliquer le sens de la douleur aux patientes hésitantes quant à la question de la péridurale, ou à celles qui veulent « vivre » le passage, est partie intégrante de notre profession de sage-femme.

Ce que nous devons décrier, c'est la systématisation actuelle de l'anesthésie péridurale pour celles qui veulent être actives pendant l'accouchement car, nous l'avons vu, en se technicisant, la médecine empiète sur le versant psychique de la maternité.

En effet, des centaines d'études archivées à Londres ⁽⁶⁾ alarment sur les effets à long terme des pratiques obstétricales sur la vie de l'individu venu au Monde...

En préparation globale[®], les sages-femmes apprennent à utiliser des outils efficaces, tant sur la gestion de la douleur, que sur la durée de la dilatation, que sur la prévention des pathologies de la grossesse.

En ce qui concerne l'accouchement, nous pouvons expliquer à nos patientes, en guise de prévention, toute l'implication psychologique de celui-ci, et leur proposer des techniques à visée psychique facilitant celui-ci, en permettant une action réelle sur la douleur et la dilatation : je pense notamment au toucher affectif et à la sophrologie obstétricale.

En second lieu, en nous appuyant sur l'état actuel de la recherche ainsi que sur notre compréhension du psychisme féminin, en tant que sage-femme, nous pouvons aider à l'instauration d'une prise de conscience collective : l'enjeu de la naissance est bien plus important qu'on ne le pense...

Enfin, pour défendre l'accouchement naturel, nous pouvons nous appuyer sur l'argument suivant : l'accouchement met en jeu pour la mère, toute une élaboration psychique dont il est la somatisation. Ses modalités vont influencer non seulement la qualité relationnelle de la mère à son enfant, mais également, à plus long terme, toute la vie de ce dernier. En surmédicalisant, les connaissances actuelles montrent que nous faisons de la mère et de l'enfant des individus à risque psychique.

En guise de conclusion, voici une étude (cf. ci-contre) qui a démontré l'efficacité de la méthode concernant l'auto-analgésie en salle de naissance, le vécu positif des patientes quant à leur accouchement, ainsi que la sérénité des bébés issus des grossesses préparées avec la méthode. •

BIBLIOGRAPHIE

1. *La grossesse psychique*. M.-H. de VALORS, Les Dossiers de l'Obstétrique, octobre 2000.
2. *Le mystère des mères*. Catherine BERGERET-AMSELEK. Éditions Desclée de Brouwer.
3. Actes du congrès sage-femme International de Biarritz.
4. *La préparation globale*. M.-H. de VALORS, Les Dossiers de l'Obstétrique, février 2001.
5. *Progrès en Néonatalogie*. Cahier n° 15 page 224. XXV^{es} journées Internationales de Port-Royal.
6. *Science et Avenir* n° 614, page 48.
7. Mémoire de Sophro-pédagogie en Obstétrique « *La préparation globale* », M.-H. de Valors, 2006.
8. *Grossesse psychique et hypermédicalisation*, Les Dossiers de l'Obstétrique, Octobre 2005.
9. *Des traumatismes psychiques du post-partum : traitement et prévention en préparation globale*, M.-H. de VALORS, Les Dossiers de l'Obstétrique, Octobre 2012.
10. *Préoccupation maternelle primaire et dépression du post-partum*. LEMAITRE Véronique, 2011.

ÉTUDE RÉALISÉE AU SEIN DE DEUX MATERNITÉS EN 2001

- **Maternité A** secteur privé, très peu interventionniste (<500 accouchements).
- **Maternité B** secteur public: accouchements facilement dirigés (700 accouchements).

LES AXES DE RECHERCHES SÉLECTIONNÉS

- Le temps moyen de dilatation de 3 cm à la naissance (sans Nalorphine ou Nubain et sans anesthésie péridurale).
- Le vécu des mères, en suites de couches.

RÉSULTATS

A. Accouchements (200 patientes)

Maternité A >	41 primipares >	3h19
	59 multipares >	2h01
Maternité B >	53 primipares >	3h22
	47 multipares >	2h05

Conclusion: Il n'y a pas de différence significative.

On peut constater un temps de travail rapide et noter la singularité de cette « préparation globale à la Naissance[®] »: la répartition égale de la durée de parturition, entre les primipares et des multipares...

B. Suites de couches

(suivi assuré en libéral lors des consultations d'allaitement et les massages bébé)

Premier interrogatoire proposé aux patientes

- À la question: « *la préparation vous a-t-elle aidée?* »
100 % des patientes répondaient « *Oui* ».
- À la question: « *Le bébé est-il calme?* »
100 % des patientes répondaient « *Oui* ».
82 % allaitaient à J4 et 69 % à un mois.

Nouvel interrogatoire distribué quelques mois plus tard (après médicalisation systématique)

Sur 40 accouchements:

- 35 par voie basse sans péridurale,
- 2 par voie basse avec péridurale
- 3 par césarienne (2 pour sièges, 1 pour échec du déclenchement).
- À la question: « *la Préparation Globale à la Naissance, Méthode De Valors[®] vous a-t-elle aidée?* »
 - «... à accélérer la dilatation? »
34 patientes répondaient « *Oui* ».
 - «... à contrôler la douleur? »
33 patientes répondaient « *Oui* ».
 - «... à gérer le stress? »
40 patientes répondaient « *Oui* ».
- À la question: « *Le bébé est-il calme?* »
23 patientes répondaient « *Oui* »
- À la question: « *Le bébé est-il particulièrement calme?* »
17 patientes répondaient « *Oui* ».