

Préparation à la naissance

(et son accompagnement)

- comme cela se pratiquait -

à la

**Clinique Montaigne
de Châteauroux**

(Docteur Max PLOQUIN)

« LES RENCONTRES DE CHATEAUROUX »

autour de la « Préparation à la Naissance »

I/ CONFÉRENCE

Le Dr MAX PLOQUIN, et son Equipe de Formation vous proposent, suivant le modèle de leur expérience de la clinique MONTAIGNE de CHATEAUROUX :

UNE CONFERENCE (suivie d'un Atelier sur demande) sur les « Préparations à la Naissance » très efficaces de Montaigne : l'ASD, ou l'accompagnement Haptonomique, etc.

Avec des résultats surprenants : moins de 3 % de césariennes et de péridurales et un des taux les plus bas de mortalité péri-natale.

Illustrée d'une dizaine de FILMS, courts très convaincants, - de naissances en diverses présentations : (sièges, jumeaux, etc... - des mères donnant naissance à leur bébé en différentes positions (sur les genoux du papa, etc...) - de naissances effectuées, en partie, (phase de dilatation ou complètement), dans l'eau.

A un moment où les parents n'ont plus vraiment le choix, comment faire respecter la mère, l'enfant et le père, et pouvoir concilier Sécurité, Confort, Bien-être et Affection.



2°) PRÉPARATION À LA NAISSANCE

Stage : présentation-formation théorique et pratique



Les mamans ne peuvent plus accoucher comme elles le veulent :

La formule :

- déclenchement - péridurale - césarienne, représente de plus en plus « la norme ».

Les mères n'ont plus le choix.

Quant à la Préparation à la Naissance, fondamentale pour que la mère puisse faire naître son bébé, sans douleur si possible, en contact affectif maximum avec lui, pour sauvegarder sa Sécurité de base, et son autonomie, elle est le plus souvent, totalement délaissée !

Cette situation peut changer, car... Bien-être et Sécurité sont conciliables

Nous organisons très régulièrement des Stages de Présentation de ce qui se faisait à Montaigne (très efficace) (moins de 3 % de péridurales, et de césariennes et, en regard, un des taux les plus bas de mortalité périnatale).

Susciter une prise de conscience à la fois des parents et des acteurs médicaux, valoriser une Préparation à la naissance efficace digne de ce nom peut freiner la tendance actuelle de l'Obstétrique, qui souvent infantilise et angoisse les mères, leur fait perdre leur confiance en elles !

Le visage de cette maman montre qu'une mère peut se réaliser pleinement pendant son accouchement... *vous pouvez, vous aussi, en faire bénéficier d'autres Mamans !*

2 Stages de 2 jours (16 h) frais modiques

Contact : Max Ploquin 06 08 77 01 69

HISTORIQUE

QU'EN EST-IL DE LA PREPARATION A LA NAISSANCE ?

*De l'accouchement sans douleur...à l'haptonomie en passant
par la prise en charge technologique de l'accouchement*

« Un bon praticien est un homme de science, qui agit comme un bon artisan vis à vis de son patient, qu'il considère comme une pièce unique. » ...(sic ...le Dr. Jacques SOUFRON)

Naissance de l'accouchement sans douleur (ASD)

Né en 1952 à la Maternité de la polyclinique Pierre Rouquez, rue des Bleuets à Paris, dirigée par le Dr F. Lamaze, l'accouchement sans douleur apporta aux femmes un immense espoir. Elles allaient enfin pouvoir contrôler leur accouchement et faire naître leur bébé sans douleur, par leur propre moyen, sans intervention médicamenteuse, sans anesthésie.

Dénommée également « psychoprophylactique d'accouchement », cette méthode naquit des travaux fondamentaux des néo-pavloviens en donnant la possibilité d'attribuer la douleur –liée entre autre à la contraction utérine- **à un puissant conditionnement socioculturel** établi sur une vaste et permanente tentative de **culpabilisation féminine** provenant de lointaines étiologies historiques, voire préhistoriques, qui continue encore d'accabler les femmes de notre société : les vieux réflexes ont la vie dure !

« Tu enfanteras dans la douleur »

La démystification de l'interprétation de cette phrase fut faite par Pie XII lui-même. Cette phrase, en fait, n'aurait fait qu'allusion à la prophétie disant qu'un fils d'esclave causerait de graves ennuis à l'Égypte et à Pharaon. Ce dernier aurait ordonné que tous les enfants mâles, fils d'esclaves, soient tués ou castrés. La phrase dont la teneur primitive serait « Tu enfanteras – de fils- dans la douleur », commentait alors les souffrances que cette « condamnation » ne manquerait pas de provoquer chez les mères.

Combien de douleurs suggestives cette interprétation malheureuse n'a-t-elle provoquée chez les mères depuis des siècles...et combien de peurs fantasmagoriques a-t-elle entretenues au travers de cette potentielle malédiction !

C'est pourquoi l'ASD fut un réel progrès pour les femmes, même si son développement eut des débuts difficiles, se déroulant sur fond confus de bataille militante ; il eut entre autres mérites, la pleine participation des pères, une certaine autonomie des mères, une reconnaissance par la société de la possibilité des mères d'assumer elles-mêmes leur accouchement et la naissance de leur enfant . Surtout l'abolition de la terrible malédiction rendait aux femmes la reconnaissance de leurs pleins droits par rapport aux hommes et allait leur ouvrir de nouveaux horizons dans leur vie familiale, culturelle, mais aussi sociale et civique.

Il faut prendre toute la mesure de ce que cela représentait à l'époque pour les femmes, mais aussi pour les médecins qui prenaient « fait et cause » pour elles ; il faut se rappeler que ce ne fut pas facile car nous fûmes souvent incompris par des confrères universitaires mais c'est ainsi que le progrès s'impose, il faut l'accepter !

Evolution de l'accouchement sans douleur

Puis cette méthode fut améliorée dans le fond et la forme par les données de la pédagogie moderne et de la psychologie appliquée et surtout par l'apport des travaux des psychanalystes. La parole fut largement ouverte aux mamans, aux parents, aux enfants même, permettant de mieux comprendre la trame de l'inconscient à travers la sexualité, la maternité, la naissance, l'allaitement et de rendre plus évidents les rôles respectifs du langage, de la parole, des signifiants dans le domaine complexe de la naissance, mais aussi des rôles respectifs de la mère et du père. Bernard This, analyste lacanien, a joué un grand rôle notamment lors de congrès où il m'avait alors à ses côtés, à Strasbourg, et surtout à Avignon.



L'ASD sortait du strict conditionnement qui aurait pu devenir son carcan pour s'ouvrir sur une meilleure vision de la naissance; et les mamans, dans un travail global d'une autre dimension accouchèrent mieux encore.

Frédéric Leboyer

Parallèlement aux recherches intéressantes du « rebirthing », ont fait surface les travaux de Leboyer avec tout ce que signifie « la naissance sans violence », la naissance dans l'eau, le « bain d'amour » de bébé après sa naissance qui mirent encore davantage l'accent sur ce que représente l'enfant, sa valorisation mais aussi la dimension des liens psychoaffectifs et des émotions que ce « Monsieur Bébé, qui devient une personne » peut provoquer. Dans le sillage de Leboyer, on trouve **Michel Odent** de Pithiviers, **nous-mêmes Max Ploquin et l'équipe Montaigne de Châteauroux**, des amis des Lilas et bien d'autres comme **Jean-Marie Cheynier** qui ont tous œuvré afin que « la Naissance soit une Fête ».

L'haptonomie et Frans Veldman

Ce sont surtout les travaux de Frans Veldman, médecin hollandais vivant depuis dans les Pyrénées Orientales qui ont fait naître un énorme espoir. Bernard This, psychanalyste parisien, lors de la projection à Paris d'un de mes films sur **la naissance de jumeaux** tourné à la clinique Montaigne de Châteauroux, me dit : « *Tes films de naissance sont très beaux, mais va donc voir Frans Veldman à Oms, tu vas découvrir l'haptonomie.* ». Là- bas, j'ai retrouvé Bernard, Catherine Dolto, Juliette Plankaert et bien d'autres...

On ne peut parler convenablement de l'haptonomie, définie comme la science de l'affectivité et du toucher affectif, il faut le sentir soi-même ! C'est un peu comme parler d'une initiation sans avoir été soi-même initié. Je peux vous affirmer que j'ai ressenti quelque chose d'extraordinaire, que je ne peux transmettre... qu'en le faisant sentir à celui ou celle qui veut savoir. Je peux aussi vous dire que grâce à la formation en haptonomie (appliquée à l'obstétrique et à la pédiatrie) de l'équipe de Montaigne (sages-femmes et autres), les naissances ont été « psychoaffectivement améliorées » et nos « résultats » ont été objectivement bouleversés (aux environs de 3% de pérédurales, un peu moins de césariennes avec, en regard, un des taux les plus bas d'Europe de mortalité et morbidité périnatales).

« Je te connaissais avant de t'avoir vu », dit Frans Veldman

L'une des premières choses qui m'a touché et me touche toujours, c'est que la maman peut ressentir son bébé extrêmement tôt, parfois vers 2 mois et demi de grossesse. Puis, au fur et à mesure que son système nerveux et ses organes des sens se développent : équilibre, olfaction, goût, audition, vision, les parents aiguissent les nuances de leur façon de répondre à leur enfant, à ses appels, ses stimulations, à travers le giron de la maman, et vice et versa, le bébé répond à sa mère, à son père ! Les parents peuvent « jouer » avec leur enfant, l'appeler d'un côté ou de l'autre du giron de la mère, lui parler, chanter avec lui, dans le plus grand respect du bébé. Ils peuvent ainsi faire sa connaissance et être connus de lui bien avant sa naissance !

Dans ce rapport psychoaffectif intense, le plus souvent par l'intermédiaire d'un « toucher affectif respectueux » se développent toutes ses dimensions : organiques, psychoaffectives, psychosensorielles, émotionnelles et intellectuelles, dans un bain de stimulations tous azimuts et de connaissance réciproque. De plus l'enfant connaît son chemin et participe pleinement à sa propre naissance ! On comprend alors que l'enfant peut être guidé par la main et la voix de sa mère ou son père (la sage-femme, la Doula...), et que lorsqu'on choisit l'accompagnement haptonomique, l'enfant ne doit pas être gêné lors de son trajet de naissance par l'intrusion de technologie et de médicalisation (sauf nécessité absolue en cas de dystocies...) qui pourraient troubler le cours de la naissance et créer un véritable obstacle à l'action propre de la descente de l'enfant !

Fils de Rahan

Quel fabuleux destin pour ce bébé accueilli dès sa naissance par la main de son papa placée sous sa base (la sécurité de base). Aussitôt né, il est confirmé existentiellement comme étant bien né et aimé depuis longtemps par sa maman, son papa, sa fratrie ; il a l'assurance que ce nouveau monde ne lui est pas hostile et qu'il n'a pas à le craindre et à s'en protéger.

Il est bien le petit-fils lointain de Crao et de Rahan, un « marche debout » dont il faudra toujours respecter la « sécurité de base », comme l'a fait la main paternelle dès la naissance, qui a permis à son enfant de redresser sa colonne vertébrale, de relever la tête, d'écarter les bras, de les « ouvrir au monde », allant déjà à la découverte des autres et... **de son autonomie.**

L'obstétrique actuelle vit dans un schéma général assez éloigné de ce que souhaiteraient beaucoup de mamans ; je regrette simplement qu'elles n'aient pas la possibilité de faire d'autres choix : c'est dommage ! Pour ces raisons, il est important que se développent des Préparations à la Naissance efficaces un peu partout afin que les femmes, les parturientes, les mamans et les papas aient la liberté de choix !

C'est ce qu'on propose à Châteauroux à travers des stages qui présentent les travaux de l'équipe de Montaigne dont les résultats sont reconnus par tous.

CHRONOLOGIE DES COURS ET ENTRETIENS de la Clinique Montaigne de Châteauroux où les parturientes avaient le choix : (ASD ou Accompagnement Haptonomique) nous respectons également les autres choix des mamans (Chant prénatal, yoga, Sophrologie etc).

A) SEANCE DE FILMS ET RENCONTRE avec la famille le plus tôt possible, visite de la clinique, rencontre avec des mamans venant d'accoucher et le personnel médical et para médical ; explications concernant la préparation à l'haptonomie : médecins et sages-femmes conseillaient aux parturientes de commencer en tout début de grossesse (3^{ème}, 4^{ème} mois) si possible.

La préparation haptonomique se faisant individuellement...les parturientes étaient alors, à l'occasion de cette première rencontre, invitées à commencer très tôt cette préparation.

L'ASD (psycho- prophylaxie obstétricale), autre choix commençait vers le 5^{ème} mois.

B) Les 7 COURS D'ASD (et entretiens) (directifs, semi directifs, non directifs et participation du père).

1er cours : explications anatomiques, physiologiques et biologiques détaillées sur grossesse et accouchement en portant les efforts sur « convaincre les mamans qu'elles sont fort bien faites pour accoucher sans douleur et sans problème (sauf cas particuliers discutés dans le 4^{ème} entretien dans le cadre du thème des dystocies) ».

2ème cours : la « douleur » en question proviendrait d'un conditionnement socio-culturel, est entretenue par les « conditionnements de la vie quotidienne » le langage ordinaire, son prolongement .

3ème entretien : non directif, s'ouvre à la parole des participants (2h au moins) sur différents thèmes : être enceinte, mais aussi histoire familiale, mode d'allaitement (au sein, etc.) et bien d'autres thèmes.

4ème cours : d'abord débat en réplique sur le thème du 2^{ème} cours (3/4 d'h) pour préparer le cours directif suivant : « *si mon accouchement se révélait difficile, dystocique...comment résoudre les difficultés* ».

5ème entretien : débat : participation ou non, du père, des enfants, famille, belle-mère, suivi d'un cours sur : hygiène de la grossesse, alimentation, rapports sexuels, allaitement au sein, dangers tabac/alcool, etc.

6ème cours : début de l'accouchement : signes, comportements, accompagnement jusqu'à la naissance de bébé (participation ou non des enfants déjà nés, accouchement dans l'eau, etc...).

7ème entretien : Rappel de ce qui a été dit au tout début sur l'accompagnement haptonomique ; « senti et vécu » et de l'opposition entre les deux modes de « préparation ».

Les « pratiques » d'ASD sont collectives pendant les cours, individuelles en dehors des cours.

C) 2ème SEANCE DE FILMS EN FIN DE PREPARATION (juste avant l'accouchement)

Cette séance conforte « les préparations » et, en ...montrant les possibilités, associées aux potentialités de la maman elle-même, donne espoir et confiance aux plus « défaitistes » et une sorte d'assurance qu'elles ne se seront pas préparées en vain !

D) ETUDE « CRITIQUE » DU DEROULEMENT DE LA NAISSANCE (en groupe ou individuellement selon les cas) avant le départ de la clinique, avec analyse de ce qui peut être utile à « retenir » pour les prochaines naissances.

ETIOLOGIE DE LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT

QUELQUES ELEMENTS DE CONTRIBUTION A LA RECHERCHE SUR L'ETIOLOGIE DE LA « DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT ».

J'étais déjà sur ce sujet au congrès de Psychoprofylaxie Obstétricale d'Avignon en 1971 !

J'estimais déjà à l'époque cette intervention comme fondamentale pour la compréhension de la cause des « douleurs de l'accouchement » mais aussi pour expliquer leurs généralisations et leur universelle diffusion.

Malheureusement, je ne ressentais pas ma formation comme assez solide à l'époque et ma « présence » sur le divan de Jacques Lacan était trop récente pour soutenir totalement cette « hypothèse »

Nous n'envisagerons ici que l'étiologie « préhistorique puis historique » des douleurs de l'accouchement, sans entrer dans l'histoire des progrès de l'obstétrique et de la médecine, même si on estime que ces causes historiques de la « **douleur obstétricale** » ont un prolongement actuel évident.

On peut dire, en effet, que l'histoire de la Naissance se situe moins dans celle de la « Matière médico-obstétricale et chirurgicale » que dans celle de **L'HISTOIRE DE L'HUMANITE** ; elle appartient au **DOMAINE PUBLIC**. C'est donc dans l'histoire des humains, de leur évolution, de leurs mœurs, de leurs institutions, où Naissance et Mort tiennent par « obligation » une si large place, que nous allons trouver **TRACE** de la **GENESE DE LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT**.

I) LE GRAND MASSACRE ORIGINEL

Il s'agit, certes, d'une hypothèse de travail, que des chercheurs : ethnologues, archéologues, darwinistes, historiens, psychanalystes (dont Freud), structuralistes, ont subodoré la réalité historique, et que j'ai « réorganisé » pour argumenter mon hypothèse de l'étiologie de la « douleur de l'accouchement ».

Pour retrouver des « traces », des « fossiles », qui nous permettent de lever le voile qui recouvre notre sujet, il nous faut nous pencher sur **un grand événement de notre passé lointain**, de celui de la civilisation commune de nos ancêtres sur terre. (Événement qui a pu marquer d'une manière indélébile hommes et femmes – et peut-être plus ces dernières- des nombreuses générations passées jusqu'à nous). C'est ce qui a hanté Freud – (et bien d'autres) - lui qui a expliqué la trame de l'évolution de ces « civilisations », le développement des structures sociales des sociétés primitives, leurs « agencements », l'origine des religions diverses, puis monothéistes, à partir de cet **EVENEMENT FONDAMENTAL** et à travers une certaine démarche de la psychanalyse individuelle (*lire : Totem et Tabou, L'homme Moïse et le Monothéisme, L'avenir d'une Illusion, Malaise dans la civilisation, Ma vie et la psychanalyse...Si possible dans cet ordre !*)

Il a emprunté de 1912 à 1938 les conclusions (dûment contrôlées) de certains chercheurs : Darwin, l'ethnologue anglais Atkinson, Robertson Smith et bien d'autres, qu'il a confrontées à des recherches de son domaine analytique (refoulement, complexe d'Œdipe, sexualité, principes de plaisir, etc...).

LA HORDE PRIMITIVE :

« Au tout début des temps où vivaient originellement les hommes sur terre, vraisemblablement à un moment où leur langage était à peine ébauché, les hommes vivaient en petites hordes, dont chacune était dirigée par un mâle vigoureux. Celui-ci, seigneur et maître (parfois même père) de toute la horde, disposait à son gré, et brutalement, d'un pouvoir illimité. Toutes les « femelles » lui appartenaient : femmes, filles de sa propre horde ainsi que celles, sans doute ravies aux autres hordes !

Le sort des fils (des aînés surtout) était pénible ! Quand il leur arrivait de susciter la jalousie du père, ils étaient massacrés, châtrés ou pour le moins chassés de la horde, se voyant condamnés, s'ils en réchappaient, de vivre en petites communautés et ne pouvaient se procurer des femmes que par le rapt !

Les plus jeunes, les puînés, avaient une situation privilégiée, protégés qu'ils étaient par l'amour de leur mère et l'âge, parfois avancé, de leur père, auquel ils pouvaient plus facilement succéder ; on retrouve dans un grand nombre de légendes et de mythes, des traces de l'évincement de l'aîné au profit du cadet ».

LE CLAN DES FRERES :

« A ce premier stade d'organisation sociale, succéda un autre où les frères « chassés », regroupés en communautés s'associèrent pour combattre et vaincre le père et, selon la coutume, le manger : cannibalisme qui a longtemps survécu et ne doit pas nous choquer : tout en le haïssant et le craignant, ils vénéraient leur père et le prenaient pour exemple. En réalité, chacun aurait voulu être à sa place. L'acte cannibale doit donc être considéré là comme une tentative d'identification au père, en s'en incorporant un morceau !

Tout porte à croire qu'après l'euphorie, après le meurtre du père, les frères se disputèrent sa succession pendant encore très longtemps... pendant des générations durant lesquelles il semble que la société humaine n'ait pas progressé ; les batailles incessantes pour la possession des femmes rendant exsangues les tribus, chacun du clan des frères voulant posséder seul l'héritage, reproduisant le modèle paternel !

Un moment vint où les frères comprirent et admirèrent le danger et l'inutilité de ces luttes fratricides. Ils parvinrent à une entente, une sorte de « contrat social » dit Freud : il en sortit une première forme d'organisation sociale, avec : - renoncement aux instincts agressivo-sexuels entre eux, - acceptation d'obligations mutuelles, - établissement de certaines règles déclarées « sacrées », inviolables... Bref, LE DEBUT DE LA MORALE ET DU DROIT. Ainsi, chacun renonçait :

1) A TUER SON PERE. 2) A CHERCHER A LE REMPLACER. 3) A PROFITER DES FEMMES ET A COMMETTRE L'INCESTE (non seulement avec les membres du même sang, mais également avec les membres du même TOTEM) DONC A ENFREINDRE LES LOIS DE L'EXOgamie.

MATRIARCAT – CHOIX DU TOTEM – REPAS TOTEMIQUE

C'est à ce moment que les fils s'assirent à côté des « Mères de la horde » auxquelles fut reconnu le POUVOIR, assumant le 1er Matriarcat de l'histoire, qui présida à un grand moment de Paix des tribus et une croissance de celles-ci... les habitants de la terre virent alors le nombre augmenter.

C'est aussi alors que fut choisi par les hordes, un animal comme Totem, substitut du père, protecteur de la horde, respecté et protégé lui-même.

Ce totem est RITUELLEMENT tué à son tour, et ... mangé... à des époques régulières, par tous les membres de la horde. A ce « Repas totémique » personne n'avait le droit de se soustraire, et la présence des femmes était rigoureusement contrôlée d'après Robertson Smith, car, ne l'oublions pas, ce repas totémique était une fête rituelle qui devait rappeler le grand Massacre des patriarches (**dont on accusait les femmes d'y avoir la plus grande part de responsabilité**) avec le but avoué ou inconsciemment ressenti d'éviter que se renouvellent ces terribles événements.

Bientôt le totem évoluera vers une « Humanisation » de l'Etre Sacré, à l'animal va succéder un dieu humain (avec parfois des formes intermédiaires de dieu conservant une forme animale ou du moins une partie de son corps, prédécesseur du dieu futur).

Bientôt les mâles reprendront leur place de patriarches ne laissant aux mères que des statues (divinités, parfois « enceintes », comme compensation de les avoir « mises de côté » - on en trouve un certain nombre dans des cavernes du Poitou, et bien ailleurs !-) et les mâles font alors « allégeance » à un dieu reconnu plus puissant qu'eux, omnipotent et parfois unique.

AINSI LA VOIE INDENIABLE VERS LA RELIGION S'EFFECTUAIT... ET S'ORGANISAIENT A LA FOIS LA CULPABILISATION FEMININE ET L'INCITATION A CETTE CULPABILISATION.

La question alors est : comment si longtemps après ces événements, les humains peuvent en « conserver des traces, des souvenirs », en ressentir des sentiments de culpabilité, consciemment ou inconsciemment, au point que cela puisse les « troubler » à certains moments de leur vie ?

Freud et la psychanalyse répondent à cette importante interrogation.

1) Un traumatisme, même léger, d'ordre agressivo-sexuel (en rappelant que les enfants ont du mal à distinguer l'un de l'autre, de même qu'ils distinguent mal « l'affectif » du « sexuel ») – voir l'orientation redoutable des « témoignages » du procès d'Outreau), surtout s'il est répétitif, chez un enfant de très jeune âge (n'oublions pas que nous descendons d'un animal –dernier maillon vraisemblablement ...un grand singe – dont la maturité sexuelle se situait autour de ses 5 ans d'âge).

2) Ou un violent Désir envers sa mère ou son père (selon le sexe de l'enfant) – tout cela se situant dans le champ des fantasmes et la symbolique de l'Œdipe (et l'on est dans le domaine combien puissant de la séduction chez l'enfant de cet âge) ...entraînent des sentiments de honte... ce qui provoque à un certain moment, une forme de « refoulement », d'enfouissement dans le champ de l'inconscient...ce qui permet pour un temps d'oublier : - et le traumatisme (ou le désir violent), - et l'événement, - et la honte, - et la répression qu'il a pu provoquer.

Après ce qu'on appelle une phase de « Latence », a lieu la « Résurgence »de tout cela chez l'enfant vers la puberté, plus ou moins brutale, ou, au contraire, « feutrée », selon les circonstances.

Cette résurgence peut effectivement se faire tout à fait tranquillement sans problème particulier apparent, mais peut, dans certaines circonstances, donner lieu à des conséquences d'importance variable : épisodes délirants, voire psychotiques, phases de sentiments de très fortes culpabilisations (certains sujets vivent tellement mal leur culpabilisation fantasmatique liée à des problèmes oedipiens, qu'ils en viennent à commettre de vrais délits (vols, crimes, etc.) pour avoir enfin de véritables raisons importantes d'être culpabilisés hors de leurs fantasmes liés aux désir intra familiaux. Donc le travail analytique consiste à « dépister » chez l'individu, les traces, les vestiges de ces traumatismes...à identifier les soupçons d'une résurgence de ce traumatisme – oublié – ou nié- Il en est de même dans le domaine de l'Histoire, comme on le verra pour Moïse.

II) LA SAGA DE MOÏSE

On a insisté sur le fait que la résurgence d'un événement dramatique était d'autant plus puissante que ce traumatisme se répétait ; ce qui fût le cas pendant des siècles pour le meurtre des pères et des frères. Et voilà que l'arrivée de Moïse sur la scène de l'Histoire allait encore enfoncer le clou !

Moïse a été très influencé par un Pharaon, à l'origine des religions monothéistes : AKNATON, sa vie fut brève, Aménophis IV, fils d'Aménophis III, a régné dans la période de la XVIIIème dynastie, 1375 av notre ère, il avait 16 ans et était à la tête d'un énorme empire égyptien qui allait de l'actuelle Arabie Saoudite, Iran, Irak, Nubie et jusqu'en Asie (sa femme Néfertiti était une princesse asiatique). Pour ne pas avoir à célébrer toutes les divinités de toutes ces nations, ajoutées aux nombreuses d'Egypte et peut-être aussi parce que les prêtres d'Amon faisaient de l'ombre à Pharaon et coûtaient beaucoup d'argent à l'Egypte, Aménophis 4 décida de ne reconnaître plus **qu'un seul Dieu « On », le Dieu Soleil**, non pas en temps qu'objet matériel mais en tant que symbole scientifique d'un être divin dont l'énergie se manifestait par des rayons qui permettaient de vivre aux minéraux, végétaux, animaux et aux humains ; il adopta la religion **d'Aton** qui devait répandre le **Maat**, c'est à dire **la Vérité et la Justice**, prit le nom **d'Akhnaton**, fit effacer de tous les monuments le nom d'Amon, saisit tous les biens du culte et des prêtres d'Amon, fit tuer, comme à l'habitude, les prêtres qui résistèrent, quitta Thèbes, capital de l'ancien culte et fit construire rapidement sur le Nil, en aval, **AKHETATON** (horizon d'Aton) connue depuis sous le nom de **Tell El Amarna** et fit interdire le culte des morts (culte d'Osiris, qui entre nous a des points communs avec ce que sera plus tard, le paradis des catholiques et des musulmans). Il meurt 17 ans après, maladif, chétif, souffrant de graves crises d'épilepsie, mais surtout, **DETESTE DE TOUS !** Dès sa mort, le général Harembad, alors que les Hitties (Turcs) envahissaient l'Egypte, prit le pouvoir, fit interdire la nouvelle religion et rétablit les prêtres d'Amon dans leurs droits ; tandis que Néfertiti continuait d'élever le fils d'Akhnaton qui de Toutankhaton allait devenir Toutankamon.

Moïse avait environ un douzaine d'années quand mourut Aménophis III. Sa mère était-elle une sémite ? Ou plutôt la fille de Pharaon comme le prétend Freud ? Fut-il sauvé des eaux du Nil par cette princesse se baignant dans le fleuve dont on sait qu'il regorgeait de crocodiles ou fut-il simplement sauvé des eaux de la cavité amniotique de l'utérus de la fille de Pharaon ? Fut-il donc Egyptien, peu importe, comme il importe peu de savoir que Moïse viendrait du mot Mose qui veut dire en égyptien « enfant » (toth-mose... Toth-Meses) ; ce qu'il importe c'est que Moïse a été élevé au palais comme un prince égyptien, **qu'il a eu la confiance des sémites** (et d'autres esclaves qu'il dirigea et avec lesquels il combattit même les Ethiopiens) qu'il fut le « Préfet » de la province frontière avec la Nubie **et surtout qu'il avait adopté la religion monothéiste d'Aton**, religion qu'il offrit aux tribus qu'il dirigeait avant de leur proposer de profiter de la vacance du pouvoir (le général Harembad n'était pas encore aux affaires) **pour commencer le grand exode vers le pays du lait, du miel et de l'abondance.**

LE MEURTRE DE MOÏSE et la répétition du meurtre du père

On ne peut que proposer ici un résumé des événements qui allaient suivre : tout d'abord Moïse fit une obligation aux membres de son nouveau peuple d'accepter **la Circoncision** : pour ne pas être l'objet de railleries de la part des Egyptiens (et autres peuples qu'ils auraient à combattre) et pour rester leurs égaux (de plus la circoncision n'est elle pas le vestige et le rappel d'une certaine castration ?) ; de plus la religion à laquelle Moïse soumit son peuple était particulièrement rigide à leurs yeux, n'acceptant aucune dérogation aux règles de Morale édictées dans l'esprit du Maat (Justice et Vérité), ne supportant ni « laisser-aller », ni paresse Les tribus prirent le chemin du désert, le traversant à leur rythme, mais en oubliant, semble t'il, les règles qu'elles s'étaient imposées avant de commencer l'Exode.

Moïse exigeait une discipline de fer, que ses frères avaient librement choisie, mais cela leur fut bientôt insupportable, notamment après que Moïse leur eut signifié son mécontentement à propos de leurs excès de libation, d'ivresse sur fond de débauche sexuelle, mettant en accusation les hommes certes, mais **également et surtout les femmes** (une fois de plus, elles étaient mises en accusation d'être la cause de ces débauches) : il exigea un changement immédiat de comportement : ce fut trop demander à ces exilés impatientes de n'avoir pas encore atteint le pays du lait, du miel et de l'abondance.

ILS COMMIRENT L'IRREPARABLE : ILS TUERENT MOÏSE !

A LA RECHERCHE D'UN AUTRE GUIDE : MOÏSE « BIS » DE QUADES

D'abord joyeux de s'être débarrassés d'un gêneur, ingrats jusqu'à l'extrême à l'égard de leur Libérateur et « médiateur » devant l'Eternel, les migrants poursuivirent l'Exode. On ne peut affirmer sa durée jusqu'à l'arrivée à Quades (peut-être 2 à 3 générations : 60 ans environ)... Déjà, depuis quelques années dans les tribus des doutes et des remords de plus en plus pressants se faisaient jour... Plus de Guide ni de Chef Religieux... à part les descendants des Lévités et de quelques anciens qui avaient formé la garde rapprochée du « Grand Homme » ! (ces derniers avaient bien joué leur rôle dans l'entretien des doutes, des remords et du retour vers une morale et une discipline plus stricte !)

A Quades, (oasis de sources et de fontaines, dans le sud de la Palestine entre l'Arabie et la presqu'île du Sinaï), ils découvrent un prêtre midianite Jethro qui est à la tête d'un culte « quasi monothéiste » : il honore le dieu des volcans : Jahvé qui s'élève juste derrière le soleil... quelques différences : certes Jahvé est un dieu tyrannique et coléreux (comme Moïse était d'ailleurs) mais il n'y eu rien d'insurmontable... et, surtout, le gendre de Jethro se nommait Moïse ! Ce dernier accepte de remplacer le grand Moïse : ainsi est reconstituée la nouvelle religion (surtout grâce à l'aide des Lévités). Ainsi, par le moyen de ce substitut du grand Moïse, qui avait été si ignominieusement assassiné, ressuscité à travers un nouveau prophète, le peuple repentant partait vers Canaan !

CONSEQUENCES : Il n'est pas la peine d'être Grand clerc pour comprendre que, à ce peuple hétéroclite qui avait regroupé de nombreuses tribus et prit le nom d'Hébreux, l'assassinat de Moïse n'avait pu être caché, puis « refoulé » longtemps, de même que son « judicieux » remplacement. Mais ce camouflage, cet

« escamotage » ne pouvait faire « oublier » ce crime affreux (qui n'est pas un petit crime de banlieue, mais un événement à l'échelle du monde d'alors !) : il renouvelait le « Meurtre du Père et des Frères » de la horde primitive dont les hommes conservaient le souvenir à travers leur circoncision et accroissait ainsi le **SENTIMENT DE CULPABILITE, surtout celle des femmes !**

III//RELATION ENTRE « CULPABILISATION FEMININE ET ORIENTATION PHYLOSOPHIQUE DES RELIGIONS »

Bien que ce ne soit pas ici notre propos, n'était ce pas une erreur de ne pas reconnaître ce crime et, au même titre de reconnaître l'opportunité d'un légitime « remplaçant » que ce dernier se nomme Moïse ou Tartempion ! Même si cela a été fait pour « soulager » le poids de la culpabilité des tribus d'alors, cela ne pouvait pas durer bien longtemps, c'était reculer pour mieux sauter. Et puis « faute avouée.....etc. »

MOISE AVAIT ACCUSE SURTOUT LES FEMMES D'AVOIR ETE LES INSTIGATRICES DES ORGIES QUI AVAIENT FAIT SORTIR LES TRIBUS DE LEUR MISSION (voir textes bibliques)

*(Ce n'est certes pas notre affaire, ici, mais nous pouvons nous demander à propos de l'antisémitisme, si ce n'est pas cet ensemble d'événements qui est reproché **INCONSCIEMMENT** au peuple juif...PLUS que la crucifixion de Jésus de Nazareth ?)*

N.B. : Au niveau des religions on trouve des traces de l'influence préhistorique, d'ailleurs : lors de la célébration de la messe totémique catholique, le cannibalisme, qui permettait d'ingérer les vertus du Totem, se reconnaît dans le fameux : « *ceci est ma chair, ceci est mon sang* » ! De plus, en mettant l'accent sur la Rédemption, n'insistons nous pas aussi sur la **Culpabilité des Hommes et des Femmes**? Quand on évoque le sacrifice du fils, ne célèbre t'on pas le « supplice » (du père), dont la nature n'a jamais été signifiée ouvertement.

L'ALLUSION AU PECHE ORIGINEL EST ELLE UNE FORME D'ESSAI DE CULPABILISATION VOLONTAIRE OU ...INVOLONTAIRE DES FEMMES ?

Ce « péché originel » ? S'agit-il du péché reproché à Eve ? (Dans ce cas, on ne serait pas loin de notre sujet avec Eve accusée d'avoir entraîné Adam vers le désir sexuel, vers la copulation et la reproduction dans le jardin d'Eden, et par sa faute, de nous avoir soustrait à **L'IMMORTALITE** et être en définitive la cause du fait que nous sommes devenus des « **MORTELS** »). De quoi accuse t'on les femmes ? S'agit-il du « meurtre du père primitif » ou de celui de Moïse ?

Dans tous les cas, on a essayé de « faire porter le chapeau » aux femmes

ABORDONS MAINTENANT LE DOMAINE DES PROPHETIES ?

Deux prophéties faites à Pharaon nous intéressent surtout :

L'une (faite au père d'Akhénaton – ou à son prédécesseur) lui annonçait qu'un fils d'esclave serait cause de multiples maux envers le royaume d'Egypte (et peut-être même pourrait attenter à la vie des pharaons) ; l'oracle n'en disait pas plus ! D'où la chasse aux nouveaux nés d'esclaves, leur castration ou destruction ! Ce qui explique aussi combien les mères faisaient preuve d'imagination pour cacher leur fils et d'ailleurs les « matrones » égyptiennes ont souvent joué le jeu, les protégeant, prétendant arriver trop tard, alors qu'elles avaient reçu l'ordre de les tuer.

L'autre (qui à mon avis en découlait) que l'on trouve dans les Ecritures, bien connue dans sa forme réduite « **Tu enfanteras dans la douleur !** » qui fit « le tour des chaumières » et beaucoup de mal à des femmes de tout l'occident, voire du monde entier. On sait qu'il ne s'agissait pas seulement **d'une erreur d'interprétation** (comme le dit le pape Pie XII : ce qui, cependant, rétablit les choses et permit une réelle « ouverture » en 1958 quand il l'exprima dans un discours « aux gynécologues du monde entier ») **mais une « réduction » du texte, un « oubli » involontaire** ou pourquoi pas volontaire, qui a été lourd de conséquences pour les femmes « sanctifiant » une « punition » à leur égard.

Le texte était « **TU ENFANTERAS DE FILS DANS LA DOULEUR** » et n'avait rien d'une prophétie d'un oracle : c'était plutôt une « mise en garde » qui faisait allusion au fait que les mamans qui mettraient au monde un garçon allaient souffrir, car on allait le tuer !

Et on comprend le sens de cette angoisse, de cette douleur potentielle qui planaient sur les femmes enceintes des tribus étrangères qui faisaient le plein des travailleurs esclaves de l'empire des pharaons.

DE L'IMPORTANCE D'EXPLIQUER, ENCORE MAINTENANT AUX MAMANS, L'ORIGINE HISTORIQUE VRAISEMBLABLE DE CETTE DOULEUR QUI N'A RIEN D'HEREDITAIRE

Il serait peut-être temps d'expliquer, après des siècles d'affirmations erronées et éhontées, (dans lesquelles on peut vérifier le « poids de la suggestion verbale – comme pour les « menaces » ou « prévisions » fréquentes actuellement de césariennes) qui ont fait tant de dégâts chez les mamans...et tout simplement ...chez les femmes, que **« Le sort n'en est pas jeté », et qu'au contraire, il est entre leurs mains. Et qu'on doit, là aussi, respecter les femmes.**

J'aimerais bien vous avoir convaincu que ce fond d'incitation à culpabilisation féminine » est une bonne piste pour expliquer la cause historique et préhistorique de la « douleur » de l'accouchement...qu'il ne faut pas hésiter à l'expliquer aux mamans en passant du temps à essayer de les convaincre, en relatant les faits : ce n'est pas du temps perdu car c'est le départ et la base des essais de « culpabilisation » des femmes et de leur « infantilisation », qui continuent encore de nos jours, sous le prétexte fallacieux de les protéger.

TABLEAU CHRONOLOGIQUE ET FAITS MARQUANTS DU NOUVEL EMPIRE

NOM DES PHARAONS	DURÉE DU RÈGNE	FAITS MARQUANTS
XVIIIe dynastie (1539-1293)		
Ahmosis	25 ans	Salle hypostyle de Karnak
Aménophis Ier	21 ans	Senenmout construit Deir el-Bahari
Thoutmosis Ier	12 ans	Tombeaux de la Vallée des Rois
Thoutmosis II	3 ans	Les Kassites occupent Babylone
Hatshepsout	15 ans	Construction du temple de Louxor
Thoutmosis III	52 ans	Rayonnement de la civilisation mycénienne
Aménophis II	25 ans	
Thoutmosis IV	10 ans	Destruction du palais de Cnossos
Aménophis III	38 ans	Les Hittites soumettent le Mitanni
Aménophis IV ou Akhnaton	17 ans	
Toutânkhamon	9 ans	A créé sa capitale Akhnataton (Tell el Amarna)
Aï	3 ans	
Horembed	30 ans	Après la mort d'Akhnaton le général Harembad (ou horembed) aurait avec le fonctionnaire « Aï » occupé le trône
XIXe dynastie jusqu'à Mineptah (1291-1204)		
Ramsès Ier	2 ans	Construction du temple d'Abydos
Séthi Ier	14 ans	Temple d'Abou Simbel
Ramsès II	66 ans	Bataille de Qadesh
Mineptah	9 ans	

A partir du milieu de la XIXe dynastie, la décadence de l'Egypte est programmée et, malgré des succès isolés de pharaons puissants, ne cessera de s'accroître.

ET ACTUELLEMENT QU'EN EST IL ? (Résumé)

Avant d'aller plus loin : je pense que c'est plus dans la confrontation de l'Histoire des femmes et de l'Histoire de la civilisation que se trouve la genèse de la Douleur de l'accouchement.:

1) Nous sommes définis comme « Mortels » (Eve a été accusée d'avoir rendu les hommes mortels).

Ce qui permet de survivre, il faut le rappeler c'est la pulsion de vie : « l'Eros » et l'énergie vitale appelé, en psychanalyse, **le principe de plaisir** (on ne peut vivre sans amour !) limité par **le principe de réalité** (même si l'homme compense son impossibilité d'être immortel par son instinct de reproduction, il n'empêche qu'il se pose pour tous les humains le même problème existentiel : c'est celui obligatoire de mourir (à plus ou moins long terme) avec l'angoisse qui y est associée. **L'angoisse de mort** naît donc en même temps que notre naissance ; on essaye d'en reculer les limites (Thèmes des fables d'Esopé, La Fontaine). Aggravée à certains moments de la vie (pour l'homme ⇔ guerre, etc. pour la femme ⇔ la naissance).

2) Coïncidence entre Naissance, Douleur et Mort : Dans le passé : 3 enfants vivaient sur 10 nés – et les femmes mourraient souvent de fièvre puerpérale. D'où, dans le grand public, on associait : Naissance – Douleur – Mort. Certes on ne meurt plus en accouchant ...reste la douleur qui est le vestige, le substitut, l'écran à la mort (et à l'angoisse de la mort qui survole l'accouchement).

3) Si « mourir en couches » est de moins en moins fréquent (avec une petite réserve dont on reparlera bientôt) **Si on supprime la douleur ...reste ...** toujours « l'angoisse de mort » sous forme de : **l'angoisse de « l'enfant mal formé »** (comme expiation potentielle de ne pas avoir payé ...-le crime- en souffrant durant l'accouchement)... « Il faut bien que la douleur se reporte quelque part ! »

ainsi a t'on fait peur aux premières femmes qui voulaient préparer l'ASD (en voulant supprimer les douleurs de l'accouchement, on provoquait la nature : il fallait « exorciser »

Même comportement quand une femme refuse de suivre les préceptes médicaux, on la culpabilise : « ce sera de votre faute si... (mère irresponsable, etc...une menace de mort, de troubles de bébé, une suggestion de césarienne - ...ce qui entraîne souvent une césarienne !)

Une fausse couche entraîne parfois plus de culpabilisation qu'un avortement (qu'est ce que j'ai fait au Bon Dieu pour ...mériter une fausse couche, alors que je voulais un bébé, etc.)

4) Dans l'obstétrique actuelle : Déclenchement ⇔ (prostaglandines) ⇔ péridurales ⇔ épisiotomie ⇔ systématique ⇔ atonie ⇔ forceps ⇔ hémorragie ⇔ réanimation du bébé ===== couveuse (avec « l'isolement » du bébé tout au moins). **est maintenant monnaie courante, l'accouchement physiologique étant réduit à sa plus simple expression, j'allais dire...reste l'exception !**

L'obstétrique actuelle, en brandissant le spectre de la mort, du retardé psychomoteur comme punition « quasi divine » de ne pas avoir suivi les principes de l'obstétrique totalitaire actuelle, « à pensée unique », **enfonce le clou selon lequel la femme n'est pas capable d'accoucher par ses propres moyens !!!** Ce qui aggrave la situation antérieure de la femme enceinte et de la femme tout court.

5) N'oubliez jamais, d'autre part que « **le principe de plaisir** » est refusé aux femmes quand elles accouchent. Aussi, rares sont celles qui ont le droit d'éprouver du plaisir en accouchant !

6) Enfin et surtout se souvenir que la maman régresse pendant sa grossesse, donc « revient jusqu'à sa propre enfance »....Deux conséquences :

elle peut, (du fait de la « régression physiologique de l'état de grossesse), si elle en tient compte, revivre tous les traumatismes marquants, j'allais dire vulgairement toutes les « vacheries » qu'elle a subies, et dans un grand nombre de cas en « réparer » **les conséquences** : Cela se traduit par : - des cauchemars, - des rêves, - des rêveries, - des lapsus, - des actes manqués, - etc. Il est intéressant d'en tenir compte quand on « suit » une parturiente. Cette régression, ce retour vers sa naissance, représente une sorte... d'analyse (tout à fait gratuite).

b) on ne doit pas profiter de cette régression pour infantiliser la femme enceinte et la culpabiliser davantage, mais, au contraire, faire en sorte que la maman se libère de ses encombrants souvenirs et cherche son autonomie déjà pendant sa préparation.

BREF RAPPEL ANATOMIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE LA FEMME ENCEINTE, DÉROULEMENT PHYSIOLOGIQUE DE L'ACCOUCHEMENT ET DE LA NAISSANCE POUR QUE LA MÈRE RETROUVE TOUTE SA CONFIANCE...

PREAMBULE : Beaucoup de femmes (enceintes ou non) ont peur de la grossesse et de l'accouchement.

De quoi une future maman peut-elle avoir peur ?

d'accoucher prématurément,

- plus tard, au contraire, de dépasser son terme ou que l'accouchement ne se déclenche pas,

que l'enfant soit mal placé... qu'il ne descende pas...soit mal fléchi,

que le col ne « s'ouvre pas »,

que le périnée se « déchire »...pourquoi pas « jusqu'à l'anus »,

que l'enfant ne soit pas normal,

de souffrir en accouchant...

et surtout, même si ce n'est pas « toujours dit » de mourir (et notamment d'hémorragies)...

(Un certain nombre de mères en arrivent à demander la péridurale et parfois une césarienne).

PREMIERE NOTION :

Ces peurs proviennent de connaissances multiples parfaitement erronées ou « spécialement orientées » (nous en reparlerons aux 2ème et 4ème cours), d'un silence ou des « insuffisances » dans l'éducation et l'information sur la naissance humaine, **mais surtout d'un manque total de confiance des mères en elles-mêmes et en leur capacité de pouvoir mettre un enfant au monde par leurs propres moyens !** Les mères ne le disent pas toujours tout haut, mais elles le pensent très souvent. Notre premier travail consiste d'abord à ouvrir nos yeux et nos oreilles et, peut-être, avant de parler, comme pour les tranquilliser sans trop savoir dans quelle direction, vaudrait-il mieux : écouter, écouter, écouter, écouter ! Car c'est dans leur inconscient que se situent les craintes et il ne faut pas apaiser sans avoir écouté. Ensuite, seulement, il faut, par la preuve des éléments scientifiques, mais avec le langage simple populaire, celui que toutes les mamans utilisent, essayer de rendre totalement leur confiance en elles (ou plutôt leur faire acquiescer), leur démontrer qu'elles sont tout à fait normales et comme toutes les femmes, sauf rares exceptions, (qu'on verra par la suite, et en rappelant qu'un certain nombre de décisions chirurgicales, mêmes simples comme l'épisiotomie, sont également discutables), ***SONT TOUT A FAIT CAPABLES DE METTRE LEUR ENFANT AU MONDE, TRANQUILLEMENT, PAR VOIE BASSE, ET MEME SANS DOULEURS !***

Et il va falloir que vous démontriez tout cela, point par point, tranquillement, au fur et à mesure du 1er cours et de l'accompagnement !

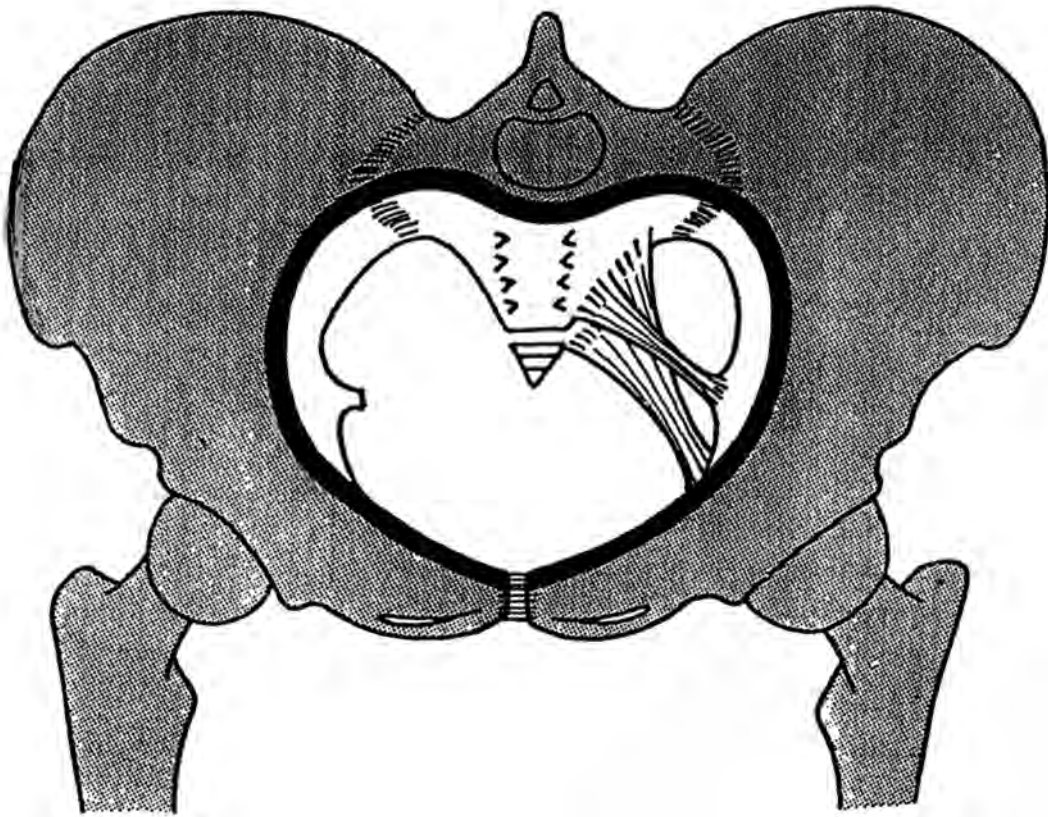
DEUXIEME NOTION (qui nous semble très importante) (se souvenir du long chemin que suivent, pour leur reproduction, les saumons, truites, anguilles, manchots, etc.)

Il nous semble nécessaire de rappeler à la mère (car c'est en fait peu répandu dans les couches populaires – et les autres-) **que l'enfant, instinctivement, a une pré conscience du trajet qu'il aura à accomplir pour naître, donc QU'IL PARTICIPE REELLEMENT A SA PROPRE NAISSANCE !**

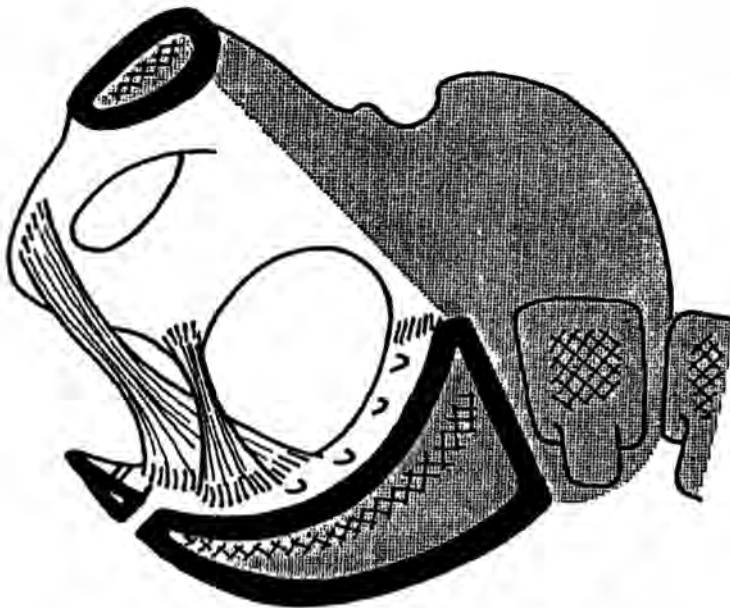
A)LE CADRE OSSEUX

Se référer aux schémas, rappeler que le rachitisme chez nous est extrêmement rare, que les petites filles ne travaillent plus dans les usines, du moins en Europe, depuis longtemps et que les bassins sont suffisamment larges pour contenir, laisser descendre et naître un enfant.

MECANISME ET DEROULEMENT DE L'ACCOUCHEMENT NORMAL



Le bassin vu de face (schématique)
En noir : les limites du détroit supérieur.
Les ligaments sacro-sciatiques ont été représentés du côté gauche.



Le bassin vu en coupe et de profil
La femme est représentée allongée.
En noir : les contours du sacrum et du pubis.
Les ligaments sacro-sciatiques droits ont été représentés.



Schéma 3
Tête fœtale non engagée



Schéma 4
Tête fœtale engagée

1) OS ILIAQUES...SYMPHYSE PUBIENNE

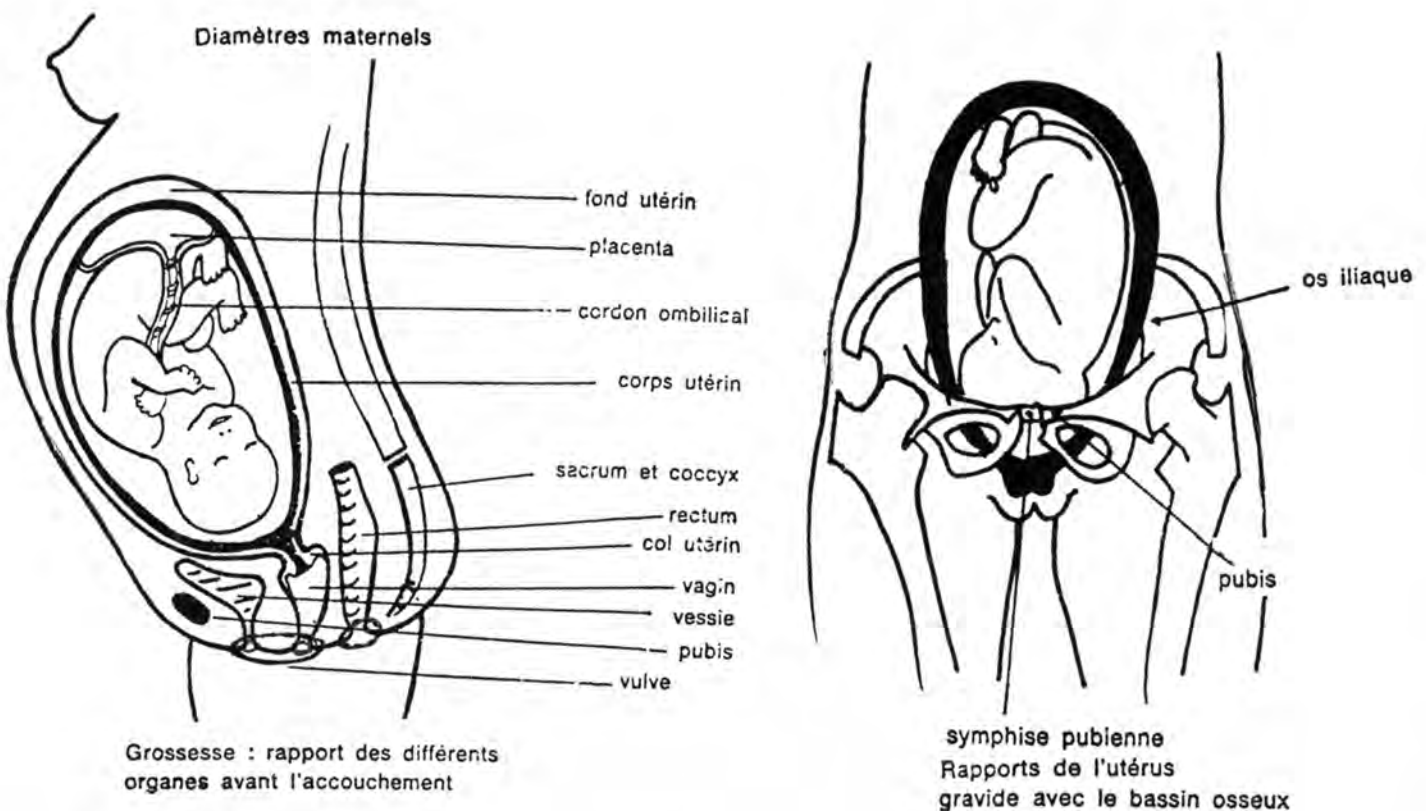
Insister sur le rôle des **OS ILIAQUES**, qu'il est intéressant de décrire, avec leur plan supérieur large, dont les **BRANCHES PUBIENNES** en avant ne sont pas, contrairement à ce qu'on dit souvent, **soudées totalement**... mais au contraire, **peuvent s'ouvrir légèrement** au niveau de la **SYMPHYSE PUBIENNE** (parfois 2 à 3 mm de chaque côté) – on voit l'élargissement que cela peut donner en multipliant par 3,1416 !

2) SACRUM ... COCCYX

Rappeler que, à l'arrière, ces deux os iliaques (iliaques parce qu'ils présentent une sorte de « torsion » qui rappelle la forme d'une hélice) s'attachent aux bords latéraux du **SACRUM** partie basse de la colonne vertébrale (soudure des dernières vertèbres sacrées) dont il est bon de souligner l'incurvation naturelle concave (qui donne une certaine place à bébé dans le giron de sa mère) ; là, on notera que, parfois, il existe une **très légère laxité** entre sacrum et os iliaques avec laquelle on peut, dans certains cas, jouer lors de descentes un peu difficiles du bébé, du moins jusqu'à un certain âge de la parturiente.

Enfin, en bas ce sacrum s'ouvre largement et sa relation avec le **COCCYX** est plus qu'intéressante : le COCCYX, rappelons-le, coulisse dans un système de glissières situées à la face postérieure du sacrum, permettant une certaine ouverture et fermeture du bassin vers l'extérieur (élargissant ou diminuant les dimensions du détroit inférieur) ; ce sont les **MOUVEMENTS dits de NUTATION ET DE CONTRE NUTATION !**

Il est bon, alors, de montrer sur le bassin de démonstration, ce que sont : **LE DETROIT SUPERIEUR** (d'engagement), **LE DETROIT MOYEN** (de descente), **LE DETROIT INFERIEUR** (de dégagement).

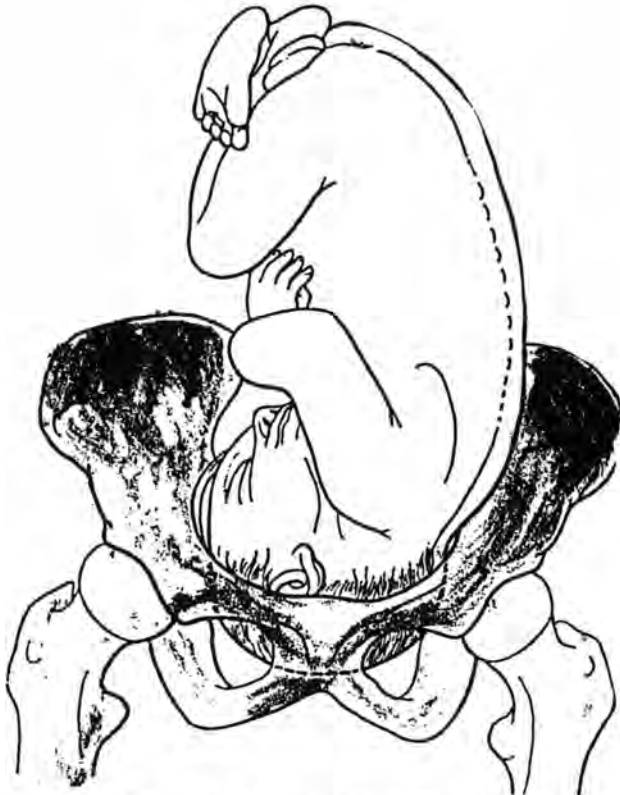


B) LE CADRE MUSCULAIRE

Les schémas suffisent ici à bien faire comprendre le rôle de chacun des éléments musculaires :

1) en avant l'ensemble des MUSCLES ABDOMINAUX

2) en haut, le très épais et puissant **MUSCLE DIAPHRAGME**, dont on peut dire en un raccourci qu'il sépare poumons-cage thoracique, de la « cavité abdomino-pelvienne ».



ENGAGEMENT DE L'ENFANT

rarement devraient survenir des déchirures importantes du périnée et par voie de conséquence, des épisiotomies ou des prolapsus secondaires (descentes de matrice), si cette région était bien protégée :

1°) si l'on ne demandait pas aux mamans de « **pousser** » **trop ou trop tôt** alors que le col n'est pas à dilatation complète,

2°) **si un forceps n'était pas mis en place avant l'effacement et la dilatation également complète,**

3°) **si de l'ocytocine** en excès n'était pas prescrite en perfusion d'une manière inconsidérée, voire systématique... tout cela au lieu de « laisser descendre et venir tranquillement bébé »... avec la patience adéquate...

(Peut-être faut-il rappeler ici l'angle du corps utérin par rapport au col et à l'axe du vagin pour mieux convaincre les mères de cette « orientation » de l'appareil génital et donc de sa protection naturelle.)

1) Certes cet « ensemble musculaire » du Périnée est assemblé comme un plancher, attaché comme **une large écharpe entre l'arrière du PUBIS et l'avant du SACRUM** et bien sûr, de chaque côté, les bords latéraux du bassin, laissant « ouverts » dans son trajet, 3 orifices pour laisser passer d'avant en arrière : **L'URETRE, LE VAGIN ET LA VULVE** (l'urètre « débouchant » dans la vulve) et en arrière **L'ANUS**.

2) Cet ensemble est un peu plus compliqué par le fait **qu'un Sphincter puissant entoure ces 3 ORGANES** et par le fait que d'autres nappes musculaires vont à leur tour consolider le plancher en l'attachant sur les bords intérieurs du bassin, mais, cette fois-ci, **latéralement** et non plus d'avant en arrière, (comme si **un hamac latéral** venait se superposer **sur un hamac tendu d'avant en arrière**, presque « en croix » ; ce qui explique sa solidité autant que sa souplesse de malléabilité)... **Visionnez bien les schémas A,B,C.**

3) De plus, un muscle dénommé « **RELEVEUR DE L'ANUS** » (d'une manière erronée parce qu'il ne s'occupe pas uniquement du soutien de cette extrémité de l'appareil digestif), viendra encore soutenir

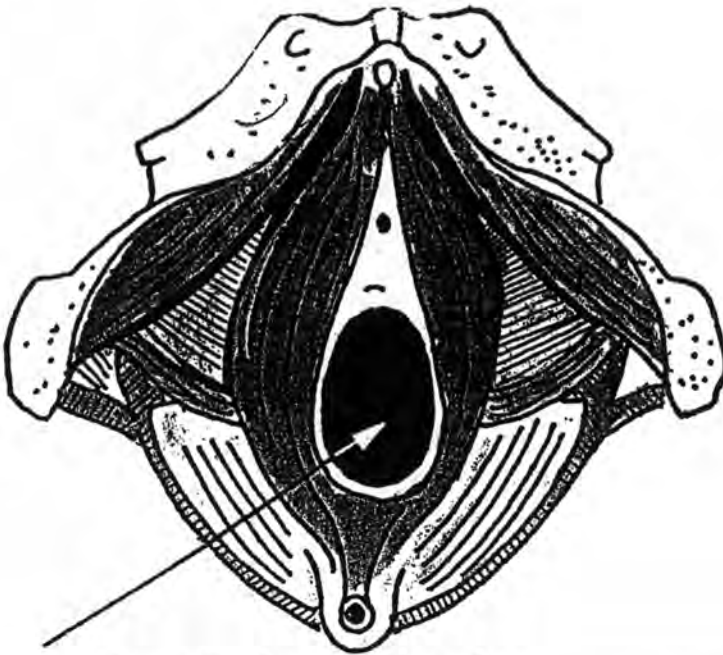
M. Abdominaux et M. Diaphragme, peuvent, par leur action volontaire, modifier la situation, apporter une aide précieuse au moment de l'accouchement. Par exemple, ils peuvent permettre d'apporter **un appui naturel important sur le fond utérin, ou la face antérieure de l'utérus**, et ainsi modifier la pression de bébé, au besoin de la faire descendre un peu plus, ou, au contraire par des respirations rapides et superficielles au moment final de la naissance, de freiner sa descente trop rapide et d'éviter un appui trop important de l'enfant sur le PERINEE ! (à part pour les grandes multipares qui ont pu perdre leur sangle abdominale, le port d'une gaine n'est pas conseillée).

3) en bas : LE PERINEE (ensemble d'un certain nombre de muscles fort bien agencés), sorte de **plancher de soutien de tous les organes internes** de la région, surtout, mais pas uniquement, de la **sphère génitale**. Il est inutile de décrire complètement l'ensemble du système musculaire périnéal, mais dire que c'est réellement un puissant soutien de l'appareil utérin et de ses organes de voisinage, si bien que,

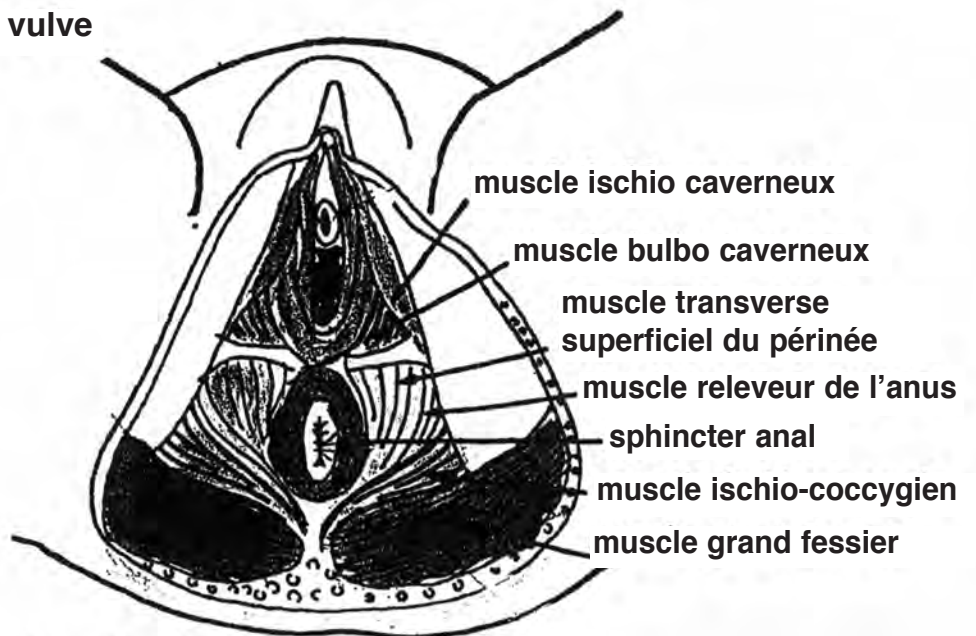


ANGLE ENTRE AXE DU CORPS UTERIN DU COL ET DU VAGIN

l'ensemble des organes de la région : ***ON VOIT BIEN COMBIEN CE MUSCLE PERINEE EST PUISSANT*** ; et comme en plus c'est **UN MUSCLE « ROUGE »**, il obéit donc **A LA COMMANDE VOLONTAIRE DE SA PROPRIETAIRE** : la maman peut donc apprendre à s'en servir, et même à faire **une bonne différenciation entre les 3 sphincters en question** (par exemple à fermer son sphincter anal et laisser largement s'ouvrir celui de l'appareil génital). C'est un des exercices pratiques de l'ASD !



tête foetale apparaissant à la vulve



Muscles formant le plancher périnéal

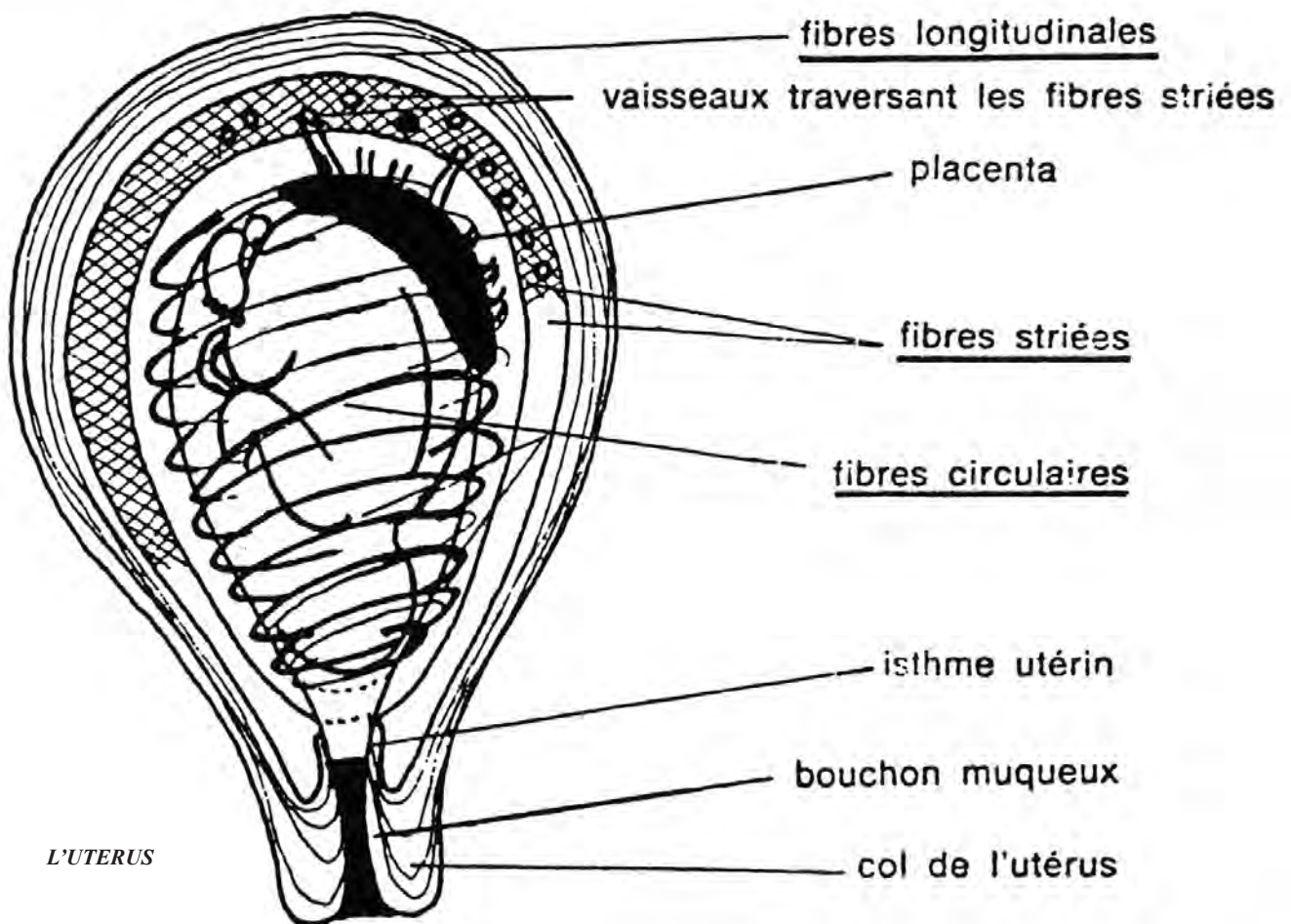
C)LE MUSCLE UTERIN

(On devrait dire plutôt « l'organe utérin » parce qu'il dépasse le rôle d'un simple muscle et ce n'est pas un simple réceptacle : par son placenta, il est glandulaire, vasculaire et filtre). Il a une structure très spéciale, bien adaptée, qu'il faudra bien expliquer (Bien sûr se servir des schémas au maximum). On y décrit le **COL de l'UTERUS**, séparé du **CORPS UTERIN** par l'**ISTHME UTERIN** (qui s'élargira à la fin de la grossesse pour donner le **segment inférieur**); enfin la partie « plafond » du corps dénommée **LE FOND UTERIN**.

Expliquez dans le détail **LA STRUCTURE DE L'UTERUS** : la mère comprendra alors les différentes phases de l'accouchement et, à partir de la **ligature vivante des vaisseaux utérins**, n'aura plus la **phobie des hémorragies** !

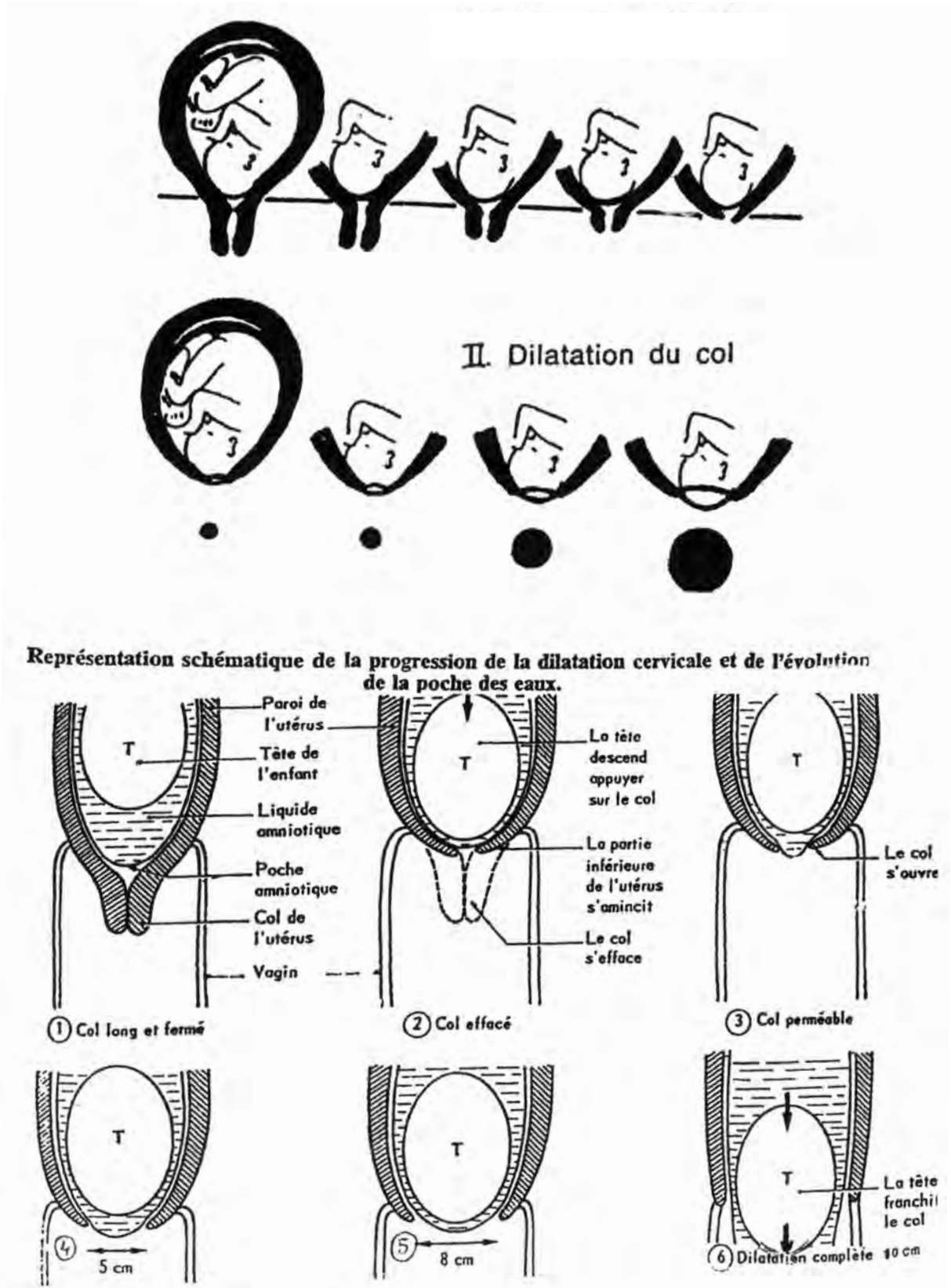
1°)UNE COUCHE EXT. DE FIBRES LONGITUDINALES

Pendant les CU, ces fibres tirent le col vers le haut raccourcissant ainsi le col ; comme « **rien ne se perd et rien ne se crée** », on retrouve ces fibres au fond de l'utérus (où elles forment un appui sur le bébé, l'appliquant ainsi mieux et plus sur le col) ; ainsi le bébé fait, à son tour, pression sur l'**endocol**, ce qui facilite de nouveau l'étirement des fibres longitudinales, raccourcissant encore le col (et ainsi de suite)...ainsi, progressivement, le col va se rétrécir, « **s'effacer** » et, **de 6 cm de longueur, il passera à 5, 4, 3 cm** etc. et le « cylindre », le « tube », le « couloir » du col utérin ne sera plus, après quelques heures de travail, qu'un **simple ouverture, un simple orifice** ! Ainsi, aura été effectué : l'**effacement du col de l'utérus** (grâce aux contractions des **fibres longitudinales** de la couche externe de l'utérus).



2°) UNE COUCHE PROFONDE DE FIBRES CIRCULAIRES

Ces fibres (de l'intérieur de l'utérus) qui « enserrent l'utérus comme dans un étau » vont progressivement se relâcher, s'ouvrir et permettre ainsi la dilatation du col de l'utérus. Ceci se passe pendant ou après l'effacement selon les cas et la « parité » ! Ainsi le col passera d'une dilatation de 0,5cm, de diamètre d'ouverture à 1cm, 2, 3, 4cm etc. ... jusqu'à 9, puis 10 cm (jusqu'à ce que le col n'existe plus) LA DILATATION EST ALORS COMPLETE : La tête peut alors descendre tranquillement dans la « cavité » pelvienne à TRAVERS UN COL COMPLETEMENT EFFACE ET DILATE (la phase d'éduction peut commencer !)



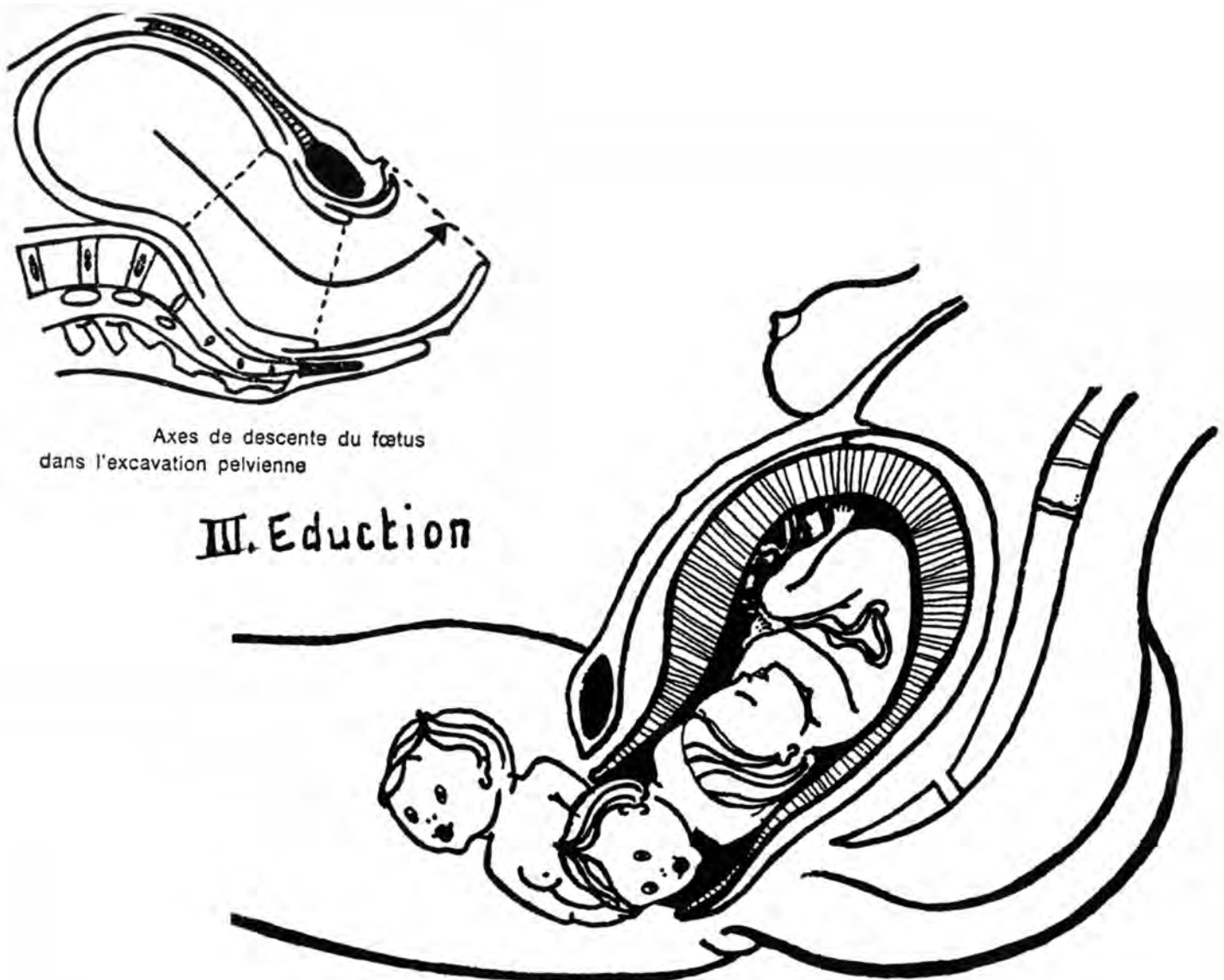
EFFACEMENT ET DILATATION DU COL

3°) ENTRE CES DEUX COUCHES, UNE COUCHE DE FIBRES « CROISEES » OU FIBRES PLEXIFORMES

(Un peu comme un treillis des anciens garde-manger, où l'on met encore les fromages, avec de fines mailles). Entre les « mailles » de ces fibres passent les vaisseaux nourriciers de l'utérus lui-même mais aussi du placenta, pour que le bébé, à travers ce qu'on appelle « la chambre villosité » du placenta puisse assurer ses échanges gazeux (O₂, CO₂, etc.), nutritifs, énergétiques et assumer son existence dans le giron maternel.

Cela assure, de plus, l'attache du PLACENTA sur l'utérus (car le placenta n'est pas retenu sur l'utérus par **des fibres, mais uniquement par les vaisseaux** passant par les « mailles » des fibres croisées) : tant que les « mailles » des fibres striées restent ouvertes, l'enfant assure ses échanges, le sang s'écoule bien dans les vaisseaux et le placenta reste bien en place. La maman comprend dès lors que lorsque bébé sera né, **l'utérus se rétractera sur lui-même, les fibres striées se refermeront** sur les vaisseaux, le placenta pourra se détacher ; alors de nouvelles contractions utérines feront se rétracter encore plus l'utérus et le placenta étant sorti, **les ligatures vivantes des vaisseaux** par la contraction des fibres striées rentrant en jeu, les vaisseaux sanguins sont fermés : **le risque d'hémorragie est, en principe écarté.**

4°) L'EDUCTION



Les phases d'effacement puis de dilatation du col étant terminées, la PERIODE DE L'EDUCTION (que nous dénommions jadis, l'expulsion) peut commencer : nous n'allons pas nous y attarder, mais nous en reparlerons au 6ème cours ; cependant, c'est à cette phase que la « préparation du périnée » prend toute sa valeur.

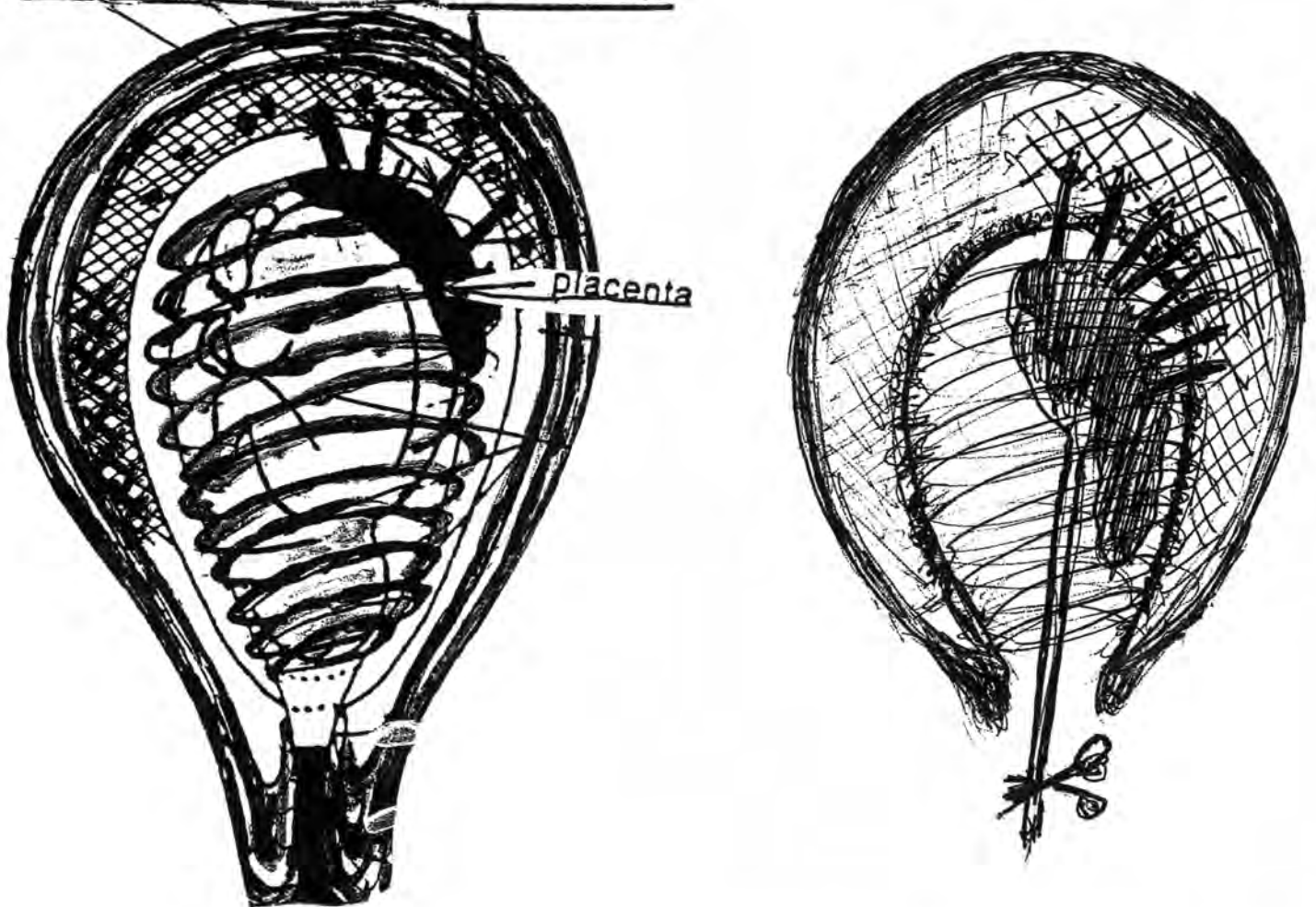
Vous le savez, selon la **préparation de la mère (ASD ou HAPTO)** ou sa « **non-préparation** », **le comportement de la parturiente sera différent** : le périnée peut être très tendu, très « serré » mais si toutes les angoisses, toutes les vieilles peurs cèdent, il peut devenir d'une extrême souplesse, et se « laisser s'ouvrir » parfois même sans qu'il soit nécessaire de faire des efforts de contrôle ou de poussée.

« **FAITES CONFIANCE AU PERINEE** » disait déjà le Docteur LAMAZE, « **IL VOUS LE RENDRA BIEN** »

C'est que, à cette période, **le périnée d'une personne dans le doute, dans la peur, dans l'angoisse, ou qui a été bousculée, peut bloquer complètement « l'ouverture au monde », l'ouverture tout court et freiner énormément la phase finale, au point de compliquer l'accouchement** (parfois le col se rétracte, gonfle, devient oedémateux et annihile tout effort d'éducation).

De même, le périnée peut se fragiliser : on assiste alors à une ample « déchirure »...alors que, même dans des circonstances dystociques, une maman bien « préparée » peut parvenir à laisser s'ouvrir tout seul son périnée, très souvent sans effort d'éducation et ce périnée est alors totalement intact, indemne de toute lésion ! C'est réellement fréquent ; notre taux de déchirures du périnée était de 6% et celui des épisiotomies de 4%.

Vaisseaux traversant les fibres striées



Expulsion du Placenta après l'accouchement : fermeture, ligature vivante des vaisseaux par les fibres striées .

Il importe de passer du temps sur cette phase et d'apprendre à la parturiente :

- les différents « modes » de comportement pour elle-même, son compagnon, l'équipe d'accompagnement,
- mais aussi : * l'apprentissage du contrôle volontaire des sphincters (ASD)
- *« l'ouverture » selon l'Hapto – le « laisser venir », le « laisser s'ouvrir ».

NB : si elle n'est pas préparée (avec un périnée « tendu »), la position « De Gasquet » est intéressante.

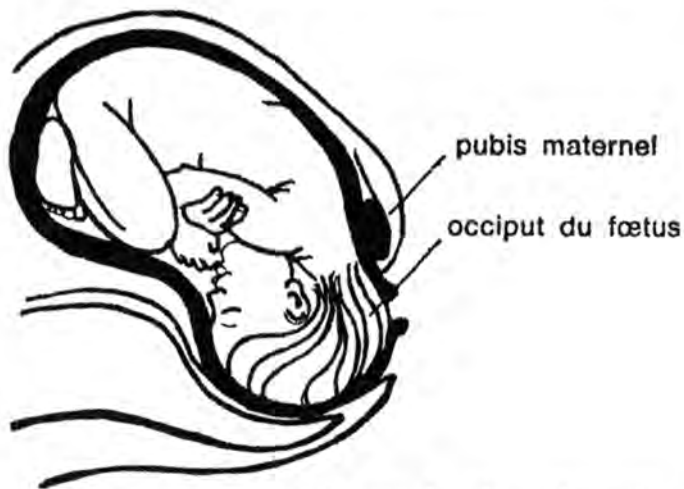
Accueil de l'enfant

On ne peut passer sous silence : **l'accueil de l'enfant**, notamment par le père, **dans le respect de la sécurité de base,...** la confirmation existentielle de bébé par ses parents, les quelques minutes où ils resteront tous les trois ensemble seuls, après la naissance,...la section du cordon, si possible par le père,... le bain « d'amour » donné à bébé...et la manière dont les soins vont être prodigués à ce bébé, - ...son allaitement, ...- **comment il sera « porté »**, -... son départ vers la chambre avec ses parents, -... les suites de couches de la maman, ...le respect de l'enfant et sa considération au cours des soins etc....

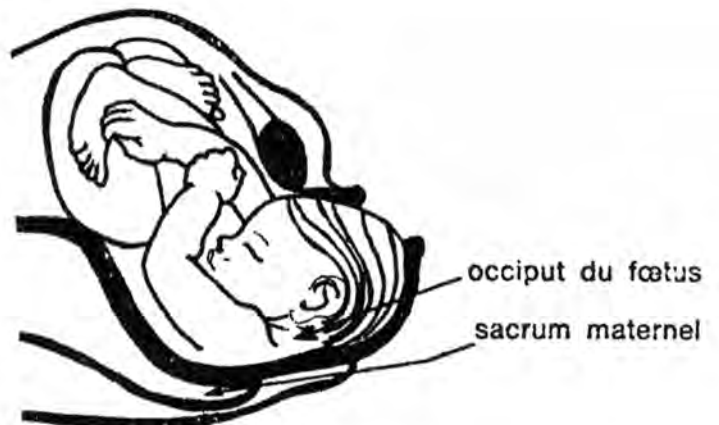
Mais tout cela sera vu et discuté longuement à d'autres moments pour ce qui nous concerne durant ce stage ; c'est pourtant dès ce cours, qu'il faudra parler de l'accueil de l'enfant si cela n'a pas déjà été fait lors des autres rencontres avec la mère (par exemple lors de la 1ère séance de films avec les parents et la famille).

Enfin, l'expulsion du placenta sera expliquée au 6ème cours.

LES PRESENTATIONS CEPHALIQUES



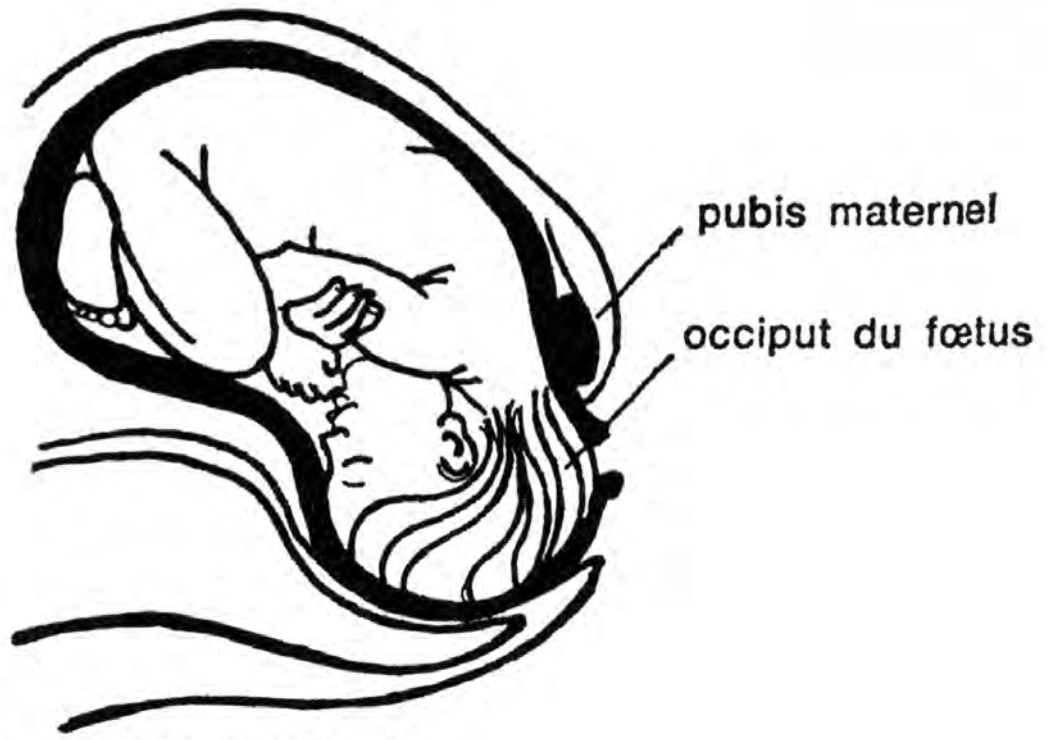
Présentation occipito-pubienne la plus fréquente



Présentation occipito-sacrée



Présentation de la face



Présentation occipito-pubienne



présentation du siège

SIEGE



Siège complet



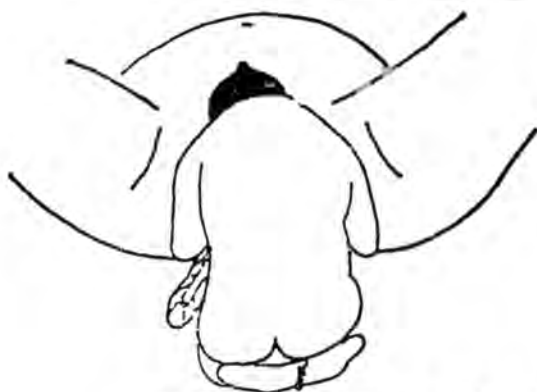
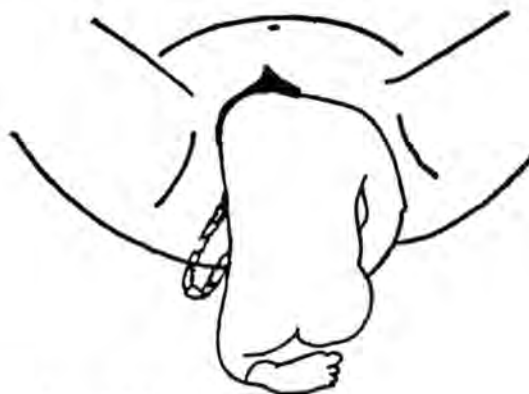
Siège « décompleté » (mode des fesses)



dégagement des fesses



dégagement du tronc et des membres inférieurs



dégagement des épaules et de la tête dernière



grossesses gemellaires

1. monochoriale, monoamniotique



2. diamniotique dichoriale



3. diamniotique monochoriale



4 et 5. Positions différentes de jumeaux dans l'utérus

Les diverses présentations

Qui peuvent se dérouler le plus souvent physiologiquement
Sauf rares exceptions



présentation de la tête bien fléchie



présentation du siège



présentation de la face



présentation
du front

les présentations du
« front et de l'épaule »
sont très dystociques
exigeant
une césarienne



présentation
de l'épaule

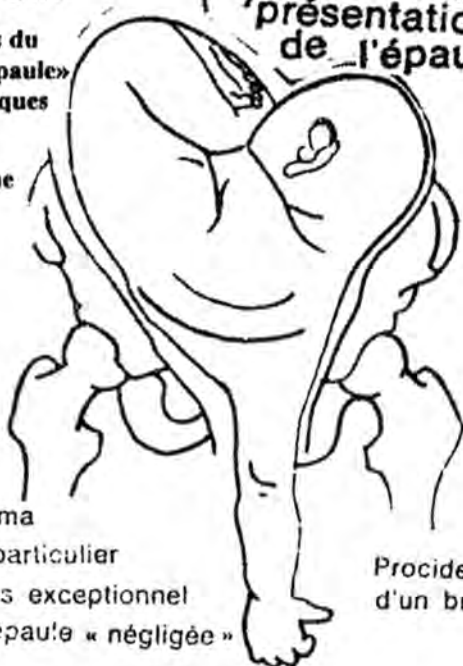


Schéma
Cas particulier
et très exceptionnel
de l'épaule « négligée »

Procidence
d'un bras

PRESENTATIONS DYSTOCIQUES

Qui ne peuvent se conclure que par césarienne

Entretien sur le thème : ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR

Chapitre 1 : CONDITIONNEMENT SOCIO-CULTUREL

LA DOULEUR « LORS DE L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE (c'est-à-dire normal, sans complication prévisible) :

- ELLE SERAIT DUE A UN CONDITIONNEMENT SOCIO-CULTUREL !

- COMMENT LA VAINCRE PAR ANTICIPATION

I) INTRODUCTION : SI L'ACCOUCHEMENT EST NORMAL (physiologique), POURQUOI FAUDRAIT IL SOUFFRIR ?

La douleur dans le cas d'accouchement « normal » physiologique, dans lequel tous les paramètres anatomiques, biologiques, physiologiques paraissent normaux (par exemple : bassin normal dans tous ses diamètres, non rétréci, maman indemne de maladies comme le diabète, l'hypertension, etc. et qui ne souffre pas de problèmes psychologiques directs, c'est à dire d'atteinte personnelle ou indirects par suite d'ennuis touchant des êtres qui leur sont chers) **ne devrait pas survenir.**

Si elle a lieu quand même, c'est vraisemblablement à cause d'éléments qui participent à la vie de la société, à sa culture et dans lesquelles la femme a été « prise en otage » (on peut dire que son origine est « socio-culturelle »).

Voilà notre avis (il n'en sera pas de même des « douleurs » liées à une pathologie – thème que nous verrons plus tard au quatrième cours).

Cette douleur, dans l'accouchement dit physiologique serait liée à un conditionnement culturel, à un phénomène de société ; nous allons essayer de l'expliquer et de trouver la parade.

II) EVOLUTION DES ESPECES :

Nous ne sommes pas apparus sur terre comme cela !

Bien avant que nos parents ne nous aient faits, la vie humaine existait et avant la vie humaine, d'autres formes de vies coexistaient sur la planète « Terre ».

Au tout début, celle-ci n'était constituée pratiquement que d'eau, de mer et d'océan.

Dans cet océan, sont apparus à un certain moment, des « unicellulaires ». Les unicellulaires, ces êtres vivants à une seule cellule, ne sont pas arrivés là par hasard, mais, peu importe que selon leurs opinions religieuses, les uns attribuent leur existence à la création par un Dieu, et que les autres, selon leur Philosophie, optent pour leur apparition après un bouleversement physico-chimique fondamental extraordinaire, l'important, c'est de reconnaître simplement l'évolution de ces « unicellulaires », de comprendre que ces « unicellulaires » **n'ont survécu que par leurs échanges avec le « milieu » à travers la membrane** de leur cellule qui, pour des raisons physiques (pression de l'eau ?), puis chimiques (PH, acidité du milieu par exemple), leur permettaient donc d'avoir avec le milieu ambiant, une rencontre, un échange d'aliments ou d'éléments considérés comme alimentaires.

Puis ces cellules se multiplièrent.

Les pluricellulaires apparurent et ils purent, ainsi, augmenter les échanges à travers leur membrane ; puis s'organisèrent, se développèrent, **obtinrent des organes tactiles plus développés, des antennes par exemple** (crevettes), des tentacules, des palpeurs, etc.

Puis des espèces plus complètes sont apparues : ces crustacés, des poissons, des amphibiens.

Puis des animaux terrestres : escargots, lézards, etc...et de plus gros animaux et, en même temps, **les oiseaux sont apparus** et ont continué leur programme de transformation, **de mutations importantes**, et bien sûr, en même temps, parallèlement, d'autres terriens voyaient leur développement se multiplier, (biches, cerfs, sangliers, etc.)... Tout ce beau monde prenait ses marques, se développait, **subissait des mutations, des transformations** et, en même temps, **complétait ses organes des sens**, développait ses organes qualitativement et quantitativement, après le tact, le goût, survint l'odorat, puis l'ouïe et la vue.

Dans ce développement, un cycle devait apparaître et **devait aboutir à la création de l'homme.**

Dans cette maille très serrée, dans cette chaîne de développement, quel maillon d'envergure a précédé l'homme ? Un singe, un chimpanzé, peut-être ? (dont la maturité sexuelle serait vers l'âge de 5 ans !).

Dans cette évolution, l'homme et la femme se sont développés ensemble

Mais, ce qui importe, aujourd'hui, dans cette rencontre, ce qui est fondamental, à mon avis, si vous avez bien compris l'enchaînement des événements au bout desquels il y a eu la création de l'homme, c'est que dans ce parcours, **l'homme, et la femme, ont suivi ensemble le même chemin.**

Il faut bien comprendre que c'est cela qui fut indispensable : **ils étaient indissociables l'un de l'autre** ; l'un ne pouvait se développer sans l'autre ; **c'est leur union biologique qui a perpétué l'espèce** ; autrement dit, ils ont eu un développement biologique semblable, en même temps.

Si on estime que respirer, boire, dormir, manger, uriner, etc. tout cela fait partie des actions biologiques, physiologiques, **vitales pour l'homme en tant que mâle**, en comparaison avec la femme et que ces actes physiologiques ne sont pas douloureux, **ils ne le seront pas plus pour la femme que pour l'homme.**

Les actes physiologiques ne sont jamais douloureux, en tous les cas, ne devraient jamais l'être pour l'homme comme pour la femme !

Alors pourquoi voulez-vous que, seul l'appareil de reproduction soit douloureux ? (et encore seulement l'appareil de reproduction féminin !) . Cela ne tient pas debout !

La femme s'est faite en même temps que l'homme et il n'y a aucune raison plausible de penser que, accoucher, qui est un acte physiologique, soit douloureux ! (A moins que la femme ne soit « mal fichue », « mal finie » ou « pas finie », « pas bien faite », qu'il lui manque quelque chose, auquel cas, on comprendrait qu'elle n'ait pas les mêmes avantages, les mêmes droits que l'homme !)

Pourquoi aurait-elle, dans ce cas-là, le droit de voter, par exemple ?

En tous les cas, on pourrait tout supposer et les partenaires de la suprématie de l'homme sur la femme, les « machos » auraient beau fait d'aller à des conclusions hâtives, comme je viens de le faire avec humour, si l'on admettait comme vraie, la théorie par laquelle la femme serait « moins finie » que l'homme !...et qu'alors il serait « quasi-normal » que la femme souffre en accouchant !

UN SYSTEME FEMININ DE REPRODUCTION BIEN FAIT POUR FAIRE NAITRE BEBE :

Si, au contraire, on pense que la femme et l'homme, se sont développés en même temps ayant eu un développement biologique semblable, alors on accepte « de facto » l'idée – que la femme présente les mêmes caractéristiques de développement biologique que l'homme, - que ses organes, quand ils travaillent normalement, c'est à dire physiologiquement, ne devraient jamais être douloureux, quels qu'ils soient : l'appareil respiratoire, bien sûr, l'appareil nutritif, bien sûr, **mais aussi celui qui « intéresse » les rapports sexuels et la naissance, c'est à dire, l'appareil de vie, de jouissance et de reproduction.**

Ces éléments font partie des systèmes bio-physiologiques : **la femme est « bien finie », « bien faite » !**

Je ne dis pas que la femme est faite, seulement, pour reproduire, pour accoucher, loin de là, mais elle est faite, aussi, pour cela. Et il n'y a aucune raison que ses organes génitaux, féminins, bien finis et bien faits, comme on le répète, ne puissent laisser le bébé naître tranquillement (d'autant qu'il connaît, instinctuellement, son chemin).

Il n'y a aucune raison pour que l'utérus, après s'être fabuleusement élargi, d'ailleurs, pour contenir bébé, ne puisse laisser s'ouvrir, tranquillement son col (le col de l'utérus), porte naturelle de sortie, pour laisser naître bébé, doucement, sans qu'une quelconque douleur ne vienne frapper cet acte physiologique, fondamental pour la survie de l'homme sur la terre.

III) QUELQUES ELEMENTS DE DEMYSTIFICATION...ET AUTRE FORME DE COMPREHENSION DU TRAVAIL UTERIN ... ET DE SON DECLENCHEMENT

L'utérus, rappelez-vous ce qu'on en dit au premier cours, c'est un muscle creux fort bien structuré. (J'exagère un peu quand je fais mes comparaisons, mais écoutez-les quand même parce que, après tout, cela vous donnera une image, une idée que vous pourrez modifier tout à votre aise !)

L'utérus est une « construction structurale solide » : **il est tramé comme une œuvre d'architecture**, comme un pont, comme un viaduc, et moi, je disais aussi, **comme un tonneau** (c'est plus « terre à terre », c'est vrai, mais c'est peut-être ce que l'on comprendra le mieux).

Comment est fait un tonneau ? (A) :

Il a un plancher rond qui ferme le tonneau en bas et un couvercle semblable au dessus, des cercles en fer autour (5 à 6) qui entourent, à différents endroits, les « douelles » (lames de bois bombées, horizontales qui forment le tonneau). Si on fait sauter le couvercle du tonneau (B) et qu'on relâche en les soulevant, deux

ou trois cercles qui enferment les « douelles » (appelées aussi les « douaignes ») ; les « douelles » auront tendance à s'ouvrir tout simplement !

Est-ce que cela ne ressemble pas un peu à ce qui se passe dans la structure utérine pendant l'accouchement ?
Et le démarrage de l'accouchement ? C'est à dire le début du travail utérin : il faut aussi en parler :



TONNEAU FERME



TONNEAU OUVERT

CAS PARTICULIER DU DEMARRAGE DE L'ACCOUCHEMENT :

En effet, l'utérus est soumis par son innervation, au contrôle du cerveau et du système nerveux supérieur ; or, l'utérus maintient sa « forme », son rôle nutritif, nourricier, protecteur et d'accroissement de l'enfant, grâce au concours d'actions qui partent du cerveau et qui contrôlent et coordonnent le travail des vaisseaux nutritifs de l'utérus ; lesquels amènent aux muscles utérins, les éléments hormonaux qui sont utiles à ce muscle, en sus des éléments indispensables au bébé ... via le placenta.

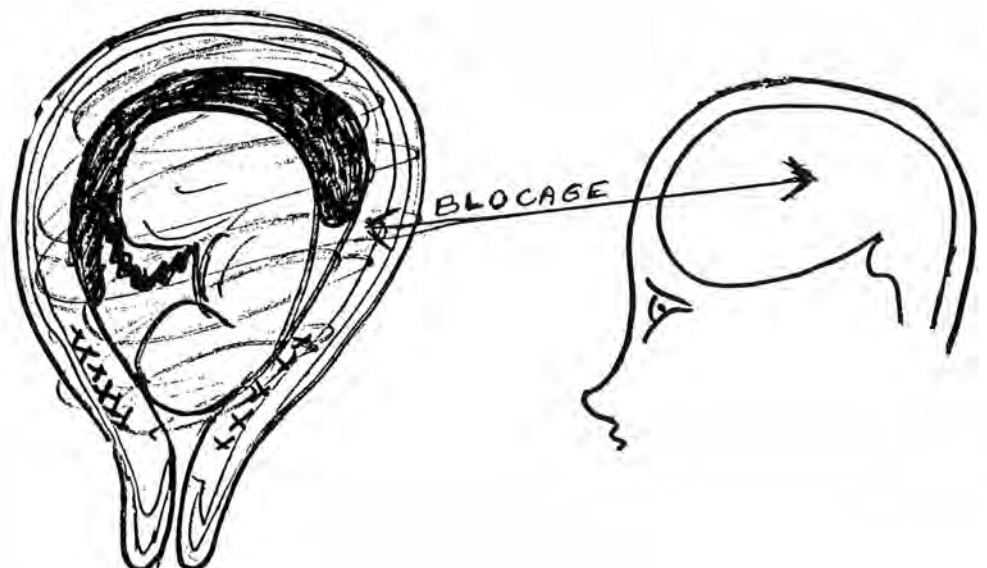
Cela est compliqué, mais on sait qu'à côté des prostaglandines, des prostines, l'utérus, grâce à ces vaisseaux, voit la venue de très nombreuses hormones : telles que les ocitociques stimulants du muscle utérin et augmentant la puissance des contractions utérines, ou les anti spasmodiques naturels ayant au contraire une action apaisante, calmante, tranquillisante etc. et bien sûr, de la folliculine (qui joue un même rôle plutôt stimulateur et « excitant ») et de la progestérone (qui est plutôt apaisant) dont on connaît bien maintenant la proportion et la puissance d'action sur le muscle.

Tout le monde connaît le schéma simple (je dirais presque un peu simpliste) du maintien de la grossesse et de la structure utérine, pendant la grossesse : pour que tout se passe bien, il faut qu'il y ait une certaine proportion du rapport de ces hormones et, notamment, de la progestérone sur la folliculine.

Selon un schéma un peu primaire, mais vrai dans son ensemble, si ces éléments hormonaux sont en déséquilibre (pas assez de progestérone, trop de folliculine, ou pas assez des deux d'ailleurs), le col peut s'ouvrir et l'accouchement alors, peut avoir lieu beaucoup plus tôt que prévu et peuvent survenir fausses couches ou accouchements prématurés.

On connaît mal les processus de déclenchement de l'accouchement et, trop souvent, les explications populaires qui en sont données sont plus en faveur d'une stimulation puissante du travail utérin qu'en direction d'un « déblocage », phénomène perçu plus doux, moins brutal psychologiquement.

Ainsi, quand le terme biologique est arrivé, que se passe t'il ?



Voilà ce qui est dit habituellement :

- Des déséquilibres hormonaux se font, au moment du terme, qui, alors, font « activer » le cerveau ; ce dernier lance, sur un certain nombre de paramètres hormonaux, des « ordres » de stimulations qui déclenchent l'accouchement en excitant les fibres utérines circulaires et longitudinales.

- **Stimulation, excitation du travail de ces fibres**, donnent une idée du travail utérin (vécu, vu, entendu) comme quelque chose **de difficile, de rigide, de dur à effectuer avec une connotation de labeur et de douleur.**

Nous nous orientons plus vers un « déclenchement de l'accouchement » par une sorte de processus de déblocage

Nous, nous pensons que l'on peut envisager cela autrement, selon un autre schéma (et qui n'est qu'un « schéma » explicatif).

Pourquoi ne pas envisager le rôle du cerveau, comme simplement, celui d'un **système bloquant ?**

Le « complexe neuro-vasculo-hormonal » bloquant lui-même, la fonction d'ouverture du col.

Alors, lorsque l'heure est venue de laisser naître bébé, la fonction cérébrale modulée par le déséquilibre hormonal : (progestérone sur folliculine entre autres), arrête le blocage. Il y a alors un « déblocage du système » et, ainsi, les contractions utérines se font jour, elles s'effectuent normalement entre autres, sous la pression mécanique du poids du bébé (et pas bien sûr, uniquement mécanique) (pression qui n'est plus compensée ni retenue).

Le pôle du bébé (tête ou siège) appuie fortement sur le col interne, sur la partie interne du col, **ce qui déclenche alors, le relâchement des fibres circulaires**, (déjà relâchées par le déblocage cérébral ou neuro-cortical, relâchement des fibres circulaires un peu comme le relâchement des cerceaux du tonneau) ; la tête descend encore plus, appuie sur les fibres longitudinales de la partie interne de l'endocol, qui le retenaient : cette « retenue » n'existe plus ; le col se rétrécit : ***c'est l'effacement du col***, les fibres deviennent moins longues au niveau du col, elles « remontent » et, comme on dit, et comme « rien ne se perd, rien ne se crée », les fibres du col remontant, **« raccourcissent le col »**, mais « se retrouvent » au fond de l'utérus, font pression sur le bébé au niveau du fond utérin, le bébé appuie alors davantage encore, sur le col en réponse, etc....(ce que nous avons évoqué au 1er cours).

LA MACHINE EST LANCEE ET LA POURSUITE PHYSIOLOGIQUE DE L'ACCOUCHEMENT SE FAIT TRANQUILLEMENT :

☞ ***Effacement du col,***

☞ ***Pression,***

☞ ***Ouverture du col par relâchement des fibres circulaires, d'où : effacement et dilatation du col.***

On évite ainsi la notion de « stimulation puissante », de « pression importante » de « contractions utérines insurmontables » pour la mère dans le travail de l'utérus .

L'accouchement est conçu, alors comme un déblocage, un « déverrouillage » simple, tranquille qui, lorsqu'il reste physiologique, n'a pas de raison d'être assorti de douleurs. Il n'y a donc pas à avoir peur de ce déclenchement naturel . Même si ces explications ne recouvrent pas exactement scientifiquement les processus de déclenchement et de poursuite de l'accouchement, elles ont le mérite de « dédramatiser » le phénomène, et de « destresser » la mère ; et rien ne prouve que nos explications qui peuvent paraître un peu simplettes ne sont pas proches des mécanismes physiologiques réels !

IV) CAUSES DES « DOULEURS D'ACCOUCHEMENT » LORS DES ACCOUCHEMENTS PHYSIOLOGIQUES :

- **Quelles explications donner à ces douleurs dont se plaignent pourtant les mères, lors des accouchements physiologiques normaux, alors que nous prétendons que ces accouchements devraient être indolores ?**

La question peut se poser aussi en ces termes :

- « Pourquoi ma mère et ma grand-mère m'ont-elles dit qu'elles avaient souffert en accouchant ? »
- « Elles n'étaient pas des menteuses ! »
- « Alors que s'est-il passé ? »...quitte à nous répéter :

ENVISAGEONS DONC LES MECANISMES ET CAUSES DE LA « DOULEUR SURVENUES LORS DE L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE ».

L'histoire des hommes est compliquée et celle de leurs sociétés a marqué leur existence (et vice et versa). (Il y a eu, bien sûr, une interaction entre l'histoire des hommes et celles des sociétés dans lesquelles ils ont vécu).

La douleur de l'accouchement a existé et existe encore, liée (entre autres) à la contraction utérine, mais si cela n'est pas, comme nous le pensons, irrémédiable, notamment dans les accouchements physiologiques, **qu'est ce qui a pu associer douleur, contractions utérines, réactions des organes de voisinage et accouchement?**

Il nous faut donc étudier la cause de cette association et son mécanisme :

A) LE MECANISME ? UN CONDITIONNEMENT ?

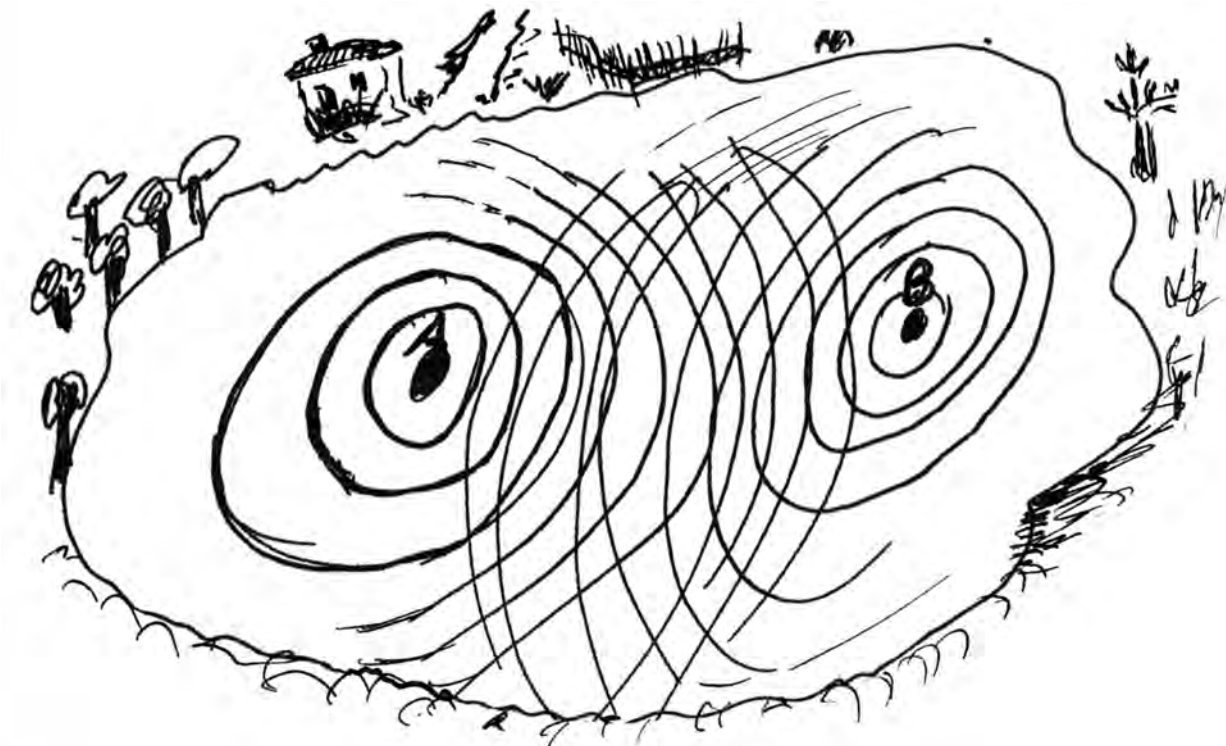
Le mécanisme nous semble simple : il s'agit d'un conditionnement et qui plus est, un conditionnement lié à la culture de cette société.

LA CAUSE, ELLE-MEME, VIENT S'INTRIQUER DANS LE MECANISME :

La cause est complexe, elle s'inscrit dans la « condition » de la femme, dans sa société, sa situation par rapport à l'homme, sa place, son rôle, son histoire ; mais nous y ferons référence au fur et à mesure de ce travail (se référer pour la cause, à l'incitation, à la culpabilisation féminine : 1er entretien préalable). **mais essayons d'aller plus loin...**

- REFLEXES CONDITIONNELS, CONDITIONNEMENT :

Je vais vous donner un petit exemple qui peut, peut-être, vous aider à mieux comprendre comme se fait un réflexe conditionnel : si on fait tomber dans une petite mare, une petite pierre (A), cela va faire des ronds, des ondes, au point de chute de cette pierre et autour ; une deuxième pierre envoyée dans cette mare (B), à un ou deux mètres de la première pierre, par exemple, va aussi provoquer l'apparition d'ondes autour de ce deuxième point de chute.



Et que se passe t'il ?

Et bien les trains d'ondes se rejoignent, créant entre eux une voie, une route, un chemin qui n'est plus une ligne droite, mais un train d'ondes comme les ondes radiophoniques ou celles de la voix ; quand on parle, on a des ondes qui arrivent dans l'oreille de celui à qui on parle.

Ces ondulations, ces ondes, permettent une communication.

Si l'on répète cet envoi de pierres plusieurs fois, au même endroit, dans l'eau de cette mare, ce train d'ondes sera constant, il sera entretenu et pourra durer quelques temps.

On a crée, là, une liaison qu'on appellera conditionnelle, parce qu'il y a des conditions particulières à remplir pour que cette liaison ait lieu et qu'elle dure.

Par exemple :

- il ne faut pas que les pierres soient envoyées trop loin l'une de l'autre, sinon, le train d'ondes se perdrait avant d'arriver sur les ondes de l'autre pierre,
- il faut que les pierres soient assez grosses : si vous jetez un petit galet dans un énorme lac de plusieurs km, il est sûr que ce n'est plus une pierre qu'il faut envoyer pour que les trains d'ondes fonctionnent ; c'est carrément des rochers entiers, ou une bombe !
- il faut répéter l'expérience à intervalles réguliers pour qu'il y ait une continuité, qu'il n'y ait pas d'arrêt, etc.(il faut entretenir « l'opération » comme le conditionnement)

On a relevé là, un certain nombre de règles, de lois qui aboutissent à cette liaison conditionnelle entre ces deux points de chute des deux pierres.

B) LES CONDITIONNEMENTS CHEZ LES ETRES VIVANTS SUPERIEURS :

Chez les êtres vivants supérieurs, on réalise facilement des conditionnements (la vie, d'ailleurs, se charge de les réaliser).

Chez l'être humain, c'est encore plus facile du fait de l'existence, par rapport à l'animal, d'un langage plus cohérent, plus complet, plus fin, plus spécifique, qui permet l'abstraction et la généralisation.

Le cerveau humain, tout le monde le sait, contient plusieurs milliards de cellules nerveuses ou neurones. Ces neurones, j'ai une tendance pédagogique, à les comparer à des feuilles de platanes (simple comparaison).

Ces neurones, dans leur architecture, présentent des éléments permettant de saisir, stocker des informations, puis de les retransmettre et de créer, ainsi, dans le cerveau, de véritables réseaux de communications qui se créent dans certaines conditions et peuvent se transmettre de la même manière.

Pavlov et ses nombreux élèves ont fait des milliers d'expériences de conditionnement.

LE DRESSAGE :

Le dressage simple d'un chien rentre dans ce circuit.

Par exemple :

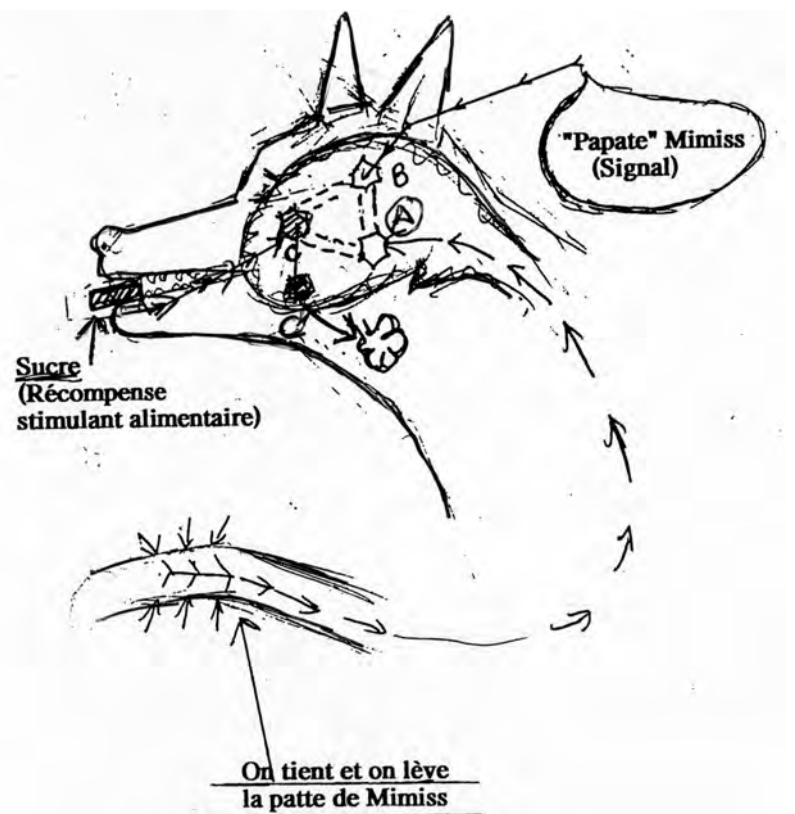
- « Qui, parmi vous, a un chien ? »
- « Vous ? Bien ! »
- « Comment s'appelle votre chien ? »
- « Ah, c'est une chienne ! Très bien ! »
- « Alors elle s'appelle ? »
- « Mimiss »
- « Bien, Mimiss ! »
- « Et bien nous allons essayer de voir comment on peut apprendre à Mimiss à donner la patte » (ce qui n'est pas forcément très intelligent de la part du maître, mais c'est une expérience, nous sommes d'accord).

« Et bien d'abord, oui, vous lui prendriez la patte, très bien.

« Et bien sûr, les yeux fermés, ce chien sentirait la « stimulation » par les corpuscules tactiles qu'il a dans sa patte, il « sentirait » qu'on lui tient la patte, qu'on lui lève la patte, ce qui va,

bien sûr, provoquer au niveau du cerveau, une stimulation, (qu'on appellera stimulation « A »), bien sûr cette stimulation, on l'aura obtenue après un certain nombre de relais : d'abord les « corpuscules » tactiles pressés par la main de l'expérimentateur, relayés par un amas de relais de nerfs sensitifs jusqu'au cerveau du chien.

- Puis on va donner un ordre au chien,
- Qu'est ce qu'on va lui dire ?



LE DRESSAGE DU CHIEN

- « Donne ta patte, Mimiss » tout à fait d'accord !
- Ou plutôt non, on dira plutôt :
- « Papatte, Mimiss ! »
- « Nous sommes d'accord, très bien, c'est cela ! »

Et vos paroles vont « stimuler » ainsi le cerveau du chien (sur cet ordre) :

en passant par l'oreille du chien, son tympan, son nerf auditif,

ses osselets, enfin tout ce qui permet à l'animal d'entendre ; on va créer ainsi, une stimulation (appelons là B) dans le cerveau du chien.

Et puis, comme on « n'attrape pas des mouches avec du vinaigre », et bien, on va remercier ce chien, le féliciter en quelque sorte, soit par une caresse, « c'est bien, c'est positif », ou bien le mieux, un stimulant plutôt alimentaire, on lui donne un petit sucre, et ce petit sucre, par l'intermédiaire des corpuscules gustatifs de sa langue, va, par l'intermédiaire également des nerfs sensitifs, parvenir au cerveau (qui va provoquer aussi en retour, une salivation au niveau des glandes salivaires, mais là, n'est pas notre objet immédiat).

On va donc stimuler un coin du cerveau par la présence de ce sucre dans la gueule du chien (ce sera par exemple, le point « C »).

Et bien, entre les points A, B, C, à condition qu'ils aient lieu en même temps, (il n'est pas question de donner le sucre une demi-heure après, bien sûr, ni de donner l'ordre de lever la patte et de ne prendre la patte que le lendemain matin).

Si cela se fait d'une manière simultanée, bientôt aura lieu un système de réseaux entre ces trois points, que l'on va entretenir en répétant l'expérience plusieurs fois dans la journée, ou, en tous les cas, lorsque le signal « Papatte, Mimiss » sera donné !

C'EST UN CONDITIONNEMENT QUE L'ON VIENT DE CREER, C'EST UN REFLEXE CONDITIONNEL SIMPLE, EN REPONSE A UN SIGNAL AUDITIF.

Toute notre société, ainsi, est à l'origine de la création d'un nombre incalculable de formules de conditionnements qui ressemblent à celui que l'on vient de décrire.

CES CONDITIONNEMENTS PEUVENT ETRE VOLONTAIRES, C'EST LE CAS DU DRESSAGE, DE L'APPRENTISSAGE ; MAIS ILS PEUVENT ETRE, AUSSI INVOLONTAIRES ET INCONSCIENS, ON LE REVERRA UN PEU PLUS LOIN.

Il est évident que **C'EST GRACE A CES REFLEXES CONDITIONNELS**, à partir de leurs organes sensoriels, et surtout de la vue, de l'ouïe et de l'odorat, encore que le goût et le tact jouent également un rôle plus ou moins important selon les espèces, **QUE LES ANIMAUX SAUVAGES ACQUIERENT LES ELEMENTS DE DEFENSE DEVANT CERTAINS DANGERS ET PEUVENT, AINSI, ASSURER LEUR SURVIE : CELA FAIT PARTIE DE L'ADAPTATION A LA VIE.**

C) LE CHIEN – L'ENFANT : SIGNAUX ET LANGAGE :

IL EST EVIDENT QUE LE LANGAGE HUMAIN modifie considérablement les possibilités de conditionnements volontaires ou inconscients chez l'homme.

L'expérience que je vais vous décrire est bien connue :

Soit un chien de 6 ans d'âge, dénommé Tom, conditionné à partir au fond de la cour dès que l'on prononce le mot « **sentier** » pour y trouver un os en récompense.

Soit un enfant de 6 ans également, dénommé Julien, habitué, lui aussi, à partir au fond de la cour pour y trouver plutôt une sucette en récompense.

1) L'expérimentateur prononce, alors que les 2 personnages sont prêts à partir, Julien et Tom, le mot « **sentier** » : aussitôt, tous les deux partent au fond de la cour et ils reçoivent leur récompense.

2) Puis l'expérimentateur prononce le mot « **entier** » : seul le chien part en courant au fond de la cour, (le son « entier » étant proche du son « sentier »)...l'enfant, lui, ne bouge pas.

3) Puis, il prononce le mot « **chemin** » : Tom, le chien, reste assis, Julien, après un temps d'hésitation, part, enfin, au fond de la cour.

L'énoncé du mot « **chemin** » a fait élaborer tout un système de références « signifiant » chez l'enfant qui l'a fait réagir après un certain temps de latence : **LE LANGAGE EST NETTEMENT PLUS ELABORE ET SES RAPPORTS AVEC L'HISTOIRE DE L'HOMME EST PLUS SUBTIL ET PLUS COMPLET**, ce qui explique pourquoi l'enfant n'est pas resté, comme le chien, assis par terre, **L'ENFANT A FAIT UN EFFORT DE COMPREHENSION, UNE INTERPRETATION, UNE ASSOCIATION ENTRE « SENTIER » ET « CHEMIN ».**

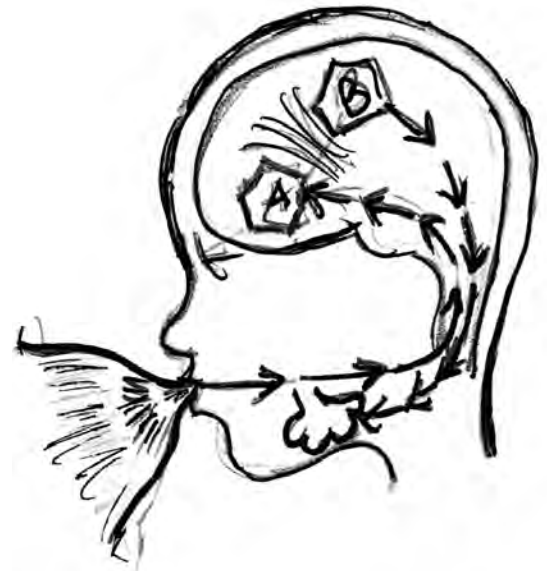
D) CAPITAL DE L'ENFANT A LA NAISSANCE : REFLEXES ABSOLUS, INCONDITIONNELS :

L'ENFANT QUI VIENT DE NAITRE POSSEDE UN CIRCUIT DE REFLEXES ABSOLUS NON CONDITIONNELS, MOINS IMPORTANT QUE LES ANIMAUX.

Dès qu'il apparaît au monde, si la lumière est faible, juste après sa naissance, après le premier cri de développement de ses alvéoles pulmonaires, (qui, d'ailleurs est inconstant : de nombreux enfants nés dans la douceur, peuvent ne pas émettre ce premier cri) ; l'enfant reste serein et ne crie pas ; si la lumière est violente, l'enfant continue de crier après son premier cri de démarrage ; de même, si l'entourage parle trop fort et que l'enfant n'est pas tranquilisé par les mains et la chaleur, voire même, la voix de sa mère.

CES REPONSES DE L'ENFANT NE SONT PAS DES REFLEXES CONDITIONNES, ce sont des réflexes absolus : l'excitation provoque immédiatement des réponses qui n'ont pas été « apprises » au sens classique du terme. Si la mère donne le sein au bébé, il va vite saliver et même, il va ensuite déglutir : ce sont là aussi, des réflexes ***inconditionnels***, dont je montre succinctement le trajet sur le schéma.

L'animal possède ***à sa naissance*** beaucoup plus de réflexes inconditionnels que l'enfant d'homme ; tout se passe comme s'il était un peu plus mature que le petit homme ; souvent, il peut se lever et prendre lui-même le pis de sa mère : c'est le cas de la brebis et de bien d'autres animaux ; l'enfant, lui, ne pourra le faire spontanément que beaucoup plus tard.



PETITS CONSEILS ... (que je crois bon de vous livrer dès maintenant)

Pour toutes ces raisons, nous conseillons :
un très faible éclairage dans la salle de naissance,
une chaleur assez importante dans cette salle vérifiée au thermomètre,
une ambiance très silencieuse dès la naissance de bébé,
Et si possible, le langage des seuls parents, réconfortant, auquel va s'ajouter le toucher, l'expression tactile des parents, qui vont, ainsi, par ce langage et par ce toucher affectif, provoquer une confirmation affective de cet enfant dans sa présence, dans son existence, le reconnaître ainsi et lui donner réellement l'assurance qu'il est bien là où il est avec ceux qui l'entourent, ses parents, qui l'aiment.

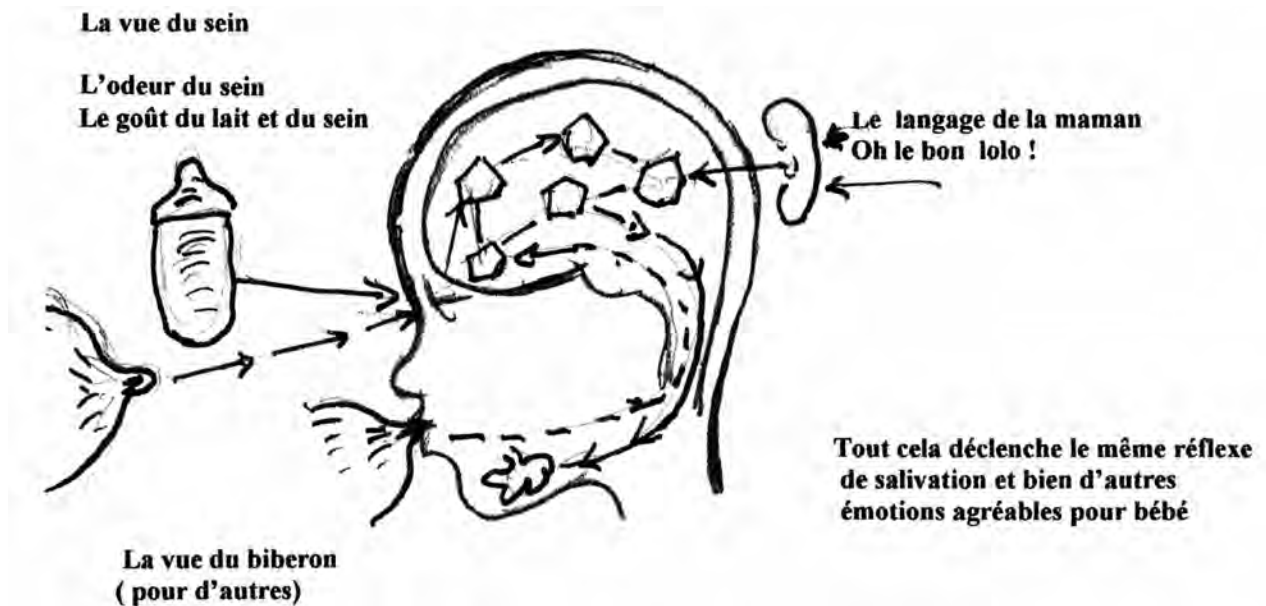
NB : De même, après avoir fait rapidement les premières investigations, **pour vérifier l'état de santé de bébé**, nous préférons attendre une bonne demi-heure, avec le bébé dans un bain « affectif » au milieu de sa mère et de son père, avant de compléter les investigations habituelles que l'on pratique à la naissance de l'enfant (bien sûr, auparavant, très rapidement, on aura, sur le ventre de la maman, évalué « **L'APGAR** » de l'enfant : c'est à dire : réflexes, vitalité, respiration coloration des tissus, tonus).

E) CONSTITUTION DES CONDITIONNEMENTS SOCIO-CULTURELS (au cours de la vie)

Au bout de quelques temps, l'enfant va faire le lien entre son alimentation au sein (ou au biberon) et l'environnement (on ne vit pas sous cloche !). Il remarquera aussi, avec ses yeux, particulièrement, le sein de sa mère, et quand il le verra, cela fera bientôt « tilt » (un peu comme ce qui se passe dans les yeux de Picsou quand il voit les dollars, (voir le « Journal de Mickey ». Il sentira, de plus, avec son système spécifique de l'odorat, (le système olfactif), le sein de sa mère.

D'ailleurs, si l'enfant devait pour une raison pathologique être mis en couveuse, ce qu'on essaiera d'éviter (et à ce propos, le bain de l'enfant donné avec une température de l'eau à 38°, dès la naissance, est déjà un moyen d'éviter la couveuse ; l'autre moyen, c'est que la température de la salle soit relativement élevée, ce qui évitera une déperdition de la chaleur de l'enfant). Il peut, peut-être, être bon de placer près de lui, une petite compresse frottée au mamelon du sein de sa mère si celle-ci nourrit au sein ; sinon, la compresse pourra être frottée sur la peau du thorax de la mère, entre les deux seins. Cela peut compenser l'isolement affectif qui existe dans la couveuse.

Très vite, d'ailleurs, il va faire la liaison avec le langage qui accompagne son alimentation.



« Ah le bon lolo, pour mon gentil petit Jean-Luc ! »

« Ah le bon lolo ! »

Et « ce » bon lolo, fera déjà saliver le bébé, comme d'ailleurs, la vue du sein, l'odeur du sein, etc. Ainsi, un conditionnement alimentaire, culturel est né.

LE LANGAGE MULTIPLIE AINSI LES POSSIBILITES DE CONDITIONNEMENTS.

Nous-mêmes, adultes, nous réagissons, sans le vouloir, à l'heure du repas et aux différentes odeurs ; à l'odeur de la soupe de poissons dans la cuisine, à l'évocation d'un aliment que l'on aime et ceci, différemment selon nos coutumes : par exemple, un végétarien réagira plus positivement à l'évocation d'un pâté végétal qu'à un plat de « cailles sur canapé » : voilà un exemple de conditionnement différencié.

LES MOTS SONT DES OUTILS MERVEILLEUX ...OU DES ARMES TERRIBLES

« Mais avant d'en parler, voulez-vous, vous, là-bas, oui Pierre, ouvrir la porte du couloir parce qu'il fait trop chaud, ici ? »

(Pierre s'exécute aimablement)

« Merci mille fois, Pierre ! »

« Mais vous pouvez la refermer, car c'était une petite expérience que je voulais réaliser avec vous, ne m'en veuillez pas ! »

« Vous avez vu, mesdames et messieurs, comment a réagi Pierre, assez rapidement d'ailleurs, pour me rendre service ! Il n'a pas réfléchi « 107 ans ». S'il n'avait pas reçu, étant petit, l'éducation toute simple de la marche et de tout ce qui touche au système locomoteur, qu'aurait-il fait à ma demande ? »

« -Il aurait d'abord réfléchi.

« -Il aurait été contraint de se dire : « voyons, il faut que je me lève d'abord de ma chaise » et il aurait mis un certain temps pour l'effectuer en ayant fait un certain nombre de gestes auxquels il aurait bien sûr, encore réfléchi : « Et puis ensuite, il faut que je pivote sur le pied droit puisque la porte est de l'autre côté ; que je lève le genou gauche, que j'avance mon pied et tout le membre en avant que...etc. ...etc. »

« Mais il n'a pas eu besoin de réfléchir à tout cela, il a effectué les uns après les autres, tous les gestes adéquates, les a « enfilé » les uns derrière les autres d'une manière parfaitement coordonnée, performante, sans aucune hésitation.

STEREOTYPES DYNAMIQUES, APPRENTISSAGE QUOTIDIEN DE LA VIE :

C'est ainsi qu'on apprend à marcher, à compter, à faire son métier, à jouer, à pratiquer un sport (ce qu'on appelle faussement, les « **automatismes** ») . (C'est un peu comme lorsqu'on joue à « Marabout, bout de ficelle, selle de cheval, cheval de course, course à pied, pied à terre » etc.....).

*Ce sont des « **STEREOTYPES DYNAMIQUES** », **COMME ON DIT, QUI SE SONT FORMES EN NOUS, COMME DES CONDITIONNEMENTS, PRATIQUEMENT INCONSCIEMMENT LA PLUPART DU TEMPS.**

*Parfois, aussi **VOLONTAIREMENT**, (l'apprentissage d'un jeu, d'un sport, d'un métier, d'une langue tardivement).

ILS REPRESENTENT DES CONDITIONNEMENTS SOCIO-CULTURELS, PARFOIS SOCIO-ECONOMICO-CULTURELS QUI AIDENT A VIVRE ENSEMBLE, EN SOCIETE.

D'ailleurs les marques de politesse partent de ce principe : il vaut mieux, en général, quand on est caporal, saluer son général ! ça évite quelques surprises !

Il vaut mieux également, dire bonjour en entrant dans une pièce dans laquelle il y a plusieurs personnes, ou même une seule ; sinon, on est « regardé de travers », on est vécu comme un mufle.

Il vaut mieux s'arrêter au feu rouge et passer au feu vert, c'est plus prudent, etc. ...etc.

CE SONT LA DES SIGNAUX SOCIO-CULTURELS INDISPENSABLES AUXQUELS IL FAUDRA REpondre GRACE A NOS ACQUIS DEPUIS NOTRE ENFANCE.

Les conditionnements en question font partie de la vie en société, ils ont leur rôle, ils sont, très souvent utiles et, parfois au contraire, on le verra plus loin, ils sont très nuisibles ; **EN TOUS LES CAS, ILS SONT LE REFLET DE CETTE SOCIETE ET LA « SIGNIFIE ».**

Mais nous verrons qu'ils nous entraînent, parfois, dans des orientations pas forcément souhaitables et qui peuvent aboutir, socialement, à des contre-vérités, « bourrage de crâne », à des déformations diverses de la vérité, notamment dans le domaine de la naissance.

REPRENONS DONC NOTRE TITRE, LE LANGAGE EST UN OUTIL MERVEILLEUX ET PARFOIS UNE ARME TERRIBLE

(Attention à ce qu'on raconte à bébé en le nourrissant)

Quand les mamans nourrissent leur bébé (l'avez-vous remarqué, surtout lors de l'allaitement maternel, parce que plus long qu'au biberon), avez-vous vu comment elles parlent à leur enfant.

BIEN SUR CE QUE JE VAIS EVOQUER EST DIFFICILE A EXPRIMER : j'ai quelques difficultés à le reproduire et le tableau que je vais dresser ici, prenez le comme schématique, comme résumé, comme partiel (et pourtant il est tout à fait proche de la réalité).

La mère nourrit son bébé, lui donne le sein et lui dit :

« Ah mon petit coco, qu'est ce que je t'aime ! »

Et alors, elle serre très fort son bébé contre elle.

« Mais qu'est ce que tu m'as fait souffrir quand tu es né, quand tu es sorti ! Et pourtant, tu sais, je t'adore ! »

Et à ce moment là, elle donne un petit coup de lolo avec son sein dans la bouche de son bébé.

IL EST EVIDENT QUE L'ENFANT N'A PAS BESOIN DE CELA POUR SAVOIR QUE SA MERE A SOUFFERT EN LE METTANT AU MONDE ! SI CELA A ETE LE CAS, IL L'A SENTI EN MEME TEMPS QU'ELLE . EN LUI PARLANT AINSI, LA MERE « ENFONCE LE CLOU » UN PEU PLUS !

Rien ne prouve que ce comportement ne soit pas néfaste à l'enfant ? Pour une fille, alors ce langage « appuyé », associé à une prise alimentaire **CONCRETISE UN PEU PLUS L'IDEE DE L'INELUCTABILITE DE LA DOULEUR LIEE A L'ACCOUCHEMENT ...C'EST, PEUT-ETRE, AINSI QUE SE REPAND EN PREMIER LE CONDITIONNEMENT DOULOUREUX CHEZ LES FILLES.**

Et s'il s'agit d'un garçon, une crainte existe également : même les plus grands bandits éprouvent la tristesse à l'idée qu'ils aient pu faire souffrir leur mère ! Certains, même, ont laissé des traces, des écrits ou des enregistrements disant à peu près ceci : « *Je ne regrette rien de ce que j'ai fait, sauf d'avoir pu faire souffrir ma mère !* ».

Souvent, il ne faut pas plus de cette affirmation de la mère pendant qu'elle allaite son garçon pour entamer, peut-être, un processus qui peut conduire à certains troubles pour cet enfant et, notamment, une **CERTAINNE FORME D'IMPUISSANCE ET DE SENTIMENT DE CULPABILITE.**

V) EST CE UNE REVOLUTION SOCIO CULTURELLE QUE D'EN TERMINER AVEC CE COMLOT CONTRE LES FEMMES ?

Au contraire, si la mère a vécu à sa manière, son accouchement après une préparation bien vécue, sérieuse, bien menée, si elle est ainsi parvenue à accoucher comme elle le souhaitait, peut-être sans douleur, en douceur, etc. et qu'elle a bien vécu l'événement de la naissance de son enfant, alors, elle aura tendance, aussi, à le commenter à son enfant.

C'EST LA, LE DEBUT D'UN SYSTEME, D'UN PROCESSUS CULTUREL IMPORTANT POUR CHANGER CETTE SOCIETE DANS LAQUELLE L'ELEMENT DOMINANT DE LA NAISSANCE SERAIT LE PLAISIR DE FAIRE NAITRE ET DE NAITRE, OU DOMINERAIT UNE EMOTION AFFECTIVE DE BONHEUR ET DE JOIE LIEE A LA NAISSANCE !

Cela veut dire que l'on modifierait ainsi la structure de ce conditionnement douloureux, lié aux contractions utérines et à tout ce qui l'entoure lors de l'accouchement ; et **QU'AINSI, ON PEUT FAIRE BOUGER UNE SOCIETE.**

C'est peut-être là, quelque chose de « l'ordre d'une révolution culturelle », en tous les cas, d'une transformation culturelle pour ce qui l'intéresse et touche la naissance.

VOUS AVEZ DIT : « REVOLUTION CULTURELLE » ?

C'est ce que nous avons dit après l'avoir pensé très fort et il est vraisemblable que c'est ce que nous avons, inconsciemment, recherché, peut-être vainement, quand nous avons pensé que la société dans laquelle 90% des mamans pourraient préparer leur accouchement à la manière de la P.P.O., (de l'A.S.D. si on préfère) et qui pourraient ainsi, pour la plupart d'entre elles, faire naître leur enfant sans douleur et en toute sérénité, par leurs propres moyens, ne pourrait que se modifier structurellement, positivement !

Cette société devrait être fortement influencée par cette attitude, ce comportement de la majorité des femmes enceintes avec le résultat que l'on connaît, nous, qui avons pratiqué cette méthode tous « azimuths » (milieu hospitalier, cliniques privées, milieu rural à domicile).

Et c'est pour cela que nous avons entrepris au début de notre carrière, une préparation individuelle dans un contexte global : Tout un village, isolé de surcroît, vivant un peu « replié » sur lui-même (St Denis de Jouhet dans le « boischaud sud »).

Dans ce contexte, le déconditionnement, la démystification et la reconstruction à partir d'autres éléments positifs, liés à une naissance sereine, préparée, orientée vers un « contrôle personnel » permettaient des résultats obstétricaux efficaces.

Je crois sincèrement que ce mode de travail où les mamans, qui avaient déjà accouché ainsi, après une sérieuse et longue préparation, viendraient aider d'autres parturientes d'un hameau proche, ne pouvait être que fécond.

DE PLUS, ON PROUVAIT QUE L'INELUCTABILITE DE LA DOULEUR DE L'ACCOUCHEMENT ETAIT OBJECTIVEMENT VAINCUE : d'autres femmes en étaient témoins et pouvaient en propager l'idée : elles avaient vu des accouchements réellement sans douleur, elles les avaient vécus, elles aidaient d'autres dames à vivre la même expérience.

Cela pourrait rentrer dans les mœurs et modifier la mentalité des mamans de leur entourage, de tout un hameau, tout un village, tout un quartier : quand une naissance est vécue d'une manière à la fois indolore, émouvante, heureuse, dans une bourgade, les parentes, les amies, les copines en répandent la nouvelle dans d'autres bourgades et cela fait rapidement le tour du canton.

UNE NOUVELLE TRADITION POUVAIT S'INSTAURER, CREANT, AINSI, UN CHANGEMENT IMPORTANT DES MENTALITES ET DES COMPORTEMENTS PAR RAPPORT A L'ACCOUCHEMENT ET A LA NAISSANCE.

AINSI, POUVAIT SE FORMER UNE SOLIDE TRAME SOCIO CULTURELLE, FAVORABLE A L'EVOLUTION DES CITOYENNES ET DES CITOYENS DEVANT LES PHENOMENS DE L'ACCOUCHEMENT.

Ne serait-ce pas là, les bases réelles d'une forme de révolution socio culturelle concernant les « femmes et la naissance » ?

L'IMPACT DU LANGAGE :

Lorsqu'un enfant se fait mal et que sa mère le prend dans ses bras, l'embrasse et lui dit : « Mon petit coco chéri, ce n'est pas grave, ce n'est rien ! », ces paroles, souvent, suffisent pour que l'enfant ne souffre plus ou du moins, vive l'événement autrement.

Il y a des mots qui font du bien : « Votre robe madame, est très belle ! »

Et à cette autre : « Votre pull vous va vraiment très bien ! »

Et à cette troisième personne : « Votre coiffure me paraît très adaptée. Et même, on peut le dire, vous rajeunit ! »

Ce sont là des compliments qui font toujours plaisir ! Il vaut mieux qu'ils soient sincères, et ça ne coûte pas grand chose de le dire et de faire, ainsi, plaisir.

Par contre, les injures, notamment, celles qui se situent en dessous de la ceinture, et les phrases méchantes sont dites, elles, pour faire du mal.

LES MOTS QUI TUENT

Mais il y a pire, il y a des mots qui blessent grièvement et même qui tuent !

Vous connaissez bien la « calomnie qui enfle, qui enfle ! »

C'est ainsi que, durant l'occupation nazie, pendant la guerre 39/45, certains mots entraînaient de la part des miliciens ou des nazis, des actes répressifs graves. Les mots : « Juifs, Tziganes, communistes, francs-maçons, résistants », étaient vécus par les nazis comme le mot « terroriste ».

Souvent, on le sait bien, hélas, ces gens étaient arrêtés et mouraient dans les camps de concentration ou ailleurs, quand on ne les tuait pas immédiatement !

La phrase est bien connue : « *quand j'entends le mot « culture », je tire mon revolver !* »

Mais le racisme est du même ordre !

On entend, hélas, souvent : « *Les noirs sont sales. Les arabes sont violeurs. Les écossais sont avarés. bretons et berrichons : têtes de cochons !* »

Et le chauvinisme est du même ordre et l'on aboutit, sur certains terrains de sport, à de véritables drames ! Sommes-nous loin de notre thème de la naissance ? Peut-être certains parmi vous le pensent ?

Et bien, à mon avis, nous sommes, au contraire, **EN PLEIN DANS LE VIF DU SUJET CAR LES MECANISMES DE CONDITIONNEMENTS SOCIO CULTURELS SONT DU MEME ORDRE !**

UN CONDITIONNEMENT PEUT ETRE LENT DANS SON ELABORATION, MAIS IL PEUT AUSSI ETRE TRES RAPIDE :

Il faut savoir qu'un conditionnement de ce type peut se faire très lentement, progressivement, à la longue, mais il peut, également, s'élaborer très vite.

L'exemple du télégramme en témoigne.

J'ai moi-même vécu cela au moment de la catastrophe de Vaison La Romaine.

Une mère était en attente de nouvelles de ses deux fils partis en moto voir leur tante. Depuis deux jours, elle n'avait aucune nouvelle (personne ne pouvait en avoir, d'ailleurs, le téléphone était coupé et même la préfecture ne pouvait résoudre ce problème de manque de communications avec les familles au tout début de l'accident). Cette dame était désespérée ! J'étais chez elle au moment où on lui apporta un télégramme de Vaison La Romaine !

Dès l'annonce de l'arrivée de ce télégramme, elle s'assit pesamment, se jeta même sur la chaise, se prit le ventre à pleines mains : je vis son visage blanchir. Elle avait du mal à prendre son souffle. Elle paraissait avoir la gorge serrée. Elle se décide à ouvrir, fébrilement, le télégramme.

Celui-ci annonçait que ses deux enfants allaient très bien, qu'ils étaient restés sur place devant l'étendue du désastre, pour donner un coup de main aux sauveteurs et que la tante était en bonne santé.

Cette dame mit du temps à se « reprendre » et nous raconta ce que la vue du télégramme avait créée comme effet.

Elle s'imagina que ses enfants étaient morts ou gravement blessés et elle ressentait les douleurs qu'elle imaginait que ses enfants avaient vécu et cela lui avait fait un mal fou, partout... Elle les voyait saigner, crier, etc. C'était une expérience bizarre, comme si le « papier symbolique » du télégramme avait déclenché dans son imagination un certain nombre d'élucubrations et de pensées fantasmagoriques, **qu'elle avait transformées en elle comme un vécu réel !**

SYMBOLES, FANTASMES, REALITE :

Ainsi, un simple papier avait symbolisé ce que son imagination lui avait inspiré et l'avait amené à ressentir dans sa structure, dans son corps, tout ce que cette imagination avait créée, et ceci était passé dans son vécu à elle, dans son vécu réel.

C'EST AINSI QUE L'ON PEUT, COMME JE VIENS DE L'EXPLIQUER, PASSER DU SYMBOLISME, AU FANTASME, PUIS, PSYCHOSOMATIQUEMENT AU REEL, A PARTIR DE CERTAINES FORMES DU LANGAGE PARLE OU VISUEL.

Ainsi, à partir d'un bout de papier bleu à la signification spéciale, on peut ressentir une blessure dans son corps !

Bien sûr, un enfant de 5 ans n'aurait pas réagi ainsi à la vue de ce télégramme car le conditionnement culturel et socio culturel ne s'est pas encore affirmé dans cette formule de communication ! (il en aurait fait... un avion... une cocotte...)

Il s'agissait, bien sûr, d'une liaison conditionnelle type de la société de cette époque où le mode d'information urgent passait, ainsi, par un télégramme.

Actuellement, ces moyens d'informations sont diversifiés et on emploierait peut-être, plus facilement le fax, ou Internet !

Le conditionnement peut rapidement se mettre en place et on peut retrouver dans ses souvenirs, des éléments qui permettent d'en mieux comprendre le mécanisme.

SOUVENIRS ! SOUVENIRS !

Ce qu'on raconte... Ce qu'on voit de la naissance à l'âge adulte.

Quand on se penche sur son passé, on peut être amené à revivre des éléments constitutifs de différents conditionnements au niveau de la naissance ou tout au long des étapes de la vie génitale (qu'on ne peut pas d'ailleurs distraire de la vie tout court).

Ainsi, bien avant l'époque des règles, la petite fille a quelques raisons de traduire son inquiétude.

Des réflexions sur son anatomie, sur ses interrogations, quand elle prend son bain avec son frère, par exemple, notamment dans des situations où elle ne trouve pas d'explications à certaines différences anatomiques et à propos desquelles on ne lui en donne pas.

Comment peut-elle savoir que si son frère a une verge et des testicules visibles, elle a, elle, vulve, vagin, utérus et ovaires et que, même, elle pourra avoir un bébé et le mettre au monde, alors que son frère, lui, ne le pourra pas. Je ne dis pas que ce sont des compensations (attention n'interprétons pas n'importe comment), mais il y a quand même là, des interrogations que la petite fille se pose sur son sexe et sur sa comparaison avec le garçon.

Quels fantasmes peuvent la traverser ?

Comment saura t'elle que ce n'est pas à travers le ventre que ce bébé naît, alors que, trop souvent, on parle de césarienne, ni par l'anus non plus, alors qu'on lui cache – et l'anatomie, - et la physiologie de ses organes génitaux, de peur que... ?

De peur que...Que quoi, en fait ?

Que la connaissance débouche sur l'immoralité ?

En est-on encore là ?

Tout ce qui touche au sexe serait-il sale ? Ou douloureux ?

Puis c'est l'époque des « règles » :

LES REGLES, ON N'OSE BIEN SOUVENT, PAS LES NOMMER !

« Je les ai !... »

Ce n'est pas bien dit, on pourrait même dire : il y a là un « **non dit** » puisqu'on ne prononce pas le nom des règles.

« J'ai mes ... (excusez-moi d'être vulgaire, mais c'est le mot populaire) « ragnagnas »... « les anglais ont débarqué » ...etc. (c'est le langage populaire des français) ! Ca c'est, en fait ce qui est à moitié dit, c'est le « **mi-dit** », comme on l'explique encore quelques fois. C'est encore plus dangereusement suggestif, car il vaut mieux dire de « un tel » qu'il est ceci ou cela, que de dire de ce « un tel », « celui-là », « je ne te dis que cela », ou bien, « je ne t'en dirai pas plus » !...

On n'est pas plus avancé sauf que, là, on peut tout supposer et même le pire, de ce « un tel ».

Et c'est ainsi que les règles peuvent, dans l'esprit de cette jeune fille, devenir dangereuses, très douloureuses, très sales, etc, etc...

Et on fait travailler alors bêtement l'imagination à contre sens, alors que ce moment de l'arrivée des règles ou la période précédant celles-ci, devrait être un grand moment d'explications : peut-être un grand moment... tout court !

C'est à ce moment que l'on devrait exprimer l'importance et l'intérêt des règles pour la vie d'une femme, et lui exprimer que cela fait partie de sa biologie, que ce n'est, sauf exception, parfois explicable, souvent correctible, ni douloureux, ni sale, mais biologiquement et physiologiquement normal et que, grâce à cela, elle pourra, si elle le veut, faire un enfant et se réaliser pleinement.

On pourrait même, comme cela se fait dans certaines ethnies, faire une grande fête en l'honneur de cette « nubile qui devient femme », et ce pourrait être l'occasion, d'ailleurs, de lui offrir un cadeau.

IL Y A DES REGIONS OU LA FETE DE LA NUBILITE EXISTE et c'est une marque, à la fois de prestige et d'affection ; ainsi, cette jeune fille pourrait peut-être échapper aux différentes spirales, aux différents circuits des douleurs de la femme, à travers sa vie génitale, des douleurs de la naissance bien sûr, (qui ne manquent pas, à cette occasion, d'être évoquées).

Puis le moment du flirt arrive : on rencontre parfois, des parents qui sont à la fois très stricts vis à vis de leur fille et très fiers, au contraire, des « prouesses » de leur garçon, auquel on concède plus facilement un certain nombre d'avantages, (notamment des sorties tard le soir), qu'à sa sœur, même si elle est plus âgée.

BETISES ET RACONTARDS AUTOUR DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT :

Enfin, une amie est enceinte et va accoucher ou accouche : qu'est-ce qu'on n'entend pas comme bêtises à propos de la grossesse et de la naissance : - le ventre « pointu »... : « C'est une fille »... (ou un garçon, selon le cas)..., - Ne levez pas trop les bras, « il pourrait se décrocher ! » - Evitez de mettre les pieds en tailleur, cela pourrait nouer le cordon ! etc.

Et l'on peut, ici, citer sérieusement (bien que l'accumulation de bêtises prête aussi à rire) :
« Vous êtes enceinte, c'est votre premier, oh, là là, attention ! Vous verrez, on est souvent en douleurs pendant trois jours et trois nuits pour le premier ! »

Autre réflexion : « A ma cousine, on lui a mis les fers ! »

Je pense alors, à ce pauvre Fernandel, dans le film « François 1er » qui était soumis à la question...

« Et » on l'a coupée (sous entendu le périnée) pour le sortir (l'enfant !)

« Il avait 5 cordons autour du cou »,

« Ils lui ont fait une césarienne, et il était grand temps de la faire ! »

(Il est donc toujours grand temps, dans ces récits, de faire quelque chose).

« Elle a fait des hémorragies, des hémorragies graves et prolongées », ai-je entendu une fois, « au point qu'on lui a passé 33 litres de sang en 3 jours » etc. etc.

(Et j'en passe et des moins bonnes)...

ET VOUS-MEME, AVEZ-VOUS VERIFIE VOTRE COMPORTEMENT ?

Attention, vous risquez vous-même de tomber dans le panneau, notamment quand vous arrivez dans la chambre de cette amie ou de cette parente à qui vous demandez :

« Alors, comment, « ça » s'est passé ? »

« Ca » s'est bien passé ! »

Comme si tout cela se passait, se faisait à l'insu de la mère, sans qu'elle n'y puisse rien ! passivement... comme si elle subissait toute la naissance... (ça n'est pas « passé loin ! »)

UN COMLOT CONTRE LES FEMMES ENCEINTES (CONTRE LES FEMMES, TOUT COURT)

On comprend alors qu'il s'agit d'un véritable complot.

Ces réflexions sont issues d'un système de pensées dans lequel **LA DOULEUR EST « OBLIGATOIRE »**.

Elle est collée, cette douleur, sur le travail de l'utérus et ses organes de voisinage rentrant en jeu lors de l'accouchement. **ELLE FAIT PARTIE DE LA STRUCTURE DE LA SOCIETE.**

Elle est socio culturelle et apparaît « faussement » comme nécessaire à la vie du système, du système social, du système politique, du système en général.

CELLE-CI DEVIENT QUELQUE CHOSE COMME UNE MALEDICTION CONTRE LES FEMMES, EN PUNITION DE TOUT CE QUE VOUS POURREZ IMAGINER (je n'en dresse pas la liste, mais dans cette liste, il y a sûrement le rapport sexuel qui a permis la grossesse vraisemblablement), au point qu'elles sont considérées, ces femmes, comme impures à de nombreux moments de leur vie, (dans plus d'une religion ou d'une société), (exemple : au moment des règles, des suites de couches, etc. ...etc. ...) et à plus d'un titre.

Cela devient quelque chose comme un sortilège, comme un mauvais sort, mais surtout, comme un **VRAI COMLOT SOCIO -POLITIQUE CONTRE LES FEMMES.**

... ET LES CONTRACTIONS DEVIENNENT « LES DOULEURS » :

Longtemps, combattre ce complot fut difficile car l'ensemble jouait comme une superstition qu'il était difficile de lever, de rompre.

IL ETAIT DIFFICILE D'ENFREINDRE LA REGLE DE LA PUNITION DE LA FEMME PAR LA DOULEUR SANS CRAINDRE L'APPARITION CONTRE ELLE, D'AUTRES MALEDICTIONS ; c'est ainsi que l'on entendait souvent, au moment du démarrage de la psychoprophylaxie obstétricale de l'accouchement sans douleur, « on enlève la douleur, mais « ça » peut donner autre chose, d'autres maladies ».

Heureusement, maintenant, cet argument n'a plus cours et n'est plus crédible ! Jadis, lorsque commençaient les contractions utérines du début d'accouchement, la femme traduisait cela en disant : « j'ai des contractions utérines », elle disait plutôt : « j'ai des coliques », (sous entendu : « donc je vais souffrir ! »)... Progressivement,

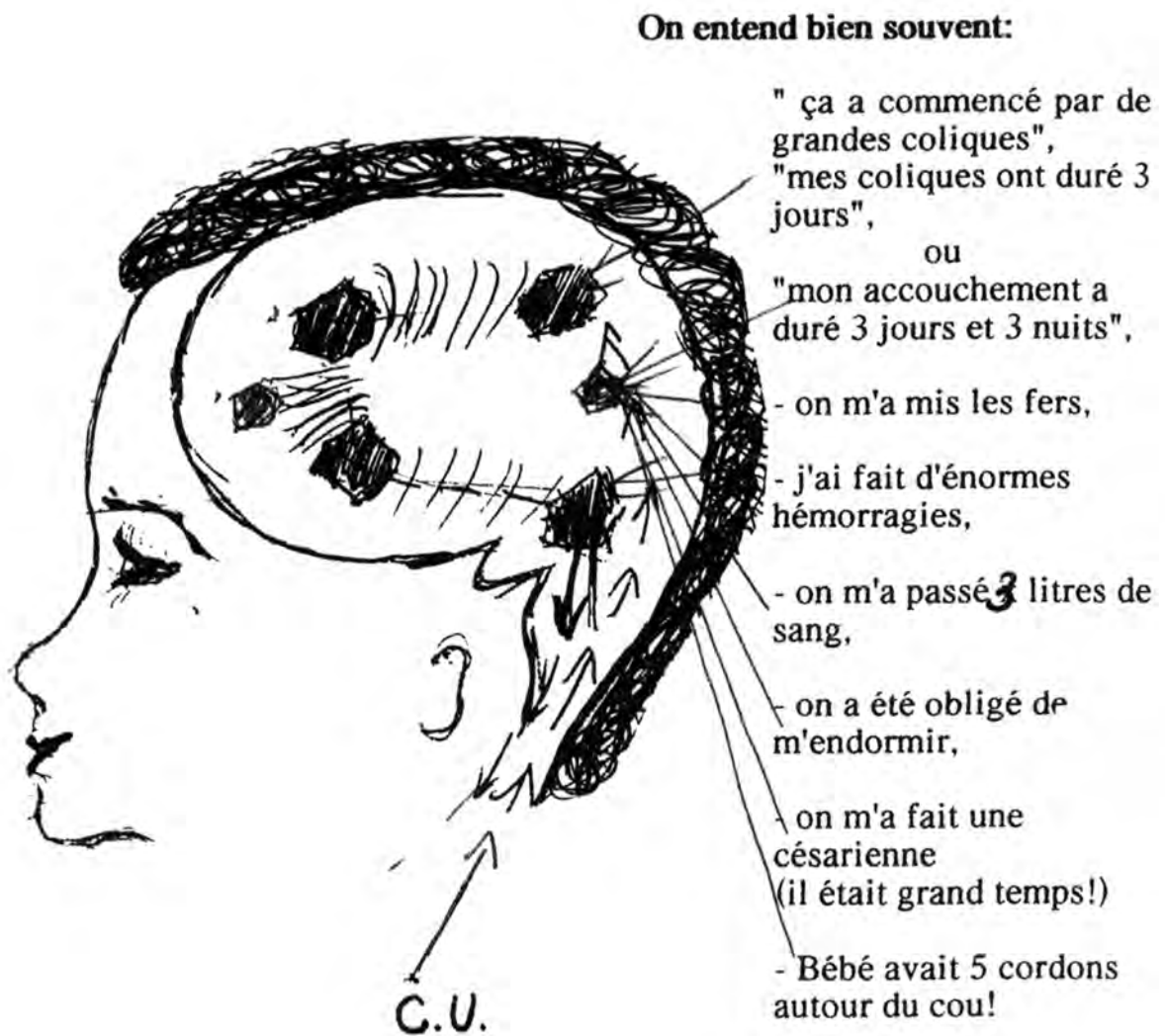
les contractions utérines devenaient des douleurs que la mère ne pouvait, à la longue, plus contrôler, même, si elle voulait « être courageuse », comme on disait à l'époque.

Et la gence médicale enfonçait largement le clou, peut-être encore plus que la parole des masses populaires :

« Depuis quand avez-vous vos premières douleurs ? »

« Et vos douleurs sont-elles régulières ? » Etc... **Et cette dame « s'enfonçait » dans ses douleurs !**

Les récits d'accouchements par les mères, ou de naissances rapportées par la famille, peuvent être la cause de « créations, déclenchements » ou d'« entretiens » de « **conditionnements douloureux** ».



Ainsi se fait très vite l'**association** entre « l'accouchement et la douleur » : j'ai des coliques (au lieu de contractions utérines), donc je vais accoucher, donc je vais avoir mal ; et la **contraction utérine devient la douleur** et s'intègre, ainsi, dans les circuits cérébraux de la mère.

VI) PROPOSITION DE REPONSE :

- **DEMYSTIFIER – DEMYTHIFIER – CONJURER LE SORT – REPONSES PRATIQUES ET ACCOMPAGNEMENT.**

IL EST IMPORTANT DE DEMYSTIFIER et même de démythifier tout cet ensemble.

Déjà, en riant tout à l'heure, vous avez conjuré le sort !

Le travail est déjà commencé de cette démythification, mais, bien sûr, ce n'est pas suffisant ! Il faut faire plus, parce que, si vous ne faites rien, si vous restez comme vous êtes, en « attendant Godot », alors vont pénétrer dans votre système nerveux supérieur, toutes les idées reçues, tout ce qu'on a pu vous raconter, tout ce que vous avez vu vivre de vos propres yeux ou de vos propres oreilles, mais surtout, tout ce qui s'intègre dans votre personnalité, dans votre caractère, dans votre « être » du fait du carcan dans lequel on tient la naissance, dans lequel on tient la femme par rapport à l'homme, dans lequel on considère tous les actes génitaux féminins en général. Il n'est pas commode d'y échapper en restant passive, en restant dans l'expectative.

Je crois qu'il faut devancer l'attente et il faut agir !

Voilà ce que l'on pense dans la philosophie de la psychoprophylaxie obstétricale, de l'accouchement sans douleur.

(Ce n'est pas tout à fait ce que l'on pense en **Haptonomie** ; mais nous reparlerons des différences très importantes entre **PPO et Haptonomie**), mais je traite actuellement là, la P.P.O. : on peut faire encore mieux avec **l'Haptonomie** ! Voilà ce que je conseille, d'abord, comme réponse aux contractions utérines pour ne pas qu'elles soient douloureuses, pour ne pas qu'elles deviennent douloureuses :

ETAT D'ESPRIT :

1) D'abord, prendre confiance en soi.

Vous êtes capable, plus que votre homme, que vos parents, que n'importe quelle personne du milieu médical, de prendre en main, votre accouchement et la naissance de votre enfant. **C'est vous qui devez tenir le rôle principal.**

2) Prendre conscience de votre propre valeur, de ce que vous êtes, de ce que vous valez, personne d'autre que vous ne peut mieux vous estimer et vous valez bien n'importe quel « professeur de faculté », parce que, c'est vous qui allez accoucher, et pas le professeur de faculté, parce que c'est votre ventre qui va jouer à plein, votre utérus, vos organes internes, et qu'ils sont normaux à priori (sauf cas de pathologie patente qui échappe à cette étude et nous en reparlerons aux 4ème et 6ème entretiens).

3) Il faut répondre par avance, aux contractions utérines.

C'est à dire anticiper ; c'est cela faire de la prophylaxie.

Anticiper car la douleur projetée par le système socio économique culturel est située comme l'épée de Damoclès, non pas sur la contraction utérine, « mais au dessus » ; elle se prépare à pénétrer par la transformation des sensations issues de la contraction utérine (ou des organes de voisinage), par transformation en douleur.

IL FAUT DONC ANTICIPER, IL FAUT OPTER POUR UN COMPORTEMENT ACTIF ET ADAPTE QUI EMPECHE CETTE TRANSFORMATION DE L'INFORMATION VENANT DE L'UTERUS ET SON INTEGRATION EN SOUFFRANCE.

SCHEMA DE REPONSES PRATIQUES :

UNE REPONSE DOIT ETRE APPORTEE AUX CONTRACTIONS UTERINES et aux pressions exercées sur les organes et tissus voisins : - attitude corporelle et... psychologique, - ...respiration volontaire, - ...de relaxation.

QUAND IL S'AGIT DE L'ACCOUCHEMENT SANS DOULEUR, nous conseillons -d'être bien avec son bébé dans son ventre à pleines mains, -de vivre totalement la relation affective maximum avec son bébé dans son ventre, (en trouvant des solutions pour être bien en équilibre avec soi-même physiquement et psychologiquement), -de faire des respirations profondes d'abord, puis, suivies par des respirations qu'on appelle

« soufflantes » à expiration très profonde et très lente et terminer par deux grands et profonds mouvements respiratoires.

(CELA TOUT A FAIT AU DEBUT DE L'ACCOUCHEMENT).

AU FUR ET A MESURE DE LA DILATATION DU COL ET DE LA PROGRESSION DE L'ACCOUCHEMENT, de la descente de l'enfant (c'est à dire quand les contractions utérines sont les plus difficiles à contrôler parce qu'elles sont plus rapides, plus puissantes, avec un espace de temps moins long entre les contractions utérines, on pourra, comme dans tout le système de l'accouchement sans douleur, **faire des respirations lentes et profondes au tout début**, puis entre les deux, **faire des « respirations » d'abord accélérées et superficielles, puis comptées et coupées** : coupées tous les 8 à 9 mouvements respiratoires, coupées par une grande expiration et ainsi, on augmente la concentration et la stimulation cérébrale (mais tout cela nous le reverrons au 4ème entretien).

UNE **RELAXATION ACTIVE**, également qu'on appelle l'éducation neuro-musculaire, sera également évoquée au 4ème entretien.

ET ENFIN, PENDANT LA PHASE FINALE DE LA NAISSANCE DE BEBE, acquérir et adopter un comportement, des positions, des attitudes (assise, couchée, bain dans la baignoire, promenade dans la forêt, de nouveau repos, etc. prendre des positions très variées, bien adaptées à cette ultime phase pendant laquelle on va aider bébé à naître).

CONCLUSION : autrement dit, en conclusion, accompagner le bébé qui connaît son chemin.

ACCOMPAGNEMENT, PRESENCE ET PARTICIPATION

SI ON OBTIENT CET ACCOMPAGNEMENT, CE COMPORTEMENT, ... LA DOULEUR N'EST PLUS ASSOCIEE A LA CONTRACTION UTERINE. LA CONTRACTION UTERINE N'EST PLUS LA DOULEUR.

La contraction utérine s'accompagne de mouvements de contrôle actif et d'un comportement de réponse positive et souvent, d'éléments émotionnels, également positifs et efficaces.

De véritables efforts physiques, indéniables et psychologiques sont alors associés à ce contrôle actif.

Mais quand il a lieu, cet effort physique, même puissant, ne peut être confondu avec des phénomènes douloureux.

PLUS TARD, L'HAPTONOMIE SUR DES BASES DIFFERENTES, AVEC DES ELEMENTS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE REPONSES EN OPPOSITION COMPLETE AVEC L'A.S.D. (laquelle demande on le sait contrôle et concentration, ce qui n'est pas le cas du tout de l'Haptonomie) ABOUTIRA A DES RESULTATS SEMBLABLES EN ANALGESIE (c'est à dire enlèvera une grande partie des « douleurs »), AVEC UN APPORT SUBSTANTIEL DANS LA RELATION PSYCHO-TACTILE, PSYCHO-SENSORIELLE, DANS UNE CHALEUREUSE COMMUNICATION, UNE INTERACTION IMPORTANTE ENTRE L'ENFANT, SA MERE, SON PERE ET LE MILIEU ENVIRONNANT.

Toute cette explication est, bien sûr, valable en ce qui concerne l'accouchement physiologique, sans complication, non dystocique, non pathologique.

Il existe, bien sûr, une réponse à ces accouchements difficiles, qui sortent du cadre de la physiologie, ce sera l'objet du **quatrième entretien**.

PLAN RESUME DE L'ENTRETIEN

(Ces plans-résumés des 2ème et 4ème cours sont là comme des « pense-bête », outils pédagogiques pour avoir bien en tête le fil conducteur du cours : on résumera donc les différentes parties et les liens du cours avec les petites anecdotes qui permettent de passer d'une idée à l'autre : cela peut paraître très « style télégraphique » ; c'est rappelons-le un simple pense-bête). MAIS C'EST AINSI QUE VOUS VOUS RAPPELerez MIEUX LA CONDUITE DES DIFFERENTS ELEMENTS DE CE COURS... *car ne l'oubliez pas, vous devez prouver aux mamans qu'elles peuvent accoucher « super bien » par elles-mêmes !*

Ainsi seront énumérés dans l'ordre les différents arguments qui doivent vous permettre de prouver que les douleurs de l'accouchement dit « physiologique » ou « eutocique » (c'est à dire au déroulement normal, dont nous avons vu au 1er cours qu'elles n'ont pas du tout de cause organique mais qui ont une origine d'ordre « socio-culturel » et « psycho-génétique » (des conditionnements divers jouant un rôle dans l'étiologie et la transmission de ces douleurs).

A) GENERALITES (bien lire les pages 1, 2 et 3 du cours)

1°) **L'accouchement est un acte physiologique** qui ne devrait pas être douloureux (donner un exemple) et rappeler de la douleur qu'elle n'est pas inscrite génétiquement ni transmissible de cette manière.

2°) **Femme et homme se sont développés ensemble** (sinon la société humaine n'aurait pas pu se développer), la reproduction peut être douloureuse pour la femme, **sauf si on admet l'existence « d'événements » modificateurs** du bassin et de la colonne vertébrale (rachitisme surtout, -travail, - grossesse trop jeune, Dr Lafitte ...qui a reconnu que cela n'existe plus en Europe) **et si on accepte la réalité d'une incitation à la culpabilité féminine historique et même préhistorique (puis une infantilisation féminine) et la théorie que je signale sous la terminologie de « L'ANGOISSE DE MORT »** : jadis (il n'y a pas si longtemps) les femmes et les enfants mouraient en grand nombre lors de la naissance (par fièvre puerpérale, etc.), la souffrance de la victime et de sa famille était associée à cette mort ; **on ne meurt plus** maintenant, **mais reste la douleur**, vestige de la mort, et de l'angoisse de mort (qui subsiste, elle) et quand on ne « souffre plus » **la peur de l'enfant anormal** surgit en tant qu'écran, à l'angoisse de mort, à la mort et à la douleur). (Et tout cela est entretenu par conditionnement culturel comme on le verra...). Angoisse de mort (voir les causes historiques, - conditionnement culturel).

3°) **Mais ma mère et ma grand-mère ont souffert et pourtant ce ne sont pas des menteuses !**

4°) **Donc entre les informations** parties de l'utérus et des organes environnants (notamment durant les contractions utérines) ...**et leur transformation en sensation...s'interpose,...s'infiltrer..., s'insère,...quelque chose qui perturbe et pervertit cette transformation des informations et les intègre en douleurs.**
Dans ces phénomènes, le conditionnement socioculturel occupe la 1ère place : c'est l'objet de cette étude.

B) CONDITIONNEMENT CULTUREL...CONDITIONNEMENT TOUT COURT (transmission de la douleur et non sa création).

1°) **Les pierres dans la mare...** lois du conditionnement.

2°) **Les conditionnements se font naturellement** chez les êtres vivants supérieurs animaux pour se défendre et survivre...humains : vie quotidienne : métier, sport, conduite automobile, etc. (ces conditionnements sont volontaires dans l'apprentissage mais le plus souvent inconscients et involontaires).

3°) **Le cerveau : milliards de neurones** stockent les informations sur les nucléo protéines, énergie, et ont le pouvoir de les transmettre.

4°) **Expériences de conditionnement :**

a) dressage d'un chien...schéma donner la patte...schéma salivation.

b) Différences dans les conditionnements entre animal et humain, ex : le chien, l'enfant (6ans)...mots signifiants : « sentier, entier, chemin »...Nonos et sucette...**rôle fondamental du langage.**

c) capital de l'enfant à sa naissance par rapport aux animaux (ne peut ni marcher ni se nourrir seul)

réflexes absolus : ...- déplissement des alvéoles pulmonaires ...premiers cris dès la naissance, alimentation au sein...salivation...déglutition.

réflexes conditionnels : sur ces réflexes absolus se fixent – vue du sein – odeur – paroles de la mère (oh le bon lolo !).

d) idem chez les adultes – cailles sur canapé, pâté végétal pour végétariens –le bon vin de Chinon

e)stéréotypes dynamiques : les automatismes (marcher, compter, automatismes sportifs : passes au foot) : expérience : envoyer quelqu'un ouvrir une porte,(stéréotypes dynamiques) - marabout, bout de ficelle, selle de cheval, etc. – marques de politesse : bonjour, salut militaire, feux rouges, signaux sociaux.

f) les mêmes conditionnements peuvent se faire (involontaires ou volontaires).avec des organes internes Ces conditionnements socio-économico-culturels nous apprennent à vivre ensemble, en société. (Bien lire le texte pour ne pas le réduire).

5°) le langage est un outil merveilleux....ou une arme terrible qui participe à la création et à l'entretien des conditionnements culturels.

- des mots qui font du bien (une maman qui embrasse un bébé qui vient de tomber)

- des mots qui font du mal et transmettent vraisemblablement la douleur d'accouchement : ex : quand la mère nourrit sa fille et qu'elle lui raconte son accouchement douloureux « qu'est ce que je t'aime et qu'est ce que tu m'as fait souffrir », peut entraîner également « une impuissance chez les garçons !

- des mots porteur d'autres valeurs, de nouveaux comportements, peuvent révolutionner la naissance (quand la mère donne le sein et raconte son magnifique accouchement.

Transmission de la douleur : mais ➡ Révolution Culturelle : on peut faire bouger une société si on change habitudes et conditionnements à propos de la naissance (changement de mentalité).

6°) Les mots qui tuent : -nazisme, -racisme, - chauvinisme, etc.

7°) Expérience du télégramme (ou de la lettre recommandée), qui déclenche des réactions des organes internes (battements de cœur, pâleur du visage, sécheresse de la gorge, ect. (un conditionnement peut-être long ou rapide) ex. de l'accident de Vaizon La Romaine.

8°) L'histoire « culturelle » de la petite fille— jusqu'à la mère, trajet historique de cette cible féminine (frère et sœur dans la baignoire – les règles – la grossesse – les histoires d'accouchements : les 3 jours et 3 nuits à souffrir, les « cordons », les « hémorragies » etc....La césarienne qu'il était grand temps d'effectuer !)

Les contractions utérines deviennent des « coliques » puis des « douleurs » (mes premières douleurs etc.) **véritable complot contre les femmes.**

C) DEMYSTIFIER ET DEMYTHIFIER CE CONDITIONNEMENT CULTUREL

1) Par le rire (ce qui a lieu souvent au cours du récit de ces racontars) et donc un travail inconscient se fait après ce cours, sur les souvenirs passés: ce conditionnement n'est pas inéluctable.

2) Par de sérieuses, détaillées et complètes informations sur la grossesse et la naissance.

3) En n'hésitant pas, même dans les couches les plus populaires, à commenter, même succinctement l'hypothèse des causes historiques et préhistoriques de la douleur de l'accouchement (sinon comment expliquer le « Tu n'enfanteras plus dans la douleur »)

4) En redonnant une totale confiance à la parturiente par la preuve de ses qualités potentielles, réservant la technologie aux cas de dystocies patentes en montrant des films d'autres modes de naissance.

D) COMMENT REAGIR... ET REPOUDRE AUX CONTRACTIONS UTERINES

1) En ne restant pas passive lors des contractions utérines (en attendant Godo).

2) En répondant aux C.U. par les réponses adaptées de la P.P.O. (ASD)...ou selon le comportement habituel de l'accompagnement haptonomique (à voir aux 4ème et 7ème cours)...et cela bien sûr, différemment selon les étapes de la naissance.

3) En valorisant intensément la relation psychoaffective entre le bébé, sa mère et son père, et en faisant en sorte que l'enfant puisse acquérir son autonomie.

4) Peut être en impliquant les couples et les citoyens dans la diffusion militante d'une « autre manière de vivre la naissance », - facteur d'un changement possible d'une société plus humaine – et faisant écran à la « carence affective sociale et culturelle » actuelle, réelle de notre société.

5) Et en pratique en donnant aux C.U. une réponse adaptée !

Entretien non directif (ou table ronde) à la découverte de : mon bébé bouge et j'ai des contractions utérines

(comme le 5ème d'ailleurs) se faisait sous forme d'entretien, en technique de groupe

Les participants s'installaient sur des chaises formant un cercle.

Selon le mode de travail choisi ensemble (semi directif ou tout à fait « non directif », « Rodgérien », ou, selon une conduite plus libre de « conversation » ou débat « à bâton rompu »), les thèmes, bien sûr, étaient abordés différemment, mais, petit à petit, selon un rythme varié, parvenaient souvent à des sujets très proches !

LORS DU 3ème ENTRETIEN, ON CONSTATAIT QUE LES THEMES ABORDES TOURNAIENT SOUVENT AUTOUR DE :

1)« Il se passe souvent des choses bizarres dans mon ventre » (disaient les mères)...*Je sens bien « bouger » mon enfant...Il me fait des appels...et je lui réponds...*(bien sûr, les thèmes évoluaient différemment selon que les parturientes se préparaient ou non en Hapto

2)Votre mari (ou le papa) réagit-il à ces mouvements dans votre ventre (dans votre giron, pour d'autres) ? **Entre t'il en contact avec lui ?** Et qu'est ce qui se passe ? Arrive t'il à jouer, comme on dit souvent, avec lui ? Se sent-il vraiment concerné par votre maternité...ou le fait il pour vous faire plaisir ? **Vient-il régulièrement** aux entretiens théoriques et pratiques ? (et puis ce n'était pas forcément sous forme de questions mais dans la conversation), c'était souvent le **papa lui-même qui expliquait** l'intérêt qu'il portait à son bébé et son comportement à son égard...ou au contraire, exprimait son impossibilité de communiquer avec lui...s'en suivait tout un débat... !

3)« J'ai beaucoup de contractions utérines », « sentez-vous la différence avec les mouvements de l'enfant ? » etc. etc. ...était aussi un mode de thèmes abordés.

4)Parfois...La préparation était mise sur la sellette : exemple : que pensez-vous de votre préparation ? Et votre mari et les enfants ? Et la famille ? (la mère de la parturiente, ou la belle-mère ?) approuvent-ils tous et participent-elles aussi, au moins moralement à la préparation ?

5)Avant de se séparer, parfois une synthèse était faite, de l'ensemble du débat, par l'animateur, voire même par des mamans ou des papas participants. Parfois simplement étaient relatés les événements marquants de la rencontre.

ET, APRES UN DEBAT ANIME PLUS OU MOINS LONG, MAIS OU, REELLEMENT CHACUN AVAIT PU PRENDRE LA PAROLE (et souvent d'ailleurs ne s'était pas gêné de le faire dans cette ambiance favorable), APRES SOUVENT 2 BONNES HEURES, SOUVENT PLUS, UNE PRATIQUE D'ASD, se faisait collectivement, dans la même pièce, et pour celles qui faisaient uniquement de l'Hapto, une séance de travail en privé s'effectuait à l'étage, pour un certain nombre de couples.

Enfin, c'était aussi l'occasion de boire le verre de l'amitié (jus de fruit) ou une bolée de cidre, pour ne pas faire mentir la coutume, qui n'est pas que bretonne mais aussi berrichonne, avant de prendre date pour la nouvelle rencontre !

Ce mode d'entretien mettait les mères et les pères en « communications actives » faisait beaucoup de bien aux participants !

Entretien sur le thème : Accouchement sans douleur suite 2ème chapitre :

Si mon accouchement ne se déroulait pas comme je le souhaitais, si, par suite d'une petite dystocie, l'accompagnement autonome ne suffisait pas à indoloreiser mon accouchement : «Comment élever mon seuil de sensibilité pour ne pas souffrir»

AVERTISSEMENT

Ce cours n°4 apporte **des réponses théoriques et pratiques**, qui se veulent proches de la réalité scientifique, **aux difficultés des « accouchements inhabituels »** : il s'agit de certains moyens pour vaincre ou atténuer les « douleurs » dits « logiques » qui peuvent survenir si l'accouchement n'est plus normal, n'est plus physiologique et se transforme en accouchement dystocique donc, selon les normes populaires, « difficile et compliqué ».

Si vous le parcourez tranquillement, comme un roman policier, il peut vous apporter beaucoup ! La lecture de ce texte peut lever le voile sur des événements, des moments de votre vie, auxquels vous n'avez pu donner jusque là d'explications, **il peut vous être utile dans bien d'autres circonstances que celles de l'accouchement et de la naissance ! Mais s'il s'agit d'une femme enceinte, elle peut résoudre ainsi un grand nombre de difficultés obstétricales.**

COMMENT RESOUDRE CERTAINES DIFFICULTES, CERTAINES COMPLICATIONS, CERTAINES DYSTOCIES ?

Au cours du 2ème entretien, (réflexes conditionnés et conditionnement socioculturel) nous avons évoqué le problème de la « douleur associée à la contraction utérine » lors d'un accouchement dits « normal », on devrait plutôt dire « physiologique » ou « eutocique » (dont le déroulement est physiologique par opposition à pathologique ou dystocique). Nous avons vu que dans le cas habituel d'accouchement physiologique, la « douleur » pouvait avoir pour origine un conditionnement socioculturel, une série de réflexes conditionnels, mais aussi (et cela peut se confondre) des raisons historiques des sociétés passées. La dévalorisation des femmes, la tentative quasi constante de les culpabiliser, le refus, au moins partiel, qu'elles puissent gagner leur autonomie, pourraient ne pas être étrangers à ce conditionnement socioculturel douloureux ! (Nous avons bien expliqué alors, comment démystifier et résoudre les problèmes de la douleur de « l'accouchement physiologique), **mais se pose alors l'autre aspect :**

Si l'accouchement n'est plus physiologique ? ...S'il est franchement dystocique, que faire alors ? ...La maman peut elle espérer quand même « accoucher sans douleur », et dans de bonnes conditions... par voie basse ? ...ou bien faudra t'il alors faire appel à d'autres formules de technologies : - médicales et -médicamenteuses, - instrumentales, - voire même chirurgicales !

D) GENERALITES

Les dystociques...que sont elles ?

1ère notion : certaines ne peuvent être résolues que par l'opération césarienne : présentations transverses (épaule) du bébé, présentations du « front », certains « sièges », certaines « faces », et, à chaque fois que la « tête » de bébé est insuffisamment fléchie pour permettre une naissance par « voie basse » sans danger.

2ème notion : d'autres sont plus complexes à définir : on invoque une tête de bébé « mal fléchie », mais qui peut « passer par voie basse », un bassin « un peu juste », un peu « limite » dans ses dimensions, sans être, cependant, trop étroit pour exiger une césarienne, etc. Les mamans dans ces cas devront, certes, mettre en pleine valeur leur préparation pour mener leur accouchement à bien dans les conditions qu'elles avaient choisies.

3ème notion : il est parfois d'autant plus difficile de définir une dystocie, qu'il y a des circonstances où l'on peut facilement passer **d'une situation eutocique à une situation dystocique** (par ex. la vue par la parturiente d'un linge ensanglanté, ou de seringues négligemment posées sur une table de soin, pendant son accouchement, voire simplement l'existence de cris dans une salle proche, peuvent rompre les effets, parfois fragiles, d'une préparation à la naissance) **et vice-versa, certaines dystociques peuvent trouver d'heureuses issues grâce à une préparation bien adaptée** : nous allons voir pourquoi et comment, c'est l'objet même de cet entretien !

4ème notion : **D'emblée, il faut se rappeler ici que la « douleur de l'accouchement », liée à une dystocie n'a plus rien à voir avec les « douleurs » de l'accouchement physiologique (qui sont d'origine « psychogène », rapportées le plus souvent à des -phénomènes -réflexes et conditionnements « sociocultu-**

rels »)...quitte à nous répéter rappelons que nous avons quitté le domaine du « physiologique » pour rentrer dans le « dystocique ». Il se crée, au niveau de certains tissus spécifiques, une lésion organique (même légère), pour différentes raisons : (trop grande distension, trop forte ampliation du col, petites déchirures musculaires ou vasculaires sans gravité réelle, frottements contre le « cadre osseux » même si celui-ci est toujours doublé et recouvert de tissu musculaire ou aponévrotique) ; cette petite lésion, si minime soit-elle, peut être suffisante pour déclencher une véritable douleur, qui tout naturellement entraîne une « défense tissulaire » et, bien sûr, son corollaire...des douleurs « en boucle » !

LA DOULEUR ORGANIQUE provient dans ce cas, D'UNE VRAIE LESION DIRECTE DES TISSUS !

5ème notion : nous allons voir que notre **préparation repose sur une modification importante du « système nerveux central » et sur une modification progressive du seuil de sensibilité à la douleur**, qu'il faudra bien sûr apprendre à « contrôler » et à moduler selon les besoins ! Essayons d'expliquer :

Toute « information » qui part d'un organe interne vers le cerveau est « intégrée » dans le cortex cérébral (l'écorce) et transformée en une série de sensations : or la nature de ces sensations (ce que va ressentir la personne, en fin de compte), ne dépend pas seulement de l'état de l'organe mais aussi de celui du cerveau : exemple (que l'on reprendra plus tard) : une dent cariée par son nerf dentaire envoie au cerveau des signaux, lesquels, si le cerveau est en faible activité, vont se transformer en sensations douloureuses (ce qui est logique), mais ce ne sera pas forcément le cas si la personne est très occupée, par exemple, dans sa vie professionnelle, ou pour toute autre raison dans une action d'un intérêt capital pour elle ! Cette même personne, avec la même dent cariée, peut ne pas avoir mal aux dents : cependant, il réapparaîtra dès que la personne sera de nouveau en inactivité, le soir, après le travail, etc.

Et bien nous allons faire en sorte que les Informations, les Stimulations, les Signaux en partance de l'utérus et de tout ce qui l'entoure (ce qu'on appelle la sphère utéro-génitale) ne parviennent pas jusqu'au cortex pour ne pas être « intégrés douloureusement » soient comme « dérivés », ou si elles parviennent au cortex, soient « modifiés » en quelque sorte, ne soient pas ressentis en terme de « douleur », mais provoquent une sensation, disons, « positive » allant parfois jusqu'à des impressions, des « sensations heureuses », que d'aucun pourrait assimiler à certaines formes de plaisir.

Il faut cependant bien s'entendre, tout ne peut être résolu sans parfois quelques médications ni également, parfois, sans intervention ; mais une grande partie de ces dystocies peuvent trouver une solution heureuse sans le « cortège bien connu d'une forte prise en charge médicalisée », si l'on prend soin de mettre en place une formule psycho-pédagogique et psycho affective efficace (parce que bien adaptée) .Une préparation digne de ce nom permet de diminuer considérablement douleurs et angoisses, (et parfois totalement) en assurant un certain équilibre interne neuro cortical, psycho somatique, comme on dit, de la maman.

Et vous le verrez, on arrive presque toujours à trouver dans la préparation une formule qui permette de franchir un cap difficile ! Ainsi peuvent s'obtenir de meilleures conditions d'engagement, de descente de l'enfant, un meilleur « recentrage » des diamètres et volume du bébé et du « giron » de la mère ; ainsi, en plus, l'enfant peut il mieux participer à sa propre naissance.

En conclusion, quitte à nous répéter : comment faire pour que les informations venues de l'organe en cause (l'utérus et son environnement) ne soient pas transformées et intégrées « en douleurs » et pour que les substances, disons hormonales, responsables de cette sensation douloureuse ou au contraire, non douloureuse, selon le cas, qu'on appellera plus tard les « endorphines » modifient leur distribution. **Plusieurs voies sont possibles comme on le verra, notamment par la Stimulation cérébrale qui comporte différentes étapes dont l'Activation, la Concentration, la Motivation, et la Sublimation.**

II) TOUT EST RELATIF : mode pédagogique – raisonnement analogique

Pour mieux faire comprendre ce qui va suivre, d'un intérêt capital à notre avis, nous allons agir selon une formule dite « comparative », « analogique », où les chiffres, les unités même (volts, etc.) ne compteront pas pour leur valeur absolue, mais pour servir de moyen de comparaison, donc pour leur valeur relative et vous verrez que cela est un bon moyen pédagogique !

Tout le monde connaît la blague classique suivante : « quelle différence existe t'il entre les pensées de Rothschild, Marx, Pavlov, Freud et Einstein ?

Pour Rothschild tout est argent, pour Marx tout est économie sociale, pour Pavlov tout est réflexe, pour Freud tout est inconscient, pour Einstein... TOUT EST RELATIF !

Alors peut être est il bon de donner quelques exemples : « quelle hauteur a cette table ? – les réponses fusent... 80 cm, 1m, 75 cm, etc., combien mesure ce monsieur ? qui est le plus grand parmi vous ? Nous répondons que peut-être cette table fait 85 cm de haut et ce monsieur non pas 1,75 m, mais 1,90 m, mais qu'après tout cela n'a pas grande importance par rapport à la distance de la Terre au Soleil, ou à l'infini. Le seul intérêt c'est qu'on peut en connaissant leur mesure dire que untel est plus grand que untel sans les mettre côte à côte ou dos à dos ! Ce qui compte donc c'est la comparaison de leurs proportions ! Et vous savez que la comparaison peut entraîner de vrais conflits, notamment de jalousie et surtout chez les enfants : c'est une chose vieille comme le monde ! « la part de tarte de Pierre est plus grosse que la mienne ! » et Jacques ...de pleurer ! Certes cela est vrai que la maman a eu la main lourde du côté de Pierre, mais les parts sont si grosses que ni l'un ni l'autre ne pourront tout manger ! Il aurait pourtant mieux valu, pour que Jacques ne soit pas mécontent, n'ait pas eu de sentiment de jalousie, et n'ait pas ressenti cela comme une injustice à son égard, que la tarte soit, si besoin, 2 fois plus petite mais que les parts soient égales ! Cela veut dire que les humains sont très sensibles à l'idée de comparaison et nous allons nous servir de cette particularité pour faire nos démonstrations !

La Valeur Relative compte plus ici, on le comprend, que la Valeur Absolue

III) TONUS CEREBRAL ...ZONE DE FREINAGE...SEUIL DE SENSIBILITE

(Voir ici schéma de l'afflux vers le cerveau d'informations arrivant des organes internes)

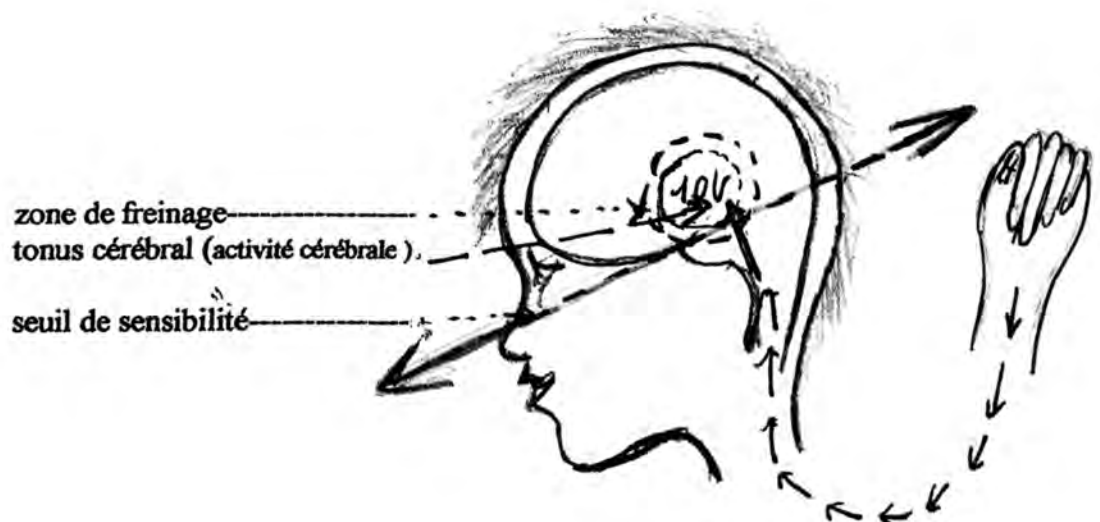
A) Notions générales

Il est évident qu'on ne peut faire un cours complet sur le système complexe de l'agencement des neurones dans la structure « neurocorticale » et réflexologique (qui n'aurait qu'un intérêt médiocre pour les parturientes dans la compréhension de l'entretien et risquerait d'encombrer tout en ne mettant pas l'accent sur les points principaux). Il faut simplement rappeler que nous avons dans notre cerveau des milliards de neurones : ces derniers fabriquent, renferment ou stockent une certaine quantité d'énergie à diffuser (influx nerveux) à d'autres cellules nerveuses ou à transmettre vers d'autres organes (par le biais de « neurotransmetteurs » chimiques, biologiques, hormonaux) ou vers certains muscles (après relais) par la plaque neuromotrice.

Ces neurones au cours de leur activité perdent une partie de leur énergie (fatigue), se rechargent de nouveau en éléments énergétiques (imaginons une batterie de voiture ou de téléphone portable), notamment pendant le sommeil : c'est dire, en passant, l'importance pour une femme enceinte de bien dormir pendant la grossesse et d'une manière particulière et privilégiée pendant les quelques heures qui précèdent l'accouchement (pendant lequel la dépense énergétique sera importante !).

B) Tonus Cérébral

On constate que l'activité de tous les organes, quand on fait un geste quelconque (taper des pieds, applaudir), ou quand on réfléchit, quand on calcule, etc. provoque dans le cerveau une certaine activité due à la mise en fonction d'un certain nombre de cellules nerveuses (pour rester simple).



On dénomme cette activité en question, par définition : le TONUS CEREBRAL !

Si on lève la main et le bras en l'air, ...peu importe comment...faites le...merci...de nombreux neurones rentrent en activité. Une dépense, j'allais dire une décharge d'énergie, une différence de potentiel, de ...disons 10 volts...(chiffre totalement faux, donné comme cela au hasard, pour la comparaison ultérieure), se manifeste. Ces 10 volts définissent le **TONUS du Cerveau** à ce moment. **Le tonus cérébral** est d'autant plus important que **l'activité du cerveau** est, elle-même, importante à ce moment ; par ex. si l'on danse une « salsa d'enfer », on a bien sûr un « sacré tonus » : 1000 volts par ex. ; (qu'on nous pardonne ces chiffres qui ne sont là que pour la comparaison : mais ne surnommait t'on pas Gilbert Bécaud Monsieur 100.000 volts !). Mais lorsque le lendemain matin, après une nuit quasi blanche, on part au travail, le Tonus Cérébral, malgré de nombreux cafés, est très faible, peut-être 3 volts en comparaison ! TOUT EST RELATIF, vous le savez bien !

C) Zone de freinage

L'activité (ici par ex. de 10 volts) définie comme le Tonus cérébral, s'entoure immédiatement d'une ZONE DE FREINAGE « équivalente ».

Cette « zone de freinage », c'est un peu comme ce qui se passe autour d'un château fort du Moyen-Age...quand le château fort était petit, les « douves », les fossés étaient petits (du moins leur périmètre entendons nous bien !) ; quand il s'agissait d'un très grand château...les fossés suivaient et avaient, comme on s'en doute un périmètre très important, équivalent au périmètre du château ! Ainsi la puissance du « **freinage** » sera équivalente à l'intensité du **Tonus cérébral** ! Cet intéressant freinage empêche l'entrée dans le cerveau des « stimulations », disons « inférieures » en Intérêt, Puissance, Intensité, à celles qui ont provoqué cette stimulation du tonus cérébral.

On pourrait citer de nombreux exemples : contentons nous de ce qui se passe, quand un passionné de mathématiques est en train de travailler justement ses maths, pendant que les autres membres de la famille assistent à un concert de rock à la télé ! Il arrive que **ces vrais professionnels de maths** peuvent prétendre ne pas être gênés par cette très forte musique et même ne pas l'entendre ! Cela ne vous rappelle t'il pas certains aspect de l'histoire du « savant Cosinus ». Je ne vais pas vous faire l'injure de vous rappeler que ce savant (qui appartient à la même veine littéraire que le « Sapeur Camembert » et que la « Famille Fenouillard ») est un « accro » extrême des sciences mathématiques, peut-être plus encore que le professeur Tournesol de nos héros Tintin et Milou. Et bien Cosinus fait une démonstration mathématique au tableau noir qui n'est plus assez grand ; qu'à cela ne tienne, il « déborde » et continue d'écrire sur le mur d'à côté, sans s'en rendre compte il remplit ainsi tout le mur de calculs, continuant dans tout le couloir, descendant l'escalier pour arriver dans le hall d'entrée ; il aboutit ainsi dans la rue où, par le plus merveilleux des hasards, l'arrière d'un carrosse de couleur noire s'offre à sa craie, et cela malgré une averse de neige ! Or il se trouve que le carrosse démarre et l'on découvre alors le tableau psychédélique : d'un savant Cosinus, en chemise et sans pantalon (qu'il avait oublié de mettre le matin), sous la neige, la craie à la main, regardant son tableau noir s'enfuir sous ses yeux ! Vous avez compris comment peut agir la passion : par l'intermédiaire de ce fameux freinage !

La même chose a lieu quand **un passionné de Mozart ou de Bach**, force un peu sur la puissance du son, peut-être un peu trop fort, un peu trop tard le soir, et, **tout à sa passion musicale, n'entend pas les hurlements des voisins d'à côté, ni les coups de balais des voisins de l'étage au dessus !**

Pour nous résumer, si on reprend l'exemple de la « main levée », on peut dire que la Zone de stimulation des neurones (Tonus de 10 volts) s'est entourée d'une Zone de freinage « équivalente ». On peut donc dire, « grosso modo » que toute autre stimulation qui n'aurait pas une intensité supérieure à 10 volts ne serait pas ressentie, ne passerait « cette barrière », ne pénétrerait pas dans cette partie du cortex, ne serait pas perçue de quelque manière que ce soit, **et dans le cas d'une agression quelconque (externe ou interne) ne serait pas perçue douloureusement.**

AUTREMENT DIT CETTE STIMULATION, CETE AGRESSION N'AURAIT PAS FRANCHI CE SEUIL...c'est cela qu'on appelle « LE SEUIL DE SENSIBILITE » !

D) Seuil de sensibilité

Pour aller plus loin dans cette explication, on peut dire que **le Tonus cérébral** est important, plus la « **Zone de freinage** » est importante et plus « **LE SEUIL DE SENSIBILITE** » est élevé ! Et donc moins les excitations, les stimulations, les actions d'agents agressifs, -du monde de l'extérieur-, ou des organes internes du corps (ex. problèmes gastriques ou intestinaux, dentaires, utérins, etc.) ne franchissent le seuil de

sensibilité, ne pénètrent dans le Cortex, **ne sont pas intégrés en sensations douloureuses** : on peut donc dire d'une manière lapidaire : « *Pour ne pas souffrir, il suffit d'élever le seuil de sensibilité* ». COMMENT ? ...PAR LA STIMULATION... C'EST CE QUE NOUS ALLONS VOIR !

IV) LA STIMULATION CEREBRALE

Disons, d'emblée, quitte à supprimer tout suspens, que cette « stimulation cérébrale » peut agir de 3 façons qui, comme les 3 Mousquetaires, sont bien sûr 4 !

- 1) en mettant en place une simple **Activité Cérébrale**,
- 2) en provoquant une forte **Concentration Cérébrale**,
- 3) en augmentant la **Motivation d'un tout autre ordre que la concentration**, et comme on le verra plus tard,
- 4) en créant une **Sublimation**

① **Activation** : quand j'étais « remplaçant » d'un médecin de Ste Maure de Touraine, une veille et charmante demoiselle venait souvent me consulter, parfois 2 à 3 fois par semaine, car je prêtais particulièrement attention à ses dires, ...et à ses problèmes. A vrai dire, elle avait mal partout ! Successivement à la tête, au ventre, à l'estomac...J'avais, bien sûr, nettement l'impression qu'il s'agissait d'une réaction psychosomatique, mais cela ne m'avancait guère ; je ne pouvais ni ne savais à l'époque, l'aider à résoudre ses ennuis et elle n'aurait probablement pas admis d'aller consulter un confrère « psy » ! Jusqu'au jour où je l'ai surprise en train de s'apitoyer sur le sort des petits chats abandonnés par leurs maîtres, à l'époque des vacances ! J'ai saisi l'occasion : j'aime aussi beaucoup les petits animaux, mais j'ai une sincère admiration et compassion pour les chats ! Nous fondâmes une association de défense des animaux de compagnie et, unanimement, l'avons élue Présidente. Depuis, elle ne souffrait plus de rien et je ne l'a voyais plus dans mon cabinet de consultation, sauf...pour me « taper » de quelques billets pour l'Association . Ainsi, parvenait elle à obtenir un bon « freinage » de ses problèmes, et à augmenter son « seuil de sensibilité » !

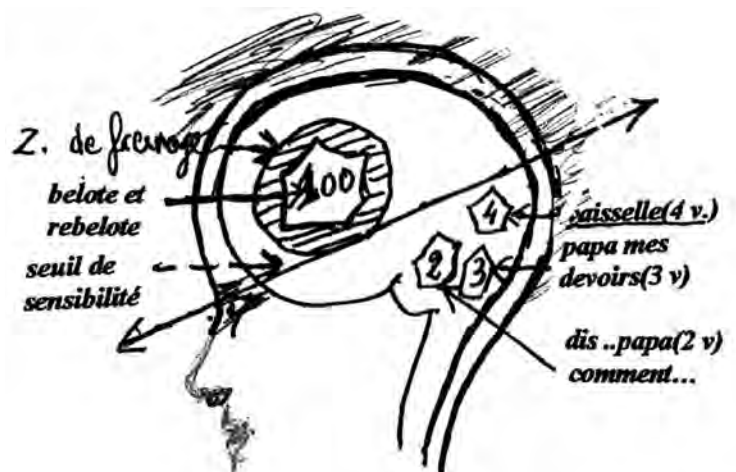
② **Concentration** : combien de fois n'avons nous pas entendu en classe cette phrase : « *Allons, Pierre, tu n'es pas à ton travail, tu rêves, tu es ailleurs, concentre toi !* » D'autres fois on peut entendre : « *Ecoute, Paul, quand tu ne tires pas les tresses de ta voisine, tu regardes les mouches voler ! Je t'en prie ne sois pas dispersé, dissipé, distrait. Concentre toi sur ton livre !* » : on l'a compris, la concentration stimule le tonus cérébral, provoque un freinage et élève le seuil de sensibilité.

③ **Motivation** : quand on parle de motivation, je ne peux m'empêcher d'évoquer ce qui se passe sur un terrain de rugby et me souvenir de l'histoire de ce rugbyman qui recevait de nombreux coups...coups de pied, coups de poing sur le visage, (son nez était en sang), il se trouvait souvent renversé, piétiné et ne disait rien, il semblait, comme ça, à première vue, ne rien sentir ! A un moment du match, il s'est même fait une luxation de l'épaule, est sorti se la faire réduire sur le bord du terrain et, l'épaule bandée, est reparti de nouveau dans la mêlée : on peut dire qu'il était « très motivé ». Tout à la passion de son jeu, il prétendait ne ressentir aucune douleur. Sa motivation était au maximum, élevant du même coup énormément son seuil de sensibilité et, on le comprend, freinant toute sensation douloureuse...Jusqu'au lendemain matin où je l'ai vu se plaindre et venir quérir examens, radios, soins, traitements et surtout...calmants, car sa motivation avait, en une nuit, baissé de plusieurs crans.

DE TOUT CELA ON PEUT TROUVER MILLE EXEMPLES DE LA VIE QUOTIDIENNE

a) Une partie de belote bien animée

Vous invitez un soir des amis à une partie de belote. Très vite la partie est animée, le ton monte, les 4 joueurs sont tout à leur partie : « belote, rebelote, je coupe, etc. » On peut imaginer que le tonus cérébral



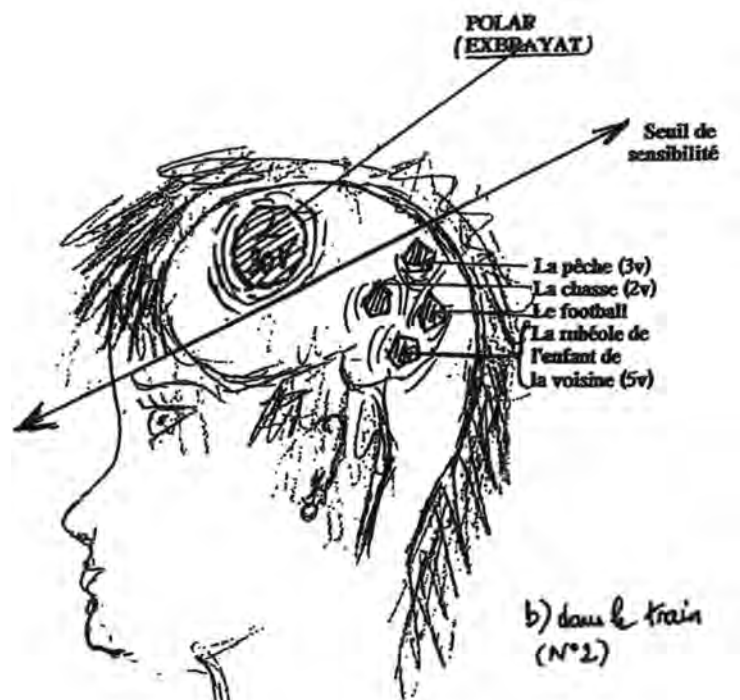
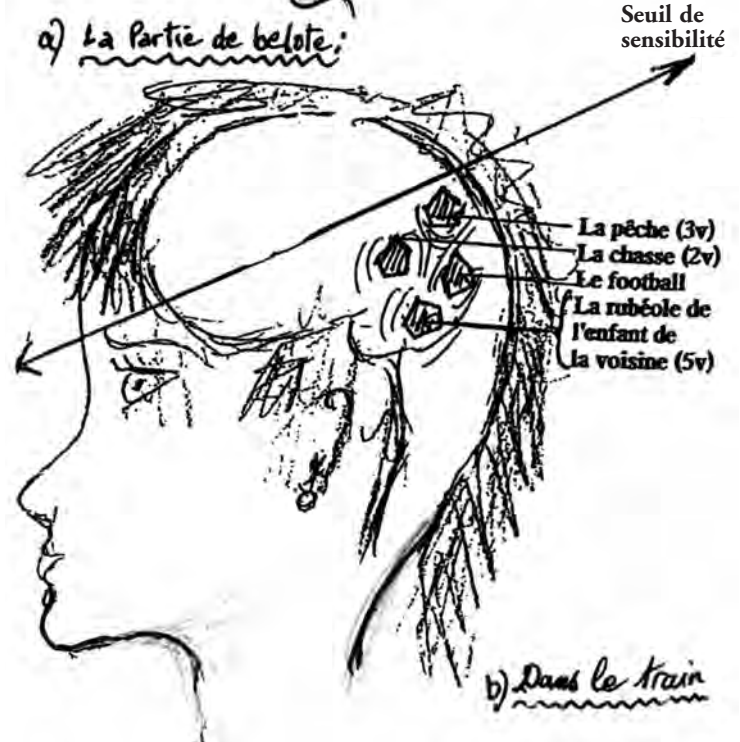
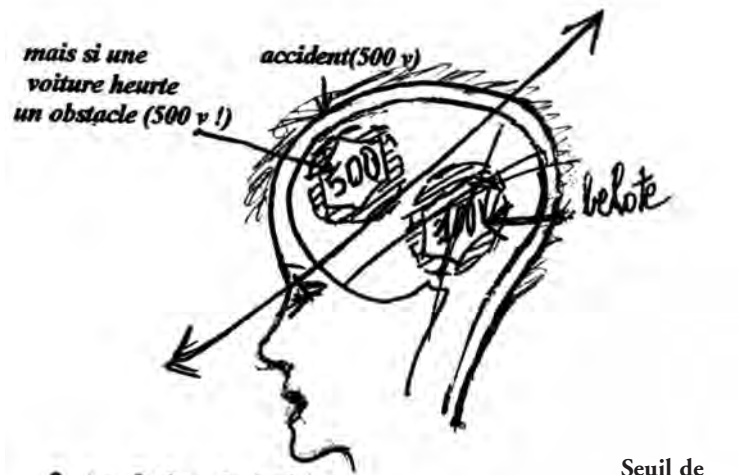
des joueurs est à 100 volts. Pendant ce temps, la femme de Pierre lui a demandé de l'aider à faire la vaisselle... pas de réponse et les enfants de Pierre l'ont tiré par la manche pour qu'il les aide à faire leurs calculs et leurs devoirs de français... pas plus de résultat. Mais, d'un seul coup, un bruit terrible dans la rue, comme si une voiture venait de rentrer dans le mur. Immédiatement les joueurs posent leurs cartes (du bon côté) et se précipitent à la porte ou à la fenêtre pour, vraisemblablement, secourir les blessés éventuels.

Tout étant bien réglé, il n'y avait pas de blessé, les amis étant partis, la femme de Pierre et ses enfants lui ont bien sûr demandé des explications : « Je ne t'ai pas entendu » dit Pierre à sa femme, « et je ne vous ai pas senti » dit-il à ses enfants. Qui a raison, qui a tort, tous bien sûr, car, avec le tonus et le freinage importants de la partie de belote (100v), les demandes pour la vaisselle (4v) ou les devoirs de mathématiques des enfants (2v) ne pouvaient franchir, on le comprend, le seuil de sensibilité. Par contre, le bruit de tôle dans le mur a provoqué un centre d'intérêt plus important (300v, par ex) qui a surpassé complètement l'intérêt de la belote : les joueurs ne pouvaient faire autrement que de se précipiter à la fenêtre .

b) Le voyage dans le train

Vous venez de vous asseoir dans un compartiment et les gens causent à qui mieux mieux autour de vous sans que cela vous intéresse réellement.. de pêche (3v), de chasse (2v), d'une équipe de foot (qui ne vous intéresse pas 4v), de la rougeole du petit voisin (1v), vous sortez, à ce moment de votre poche, un passionnant roman policier, un Exbrayat par ex : « *La lumière s'éteignit brusquement dans la pièce, la porte grinça sur ses gonds, on vit apparaître dans la lumière de la lune qui passait à travers les vitres, une main armée d'un couteau...* ». Le sujet est tellement passionnant qu'un tonus de « 200 v » freine complètement les paroles de vos voisins de compartiment qui, pourtant, discutent encore plus fort qu'au début, mais

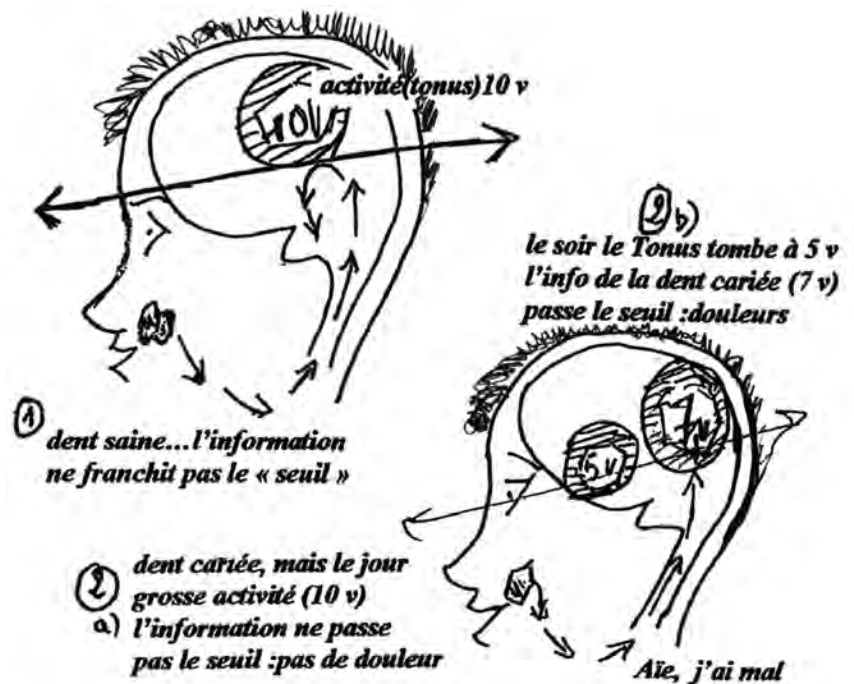
vous ne les entendez pas, elles ne franchissent plus votre seuil de sensibilité. Lorsque le train arrive en gare, la voix spéciale du chef de gare (signal social) vous rappelle à l'ordre et devient un centre d'intérêt puissant qui déborde celui de votre lecture : « *Châteauroux, Châteauroux, 5 mn d'arrêt buffet* » dit la voix à l'intonation creusoise et là rien ne peut vous empêcher de prendre votre valise et de descendre !



c) Les maux de dents : on peut appliquer, à peu près les mêmes données pour ce qui concerne la douleur... d'une dent par exemple. On doit rappeler que la dent, comme tous les organes, vit, au ralenti peut-être, mais elle est reliée à l'organisme humain, est vascularisée, innervée ! Elle est reliée au cerveau par les classiques « systèmes sensitivo moteurs ». Si la dent n'est pas cariée, on ne sent pas vivre sa dent, car le tonus cérébral, même pendant le sommeil, est supérieur à celui de l'activité du nerf dentaire : (on peut l'expliquer ainsi). Mais, si elle est cariée, le nerf dentaire est exacerbé et...selon les moments de la journée et les activités du cerveau, le stimulus venant de cette dent qui est malade, franchira ou non le Seuil de Sensibilité : la dent sera ressentie douloureusement ou non. Commentaires.

1er schéma : activité cérébrale : 25v, celle du N dentaire : 7 v pas de douleur ! Dent malade N stimulé : 7 v

2ème schéma : rentré chez vous assis dans votre fauteuil, avec télé et journal votre tonus C. dégringole à 12, 10, 8, 6 v. A ce moment vous laissez aller un « aïe j'ai mal aux dents ! » la stimulation venant du nerf dentaire (7v) a franchi alors le seuil de sensibilité. Votre dent n'est pas plus malade maintenant que 2h avant, mais, par contre, votre tonus cérébral et le freinage qui en découlait se sont écroulés et laissent passer les stimulations agressives venant de votre nerf dentaire (elles franchissent le seuil de sensibilité !).



AINSI REPETONS LE : De l'état d'équilibre du Cortex Cérébral avec la globalité de l'Organisme Humain dans son Organisation complète et de la possibilité du renforcement de la STIMULATION CORTICALE, dans un grand nombre de cas, va dépendre la TRANSFORMATION OU NON, de diverses « Informations » issues des organes internes...en PERCEPTIONS DOULOUREUSES !

④ Sublimation :

a) Petit souvenir personnel : en 1939, alors que des avions italiens fascistes de Mussolini mitraillaient routes et réfugiés, je fus surpris, alors que je circulai en vélo, par un de ces mitraillages...Je sautai vite dans un fossé, puis, après les premières rafales, je courus dans les vignes pour trouver enfin refuge dans des abris de caves troglodytes qu'on rencontre souvent en Touraine, en haut des vignobles. Je fus imité par plusieurs groupes de personnes qui m'avaient suivi dans ma fuite ! Quelqu'un dit alors « on a eu de la chance, on l'a échappé belle ! » Un silence assez lourd se fit...Et je lui dis alors : « vous avez vu votre épaule ? » Il saignait, blessé légèrement par une balle qui lui avait traversé une partie musculaire ; il ne s'en était pas rendu compte, il avait couru de toutes ses forces à travers la vigne pour se mettre à l'abri : l'instinct de survie avait eu la priorité et ce n'est qu'après notre remarque, qu'il montra des signes, de plus en plus bruyants d'ailleurs, de douleurs ! **Est-il nécessaire de faire des commentaires ?...**

b) Expérience de Mme EROOFFEVA (que le savant, physiologiste anglais SHERRINGTON a vu de ses propres yeux en 1912) : cette chercheuse renommée, élève de PAVLOV, avait relié la queue d'un chat dit « sauvage » à un solénoïde, c'est à dire à un petit fil électrique, dans lequel elle faisait passer le courant électrique selon une intensité variable ; d'abord faible, puis selon les besoins de son expérimentation, de plus en plus fort. Le chat, alors, en même temps que la puissance augmentait, se mettait à se débattre, ...sa pupille se dilatait, ...ses poils se hérissaient, ...ses griffes sortaient...l'animal était dans un état de défense extrême et de douleur intense !

A ce moment, Mme Eroofeva libéra dans le laboratoire plusieurs souris : l'animal alors changea immédiatement d'attitude : ses poils se « couchèrent », il rentra ses griffes, son faciès se modifia, il fit le « dos rond », se tapissant tranquillement, ...mais prêt à bondir ! **son attitude était transformée, il ne se plaignait plus ! Il ne miaulait ni ne geignait plus...** Tout se passait comme s'il ne ressentait plus le courant électrique qui, pourtant, augmentait encore progressivement ! Il mangea plusieurs souris puis, comme rassasié, se tapit dans un coin, reprenant l'attitude « douloureuse et de défense du début » !

« Je comprends mieux la psychologie des martyrs » s'écria alors SHERRINGTON !

Ainsi l'instinct de survie pour le chat l'emportait, largement, sur la stimulation qui aurait dû entraîner la douleur et augmentait, puissamment, le Seuil de Douleur, jusqu'au moment où le chat gavé, le phénomène s'inversait, le seuil de sensibilité diminuait, la douleur réapparaissait !

c) Comportement des « Martyrs » : l'allusion de SHERRINGTON est intéressante pour notre propos : toutes les religions et un grand nombre de « causes » et d'idéologies ont leurs martyrs. Les « Ecrits » concernant le Christ sont connus de tous : les Ecritures, d'où qu'elles viennent, rappellent que le Christ, *« portant sa croix, fut frappé, flagellé avec de fines lanières, tendues, terminées par des billes de plomb qui écorchaient Jésus et lui arrachaient la chair à chaque coup de fouet »*. *« On lui avait enfoncé une couronne d'épines (qui le faisait saigner) sur le front, et la croix qu'il devait porter sur les épaules était très lourde, le faisant trébucher à chaque pas ! »* Etc. Et pourtant, à travers toutes ces épreuves, il ne semblait pas souffrir, toujours d'après les récits et les Ecritures, et même, plus il se dirigeait vers le lieu de son supplice, plus il paraissait « en état de béatitude » ! Ce qui pourrait se traduire comme le summum du bonheur dans le sacrifice ! Si l'on peut l'exprimer ainsi !

Ce qui signifie que, plus on le frappait, plus son Idéal Religieux qui consistait à sauver les hommes de leur « faute originelle », telle que le définit la religion chrétienne, s'élevait...plus en même temps, son Idéal se renforçait, et plus le Seuil de Sensibilité de la douleur augmentait et moins il semblait ressentir de souffrance !

CELA PEUT SE REVELER VRAI dans des circonstances semblables, non plus d'ordre religieux, mais d'ordre idéologique, politique et militant ou dans des CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES.

Par exemple, c'est à peu près ce qui s'est passé pour certains « Martyrs de la Résistance » (du moins d'après ce qu'en ont dit ceux qui ont pu en réchapper !) C'est dans l'esprit, ce qu'a dit Henri ALLEG, le journaliste d'Alger, auteur de la « QUESTION », victime de sévices graves de la part de certains parachutistes français fascistes d'Alger ! (plus « ils » le frappait, plus il se concentrait, prenant davantage foi en son Idéal, moins il « sentait les coups » !). Et rien, de toute manière, comme pour les Résistants cités plus haut, ne lui aurait fait avouer quoi que ce soit ! On voit avec ces exemples que les enseignements de ce cours ne concernent pas seulement les parturientes !

d) Autres exemples de la vie courante : on peut faire ici allusion à une autre forme de « détournement de perceptions »...Elle est, certes, aux antipodes de notre dernier exemple, mais elle concerne notre vie quasi quotidienne. Ainsi, telle personne qui aurait pu « avoir mal » et « se sentir mal », uniquement à la vue d'une seringue dans la main d'une infirmière, pourrait être la même que j'ai vue, un jour, se faire « gratter ses boutons », dans le dos... « jusqu'au sang » par son mari, en lui disant *« plus fort, plus fort, je t'assure que tu ne me fais pas mal, tu me fais même du bien ! »*. Peut-on parler de relation affective « sado-masochiste » dans ce contexte ? A un faible degré, peut-être ! Certes, il y a ceux qui aiment bien « percer les boutons » (selon l'expression consacrée) et il y a ceux (souvent les mêmes) qui adorent « se faire percer les boutons » ! Dans ce rapport particulier qui donne en même temps « douleur et plaisir », c'est, bien sûr, **l'affectif qui joue le rôle principal, au centre de la relation !** Quelqu'un d'autre que son mari aurait vraisemblablement arraché des cris à cette dame et l'aurait rendu malade...au même titre que la « vue de la seringue » signalée plus haut ! Donc on peut en déduire que :

LA DOULEUR DEPEND :

de l'agent agresseur,

de l'équilibre cortico-viscéral du sujet,

des rapports psychoaffectifs de la personne avec son environnement.

Est-ce à dire que la mère, lors d'un accouchement « difficile » devra se comporter en Martyr pour résoudre ses difficultés ? **Bien sûr que non**, mais l'équipe devra tenir compte des divers éléments ci-dessus énoncés...en se rappelant que « *qui peut le plus, peut le moins* » et qu'une préparation « *un peu plus poussée* », dans ce cas, ne fait de mal à personne !

Il faudra surtout être clair avec la maman et jouer avec elle jusqu'au bout la transparence ! Au moindre doute, il ne faudra pas faire l'économie d'un examen complémentaire : une pelvimétrie par scanner, pratiquement anodin, est préférable pour supprimer un doute, (par exemple quand on soupçonne une anomalie du bassin) que de laisser « traîner » ce doute pendant tout l'accouchement ! En prenant toutes les précautions « d'annonce », bien sûr, pour ne pas alors déclencher une angoisse supplémentaire. Cela s'apprend avec le temps, l'expérience, la patience et l'âge !

MOTIVATION:

sentir son enfant, penser à lui, préparer la valise des affaires de bébé (chaussettes, bonnet salopettes, etc)

répondre aux contractions utérines par un comportement "adapté" (respirations, relaxation active, mise en condition, etc)

ELEVENT LE SEUIL DE SENSIBILITE



LES CONTRACTIONS UTERINES NE SONT PAS "INTEGREES" DOULOUREUSEMENT

L'ACCOUCHEMENT COMMENCE... LA NAISSANCE S'ANNONCE

Il reste à mettre en application ces données, et à « adapter » les bonnes réponses de comportement aux contractions utérines et aux différentes phases de l'accouchement, à bien intensifier le Tonus Cérébral pour qu'il dépasse le niveau de stimulation des C.U., de la sphère utéro génitale.

DGENERALITES (début de l'accouchement, effacement du col etc.)

Prenons une simple hypothèse de travail :

C'est une maman qui a 34 ans, primipare, (qui sera d'emblée dénommée « primipare âgée », ce qui ne met pas forcément la mère en confiance) qui vient consulter parce qu'elle est proche de son terme, qu'elle a eu quelques contractions irrégulières depuis quelques jours, plus régulières depuis hier soir ; elle a consulté...son bébé a commencé son engagement, avec une tête mal fléchiée et l'on sait, du fait qu'une pelvimétrie demandée par prudence par son médecin traitant, que les dimensions de son bassin sont dans les limites de la normale...sans plus, mais...ce n'est pas un bassin très large : tout cela ne traduit pas une dystocie majeure mais va demander de la part de la parturiente et de l'équipe obstétricale, un certain contrôle... ! La parturiente a été prévenue avec la délicatesse classique...qu'elle devra être d'une grande patience et dans une forme physique excellente. Donc la mère sait qu'elle devra adopter un comportement adapté aux difficultés éventuelles, dont les plus importantes peuvent être : **la durée de travail, la fatigue et l'impatience.**

Bien dormir la nuit ! Etre bien réveillée le jour !

La parturiente peut avoir mal dormi, réveillée très souvent durant cette fameuse nuit par des contractions anarchiques, irritantes, avec des envies fréquentes d'uriner, l'ayant obligée à se lever souvent, **la sage-femme a pu, par prévoyance, lui prescrire un petit cocktail de quelques tisanes apaisantes**, voire de gélules de plantes reposantes (qu'il ne faut pas hésiter dans un cas semblable à prescrire) si bien que la parturiente a, au contraire, bien dormi et, « a contrario » a encore envie de dormir...

Or, elle a été prévenue qu'elle va avoir un sérieux contrôle à exercer et un travail d'accompagnement de la naissance de son bébé de tous les instants ! Et ce, d'autant que **son tonus cérébral devra tout au long de l'accouchement, être bien supérieur aux très diverses informations et stimulations nociceptives provenant de son utérus et des organes de voisinage.**

Donc, la première chose, pour cette maman, est **« d’être bien réveillée »**, quitte à **ingérer un bon café, du thé vert**, cela suffira à répondre aux contractions utérines de début de travail, disons de 10 volts (façon de parler) : le col est presque « effacé », la dilatation va commencer !

Tout le long de l’accouchement, la mère va agir ainsi en réponse aux difficultés qui peuvent se présenter : **intensité des C.U., répétition trop rapprochée de celles-ci**, laissant peu de repos et de répit à la maman, impressions qui pourraient devenir désagréables, (tiraillements du périnée, ou de pression « du bas du dos ») !...
D’OU L’IMPORTANCE DE CREER UNE STIMULATION CEREBRALE DE PLUS EN PLUS FORTE

II) LA DILATATION DU COL EST DEJA COMMENCEE : Réponses

A) DEMARCHE GENERALE (le col de l’utérus est entre 1 et 2 cm), **« une vraie promenade en amoureux »** peut suffire, mais pas, bien sur, une « marche militaire »,... une ballade où l’on rappelle de bons moments, de bons souvenirs. La maman peut, dans une certaine mesure, faire ses courses, son ménage, un Yams avec le père... **La préparation de la valise**, l’écoute d’une agréable musique **peuvent égayer l’atmosphère, stimuler les émotions**. (expériences toujours évocatrices d’émotions très positives).

B) DEMARCHE RESPIRATOIRE (les contractions se rapprochent nettement), la maman ne tient pas à **prendre un bain (37°5 au plus)**...du moins pour le moment, alors elle peut « répondre » aux C.U. en mettant en place différents Modes et Formules Respiratoires :

1) Au tout début : Mouvements d’inspiration et d’expiration lentes et profondes.

2) Expirations dites « soufflantes »

Puis les contractions devenant progressivement plus régulières et légèrement plus fréquentes, après une inspiration, une expiration, une nouvelle inspiration profondes, ainsi que l’on commencera et finira toute « démarche respiratoire », on met en place « l’Expiration dite Soufflante » qui n’est autre qu’une « longue expiration mesurée », au besoin renouvelée après une rapide inspiration. (Tous les « types respiratoires » vont se terminer, comme ils ont commencé : une inspiration, une expiration, une autre inspiration).

3) Respiration accélérée et superficielle

A partir du moment où les modes respiratoires précédents se révéleront insuffisants (dilatation à 5cm par ex., mais c’est très variable), il faudra alors passer au mode respiratoire plus « rapide », plus « actif », telle la **« respiration accélérée et superficielle »** que le docteur F. LAMAZE avait introduit à la clinique des Métallurgistes (rue des Bluets à Paris), en 1952, plus adaptée à ces difficultés.

4) Respiration accélérée, superficielle, certes, mais en plus comptée et coupée

Pour accroître le tonus cérébral et élever le « seuil de sensibilité » et obtenir un plus vif contrôle cortical, **invitez la parturiente**, qui est dans ce type de respiration accélérée, à compter en elle-même les mouvements respiratoires et à les « couper » : par ex :souffler profondément et rapidement, puis reprendre une inspiration également rapidement, **« tous les 9 mouvements respiratoires »**, à 6 ou 7 cm de dilatation du col, puis **« tous les 6 mouvements respiratoires »** à 8 cm de dilatation du col, puis **« tous les 3 mouvements respiratoires »** pendant la période dite d’éduction, juste au moment où bébé apparaîtra à la vulve, pleinement ouverte : ce qui exige de la part de la parturiente, à certains moments, une très forte activité, un puissant effort de concentration (donnée par cette Resp. acc., superf., comptée-coupée) qui :

1° augmentent le seuil de sensibilité...

2° évitent des déchirures périnéales

C) DEMARCHE D’EDUCATION NEURO-MUSCULAIRE (ou encore **« relaxation active »** est une autre démarche efficace de réponse comportementale aux contractions utérines !).

« L’Education neuro-musculaire (préconisée par F. LAMAZE) a prouvé son efficacité réelle : mais on ne peut donner ici une description détaillée, vous l’avez pratiquée, vous savez qu’il s’agit d’une **relaxation simple**, j’allais dire vulgairement... « au ras des pâquerettes ».

Et pourtant, dans le cas de l’ASD, elle me semble fondamentale, car une sérieuse relaxation de l’ensemble des « systèmes organiques » entrant en jeu lors de la naissance, permet une très **importante économie d’Oxygène, d’énergie** (sucre énergétique, ATP, etc.) qui sont mobilisés pour la physiologie vitale de l’enfant.

Pour faire comprendre cela aux mamans, rappelez leur ce que leur mère ne peut manquer de leur avoir dit un jour : **« quand tu as fait un bon repas, ne te baigne pas aussitôt dans une eau très froide, tu pourrais avoir une syncope mortelle »** (à l’époque, on disait une congestion !). Et ce n’était pas faux, car l’appareil digestif : estomac, intestin a besoin, pour assurer la digestion, de sang lui fournissant justement toute son énergie,

d'oxygène et de sucre : et si l'eau est froide, il lui en faut encore beaucoup plus : il mobilise alors le sang disponible de tous les organes possibles, y compris du cerveau : d'où syncopes ; en effet, pendant l'accouchement, **les muscles en hyper activité** (muscle utérin, les nombreux muscles constituant le périnée et la sangle abdominale), **mais aussi le bébé** (par l'intermédiaire du placenta), **vont pouvoir « récupérer » cette économie réalisée par cette relaxation, cette mise en repos de muscles au travail inutile pendant la naissance** : si l'on applique cette formule, les « bébés roses seront encore plus roses ». L'éducation neuro musculaire est donc utile de ce double point de vue :

1°économie d'oxygène et d'énergie, utiles à bébé..

2°élévation du seuil de sensibilité de la mère

D) DEMARCHE DE LA MISE EN PLACE DU « DERVICHE TOURNEUR »

Parfois, le travail ne progresse plus : Bébé n'assure plus sa descente, à 6, 7 cm, ni sa rotation, la dilatation est, par ex., bloquée ; souvent alors est proposée, (doux euphémisme car c'est plus souvent une mise en place sans autre forme de procès) une perfusion de sérum avec « post hypophyse et antispasmodiques » (si on y est contraint, pourquoi pas, après explications et invitation à accepter...) mais avant d'en arriver là, peut-être, peut-on plutôt conseiller ce que nous appelons nous, le « **Derviche Tourneur** », qui permet à la mère par certains mouvements du tronc, d'élévation des bras et d'une légère bascule du bassin, (comme on le fait dans le « jeu de la balançoire ») de « **recentrer son bébé dans son giron** ». Parfois cela permet au bébé de se recentrer sur le col, et l'on a alors la bonne surprise de constater que **la dilatation va vite progresser... 8 ...9 cm, jusqu'à devenir « complète », et la mère dit enfin qu'elle a envie de pousser !**

Lorsque l'on est en présence d'une certaine dystocie, le temps de travail paraît toujours long à la parturiente et à son entourage tant médical, que familial ! Que faire ?

Nous invitons alors la parturiente à changer de positions, à marcher, à aller aux toilettes, à prendre un bain (dont l'intérêt est indéniable, déjà lors d'un accouchement habituel, eutocique, et encore plus lorsqu'il existe une dystocie), de s'appuyer debout sur le bord de la table de naissance, de se reposer aussi entre les différents changements de positions et les contractions utérines, pour « garder la forme » et prévenir ou modérer la fatigue, qui, à la longue, risquerait de s'installer.

Ainsi se rapproche t'on, tranquillement, de la période d'éducation !

(nous avons depuis longtemps récusé le terme désagréable de phase d'expulsion, quand il s'agissait de faire naître un bébé... et Frans VELDMAN a levé nos derniers scrupules ! Nous réserverons ce terme à la « sortie... l'expulsion du placenta !)

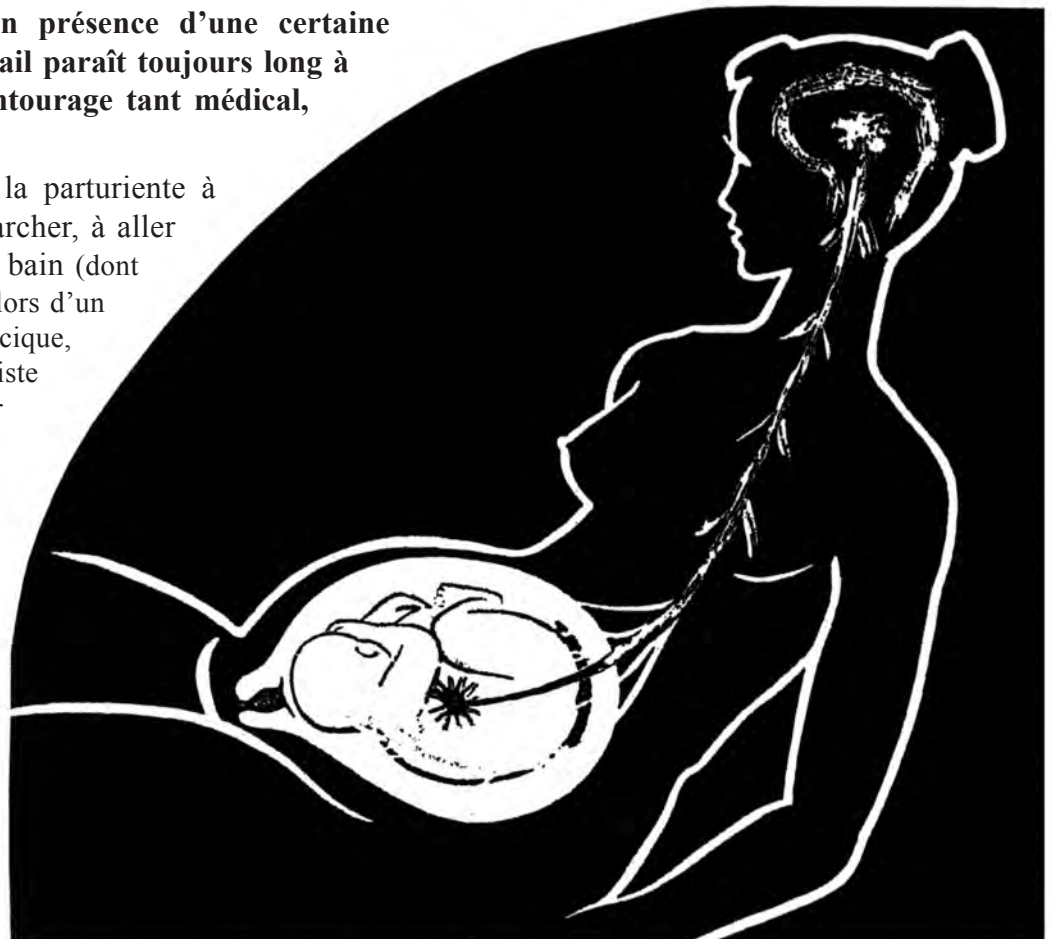


Fig. 38 - Transmissions de stimuli utérins au cerveau.

**Qui seront, selon les cas : ou bien « - Non ressentis »
ou ressentis douloureusement,
ou ressentis agréablement**

III) DERNIERE PHASE : L'EDUCTION (dénommée habituellement expulsion)

L'EDUCTION disent la plupart des mamans c'est la phase la plus facile à contrôler, même si c'est la plus fatigante (parce qu'elle met le « physique » à l'épreuve). C'est elle qui mobilise très naturellement toute l'activité de la parturiente et de toute l'équipe. **Ce devrait être l'apothéose !** Hélas, elle est souvent transformée en guerre des tranchées chez une parturiente « non » ou « mal » préparée !

Tout concourt pourtant à ce que le Tonus de cette mère soit au Maximum. Son mari près d'elle, l'accompagne dans sa démarche, lui tient la tête, à chaque effort de poussée ; elle a opté pour une position ; si c'est « demi assise » sur la table des naissances, elle a ses pieds appuyés sur les hanches de 2 accompagnants (sage-femme, aide-soignante, doula, membre de la famille, etc.) plus « adaptés », on s'en doute que les classiques étriers et tellement plus agréables ! (Mais nous conseillons bien d'autres positions !) Le papa la stimule, les membres de l'équipe (et des familiers parfois) y mêlent leurs encouragements !

La sage-femme, parfois l'obstétricien, la guident, la conseillent ! Tout le monde « pousse » ou « respire » avec elle ! Et, enfin, elle voit dans le grand miroir placé devant elle, la progression de la tête de son bébé ou de ses fesses (le siège) ; dans ce dernier cas, elle découvre très vite la réalité du sexe de son enfant !

La suite est connue : pendant l'éduction, les membres de l'équipe interviennent le moins possible, sauf pour contrôler le bon état médical de la mère et de son enfant (bruits de cœur de bébé au monitoring à intervalles réguliers, parfois, Tension Artérielle de la mère, etc.), la « protection du périnée » de la maman s'effectue par l'action de la mère elle-même : action de contrôle intime intérieure, comme elle l'a appris, passage aux « respirations accélérées coupées comptées » pour freiner l'action de poussée du diaphragme, lors de l'ampliation maximale du périnée par la tête de l'enfant.

Le père accueille son enfant en plaçant sa main sous les fessiers du bébé, puis pose ce dernier avec douceur sur le ventre de la maman, en ne coupant le cordon (sauf en cas de groupe sanguin Rhésus négatif de la mère) qu'après avoir constaté, quelques minutes plus tard, qu'il ne battait plus !

Les parents donnent alors à leur enfant un bain – d'eau – de paroles – de tendresse et d'amour !

Il est souhaitable - qu'une lumière très douce (sans scialytique) éclaire la salle des naissances – que la mère, l'enfant et le père puissent rester seuls quelques minutes, le temps de communiquer entre eux, de faire connaissance de nouveau, de se parler, de se dire toute leur tendresse, tout leur amour, de prendre un contact affectif majeur ; l'enfant est mis au sein de la mère aussitôt, si celle-ci a pris la décision de le nourrir (il s'agit là d'une des meilleurs dispositions pour que la maman débute bien l'allaitement maternel...). Puis, après les soins habituels de la mère, ceux de bébé et son habillage (devant ses parents), ils doivent pouvoir partir, tous les 3 ensemble, dans leur chambre.

« Je n'y arriverai jamais » me dit un jour une dame, « je n'ai même pas pu avoir mon permis de conduire ! ». J'ai dû lui expliquer longuement qu'il s'agissait de son corps, non d'un examen et qu'elle avait tout ce qu'il faut pour bien accoucher, surtout avec une telle préparation.

Dans un tel contexte, elles peuvent venir les contractions utérines inhabituelles – en intensité, - en fréquence qui pourraient franchir habituellement « la Zone de Freinage » et être vécues douloureusement (occasionnées par une résistance ou un obstacle passager, une petite lésion – du col, - du plan périnéal profond ou superficiel, ou d'autres organes, ou régions) !!!

ALORS « Zone de Freinage et Seuil de sensibilité » seront à leur maximum, la « réponse de la mère », bien adaptée, ne laissant aucune chance à l'intégration des informations « en douleurs » !

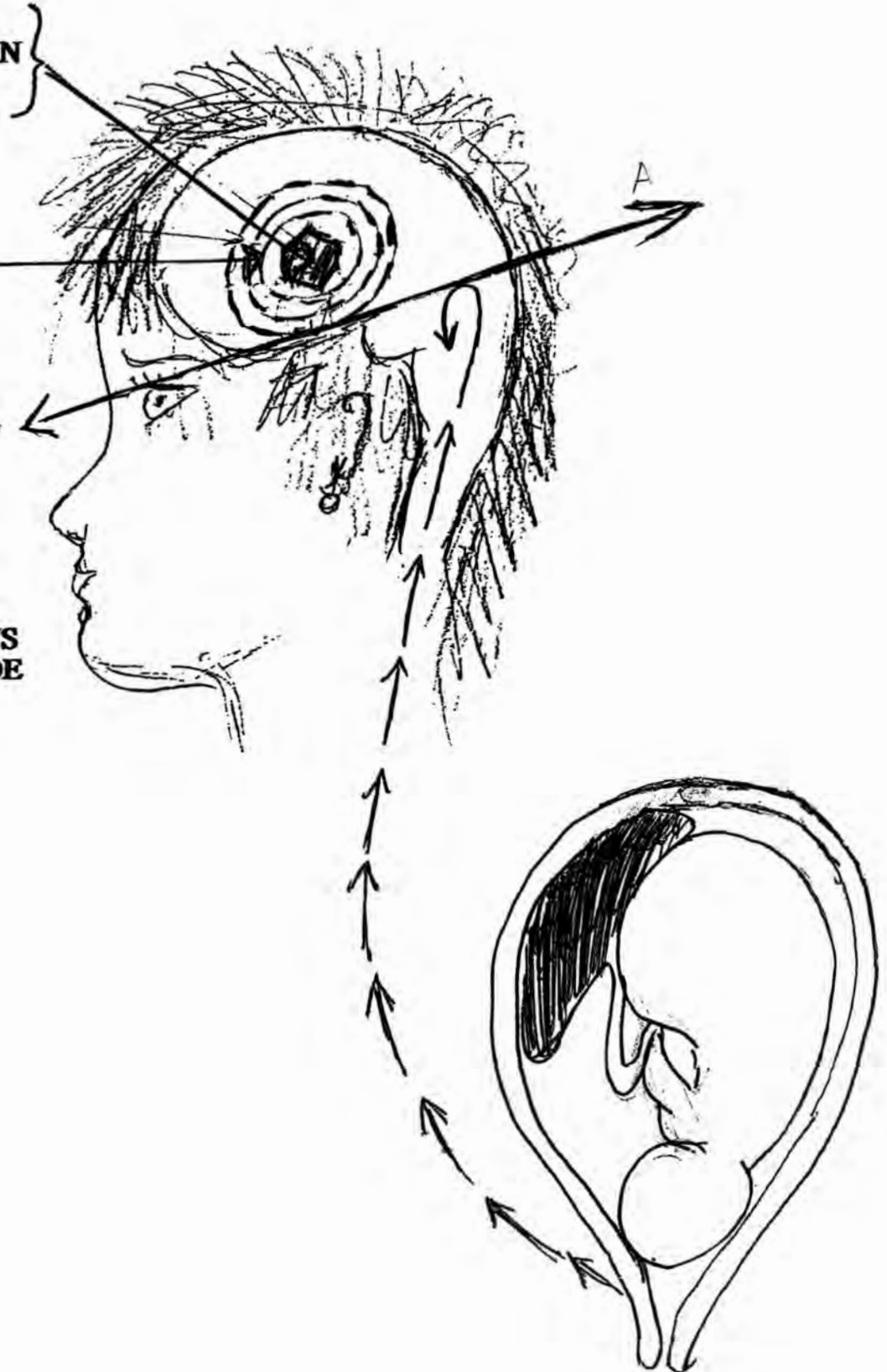
Inutile de faire un calcul d'apothicaire entre l'intensité des - Informations nociceptives venant de la région utéro-pelvienne... - et la puissante Stimulation du Tonus cérébral maternel obtenue par cette préparation particulièrement adaptée aux circonstances. Tout le monde aura bien compris comment des informations venant des organes internes...sont transformées...ou non, en douleurs.

- 1) ACTIVATION
- 2) CONCENTRATION
- 3) MOTIVATION
- 4) SUBLIMATION

AUGMENTENT
LA ZONE
DE FREINAGE

ELEVENT LE SEUIL
DE SENSIBILITE

INTERDISENT
"L'INTEGRATION"
DES INFORMATIONS
EN PROVENANCE DE
L'UTERUS ET DES
ORGANES DE
VOISINAGE
EN SENSATION
DOULOUREUSE



SI LA PARTURIENTE EST PREPAREE EN HAPTONOMIE...

L'accompagnement se fera d'une manière totalement différente, tout comme la parturiente aura « préparé » la naissance de son bébé complètement différemment : je ne vais pouvoir vous en donner ici qu'un très bref aperçu : vous avez compris que toute concentration, respiration spéciale, sont bannies dans ce cas, et qu'au contraire la maman devra par son « ouverture », « laisser venir » son enfant, l'accompagner simplement, lui qui connaît déjà le chemin à parcourir pour venir au monde, et qui connaît, également, ses parents grâce aux rapports psychoaffectifs (affectueux pourrait-on simplement dire) qu'il a eu avec eux, alors qu'il était encore dans le giron maternel...

TOUT EST VECU, TOUT EST SENTI, donc rien n'est à transmettre autrement que par le « SENTIR ». Je ne pourrai donc qu'énumérer une série d'éléments visualisés, transcrits en formules signifiantes, valables seulement pour qui « a pratiqué et senti » mais qui expriment l'importance de cette HAPTONOMIE fondée par Frans VELDMAN.

Ainsi tout le long de l'accouchement, la mère est « présente » pleinement « chez » son bébé, à son écoute, « répond » à ses appels (elle a eu avec lui un « contact affectif psycho tactile » depuis les tous premiers mois de sa grossesse, et a « joué », ainsi que le père, avec lui).

Dès le début de l'accouchement, ce sont, dans ce contact affectif, des « berceuses » par la mère assise, ou debout, même en marchant ; d'ailleurs, ces berceuses, faciles à réaliser, avec toute la tendresse que vous devinez, ont un heureux effet sur la descente de l'enfant, favorisant engagement, déengagement et naissance de bébé.

Cette préparation favorise – et le « recentrage du bassin maternel » et « celui du bébé dans le giron maternel » ; mère et père partagent un accompagnement qui va permettre à l'enfant de trouver plus facilement le chemin de sa naissance dont il a déjà une connaissance intuitive !

Au moment de l'éduction, alors que la mère ressent, par l'appui de son enfant, une envie de pousser, rien n'empêche la parturiente de prendre la position de « poussée » traditionnelle ...

Mais l'accompagnement par le papa et sa « présence » vont s'exprimer d'une manière particulière : - ou il se tient près de sa compagne, sa ou ses mains en contact affectif avec bébé à travers le giron de la mère, et parfois même sous la « base » de celle-ci, - ou bien il se place derrière sa compagne, pour être en meilleur « contact affectif » avec bébé.

Souvent la mère n'a pas besoin de pratiquer des efforts de « poussées » (sauf lors de dystocies patentes). Différents changements de « tonus posturo-musculaire » permettent des « ouvertures » ordinairement insoupçonnables, qui lèvent les obstacles et facilitent, d'une manière incroyable, les différentes phases de la naissance !

L'ACCUEIL DE BEBE :

Quand bébé est presque entièrement né, le père le dépose sur sa main, placée sous sa base, il le confie alors à la maman, dans un mouvement de bras, en un geste qui continue d'assurer la sécurité de base de l'enfant ; c'est un moment très important : la mère et le père, par le Toucher affectif de leur enfant (et des paroles chaleureuses) confirment existentiellement bébé !

Ils lui apportent là l'affirmation qu'il est le bien-venu, déjà aimé depuis longtemps, qu'il sera « respecté » et pourra, à sa manière, préparer son « autonomie ».

Pour que ce « Petit d'Homme qui marche debout » puisse justement se préparer à cela, être bien compris, accompagné, respecté dans cette progressive démarche vers l'autonomie, l'équipe va apprendre aux parents certains principes de base : « la sécurité de base » et à partir de là : le « porté », l'ouverture au monde, voir avec le père des gestes simples : « le port (de tête) de bébé », comment l'inviter, le respecter pendant le change, lui parler, l'aider à développer une certaine invulnérabilité... dans l'esprit de cette préparation, par l'invitation !

CE SONT DEUX FORMULES TOTALEMENT DIFFERENTES DONT IL FAUT RESPECTER LA DEONTOLOGIE

A Montaigne, notre embarras était grand : certaines parturientes optaient définitivement pour l'ASD ou pour l'accompagnement Haptonomique, mais d'autres qui connaissaient les résultats et les qualités de l'une et de l'autre formule, ou qui avaient appliqué, à une grossesse précédente, l'ASD, ne voulaient pas faire l'économie de se préparer selon ces deux préparations pourtant fondamentalement en opposition. Dans ce cas, nous recommandions aux mères de vivre ce grand moment en Hapto, et si une dystocie se faisait jour, et qu'elle ne puisse être résolue par la mère en Hapto, plutôt que de rentrer dans le circuit de la – « péridurale – perfusion d'ocytocine – voire forceps ou césarienne » alors l'équipe conseillait à la mère d'abandonner ... pour un temps, l'Hapto, et de se « contrôler » selon l'ASD en présence de cette exceptionnelle difficulté.

Ce qui ne veut pas dire qu'on ne peut accompagner en Hapto, une parturiente sous perfusion d'ocytocine ou sous péridurale, voire même « césarisée », au contraire, c'est le moment d'essayer de développer au maximum des contacts affectifs avec son bébé et de lui faire sentir qu'on est là, bien présent, et qu'il n'est pas abandonné, mais si on peut faire que – et la mère – et l'enfant évitent cette épreuve, n'est-ce pas mieux ? Et la difficulté vaincue, rien ne nous empêche de « revenir en Hapto » ! Il en est de même pour celles contraintes à l'ASD par une grosse difficulté, qui veulent « retrouver leur bébé » entre les contractions utérines alors qu'en se concentrant pendant les CU, en « respirant », il est évident qu'elles s'en sont, pour un temps, isolées : on ne peut accepter, dans ce cas, les arguments des « puristes » ... « **CONTRAINTE FAIT LOI, PARFOIS** » ...et ...

SEUL COMPTE LE BONHEUR DE FAIRE NAITRE, AU PLUS PRES DE LA PHYSIOLOGIE, avec le moins de difficultés et de douleurs pour la mère et l'enfant, dans la meilleure relation affective possible entre la mère, le père et l'enfant ! ... et pour finir...

Laissez-moi vous raconter cette anecdote, qui montre bien l'importance de l'Haptonomie

Une dame, accompagnée de son mari, parachutiste à Pau, de ses 2 filles, âgées de 11 et 7 ans, revenait accoucher pour la troisième fois à Montaigne, vers les années 92. Elle avait, pour la première fois, préparée son accouchement en Hapto : la dilatation de son col utérin était à 7 cm...Elle vivait cette 3ème naissance complètement dans l'esprit de l'accompagnement haptonomique...et tout se déroulait superbement !

A un moment, elle « changea de visage » et de comportement ! Son regard se durcit, ses mains s'agitèrent ; je me suis dit « il se passe quelque chose, elle va craquer ! »...Et, je l'avoue, j'allais lui proposer de se concentrer et de « respirer ...ASD » ! C'est alors que ses filles, sentant ce changement d'attitude de leur mère, lui dire, simplement : « Maman, est qu'on peut ouvrir la valise de bébé et ranger ses affaires ? »

Immédiatement, le visage de la mère rosit, et les choses alors, allèrent très vite : les filles sortirent d'un après l'autre...un bonnet bleu, un bonnet rose, tous les 2 avec un gros « pompon »...des chaussettes de laine blanche avec des rayures bleues et roses (avec au bout du gros orteil, le bout de laine final dont on sentait qu'il avait dû être coupé avec les dents de la grand-mère !) ; et après quelques autres objets, pour finir, une salopette à la « COLUCHE » ! sur laquelle était imprimé un MICKEY avec un gros nez !

Cela avait duré 10 mn, pas plus ; ...La maman avait tenu, de ses deux mains, son bébé dans son giron tout le long de l'accouchement !

En regardant ses filles faire ce « déballage », son visage, son regard s'étaient modifiés ! Redevenue calme...très souriante, elle nous dit tranquillement « je pense que j'ai envie de pousser » ; la suite fut extraordinaire, à la hauteur du sourire de cette maman, dont l'évocation maintenant encore, m'émeut !

EN GUISE DE CONCLUSION

Vous avez compris que la maman a, en cas de besoin, si une dystocie se faisait jour, toute une batterie de possibilités, de « réponses »...à adapter aux conditions de son accouchement, mais on ne peut dire très exactement, avant le début de l'accouchement, que c'est à telle phase de la naissance de votre enfant que nous vous conseillons plutôt telle ou telle démarche.

Les réponses des mères vont dépendre de leur personnalité, parfois de leur anatomie, de la « présentation » de leur enfant, de la manière dont elles ont assimilé la forme de préparation choisie, et de bien d'autres particularités (le choix du lieu de naissance, la chaleur de l'accueil, les conditions de vie, la participation du papa, la qualité de « l'accompagnement », les obligations liées à la santé de la mère ou de son bébé, etc.).

L'ASD demandera un plus grand « contrôle » et une participation de plus en plus active, mettant en place toute la panoplie des modes d'activation et de stimulation cérébrales pour en obtenir la meilleure élévation du « seuil de sensibilité » (Modes respiratoires divers et différenciés, Mode d'éducation neuromusculaire, Bains, Mode « Derviche Tourneur » etc.) au fur et à mesure que se présentent les difficultés.

L'Accompagnement Haptonomique invitera les parents à être plus « présents » lors des difficultés, sans concentration, favorisant les « ouvertures » utiles pour que l'enfant trouve le chemin de sa naissance ! Il invitera de même les parents à un comportement respectueux, favorable à un développement sensoriel, psychoaffectif et intellectuel de l'enfant, qui le conduise finalement, tranquillement, à son autonomie.

PLAN – RESUMÉ DE L'ENTRETIEN

(Plan pédagogique utile pour se rappeler l'ordre des argumentaires pour convaincre)

Intérêt de la préparation à la naissance de « Montaigne » devant la survenue d'une « dystocie » : conduite à tenir à partir des données théoriques et de l'expérience ! (Cet enseignement est fort utile bien au-delà de la grossesse et de la naissance)

I) LES DYSTOCIES : QUELLES SONT-ELLES ?

1ère Notion : celles qui exigent une opération césarienne (ex : présentations transverses, front)

2ème Notion : les cas « limites » qui peuvent bénéficier de la Préparation et se résoudre par voie basse grâce à elle.

3ème Notion : si l'on peut transformer une situation dystocique en accouchement eutocique (c'est à dire physiologique et normal), à l'inverse, si on laisse négligemment « traîner » un linge ensanglanté, une grosse seringue, à la vue d'une parturiente qui vient accoucher, ou si cette dernière à son entrée dans le service entend des mamans crier, l'accouchement au départ prévu comme simple et « eutocique » peut se compliquer et devenir « dystocique » ! Il faut donc une vigilance de tous les instants !

4ème Notion : dans le cas d'une dystocie, il est bien entendu qu'il ne s'agit plus d'une douleur d'origine « socio-culturelle », mais provenant d'une vraie lésion organique, qui devrait à l'évidence « faire mal » ! (en ne niant pas qu'il faut parfois, même si c'est pour un temps très court, faire appel à la pharmacopée !)

Enfin explications sur la transformation d'une « Stimulation », d'une « Information » venant d'un organe ... en « SENSATIONS » : et l'on verra que cela ne vient pas uniquement de la nature de « l'agent stimulant » mais surtout de « l'état » du système nerveux central, du cerveau. Des signaux, venant d'organes normaux, peuvent, selon l'équilibre du Système Nerveux Central, dans certaines circonstances, se transformer en sensations douloureuses, mais l'inverse peut également se produire et des signaux venant d'organes « malades ou agressés » peuvent, dans certains cas, être « dérivés » et être « intégrés » d'une manière positive et même parfois agréable si l'état du SNC et du cerveau le permettent !

C'est là tout notre sujet ! Nous allons voir les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir.

II) TOUT EST RELATIF : mode pédagogique : raisonnement analogique

La blague classique

Démonstration sur la relativité des choses, des chiffres, de leur valeur absolue.

Pour l'homme, bien souvent, la « valeur relative » compte plus que la « valeur absolue » !

III) TONUS CEREBRAL, ZONE DE FREINAGE, SEUIL DE SENSIBILITE

a)Notions générales : rôle des neurones...stockage, distribution d'énergie...perte d'énergie (fatigue)...récupération la nuit (pendant le sommeil) avec toutes les conséquences du « repos nocturne ».

b)Tonus cérébral : lever la main ou le bras...Activité cérébrale 10v (?) ce qui définit le tonus cérébral.

c)Zone de freinage (qui « entoure » l'activité, le Tonus Cérébral) est « équivalente » au Tonus cérébral, freinant la « pénétration » de toute stimulation « inférieure » en puissance ou en intérêt. Ex du « passionné de mathématiques », qui, plongé dans ses calculs, n'entend pas l'assourdissant concert de Rock qui passe à la télé ! ...Autre ex. du savant Cosinus...etc. Rien, chez un passionné, aucune stimulation ou agression, ne peut franchir son « SEUIL DE SENSIBILITE » !

d)Seuil de sensibilité : qui n'est autre chose que la conséquence des 2 premières définitions...J'ai compris qu'en fin de compte, le « Niveau » de la puissance de la « Zone de Freinage » ...c'est cela le seuil de Sensibilité : plus le Tonus Cérébral est important, plus la zone de freinage est puissante, plus le seuil de Sensibilité est élevé ! Et moins de possibilité existe de ressentir douloureusement quoi que ce soit (agressions de toutes sortes, externes ou internes !). Ces agents agressifs ne sont pas « INTEGRES EN DOULEURS ». « Pour ne pas souffrir, il suffit d'élever fortement son SEUIL DE SENSIBILITE » pourrait on dire !

IV) LA STIMULATION CEREBRALE (4 moyens efficaces de stimulation).

1)Activation : histoire de la vieille dame célibataire – vrai aussi pour « retraités sans jardin » par ex.

2)Concentration : l'enfant distrait, « dans la lune » à l'école.

3)Motivation : le rugbyman qui ne ressent pas les coups pendant le match...mais le lendemain, aïe ! De tout cela, quelques ex. de la vie de tous les jours :

- a) la partie de cartes de Pierre, l'accident de voiture...la femme et les enfants de Pierre ! Ses réactions.
- b) voyage dans le train, le bavardage des gens du compartiment...Exbrayat...La voix du chef de gare !
- c) les maux de dents,

ou comment, en modifiant positivement l'état d'équilibre du Cortex Cérébral, on peut transformer des informations (qui auraient normalement été perçues très douloureusement) en sensations non seulement Non Douloureuses, mais même, dans certains cas, Agréables ! ...mais voyons plutôt cela avec la :

4)Sublimation :

- a) Anecdote du mitraillage des routes par les avions italiens en 39 (réaction de survie effaçant la douleur),
- b) Expérience de Mme EROFEEVA avec le chat « sauvage » et les souris (SHERRINGTON et sa réaction : je comprends mieux la « psychologie » des martyrs !)
- c) Comportement des martyrs (d'allusion religieuse justement)
des martyrs de la Résistance (Jean MOULIN)
rappel de « La Question » d'Henri ALLEG
- d) Explications à propos du système « Sado-Maso » (léger) du « *tu veux bien me percer mes boutons* ».

L'ACCOUCHEMENT COMMENCE

Si c'est seulement le « TOUT DEBUT » : la consigne est : bien dormir, si besoin en prenant une bonne tisane phytothérapique (pour stocker de l'énergie et éviter la fatigue).

Si, par contre, l'accouchement est vraiment commencé (effacement et dilatation du col), au contraire, faire tout ce qu'il faut pour être très réveillée en s'adaptant aux Contractions Utérines et même en les « prévenant » ! Comment ?

1)EN TOUT PREMIER LIEU PENSER AU BAIN à température proche de 37°, 37,5° : c'est bénéfique aussi bien au début qu'à la fin de l'accouchement.

II)DEMARCHE GENERALE : *Activité...Ballade...Musique...Gaieté...Préparer la valise*

III)DEMARCHE RESPIRATOIRE : 4 types à allier selon sa convenance et les C.U.

a) Mouvements d'inspirations et d'expirations lentes et profondes

Respirations à type d'expirations « SOUFFLANTES »

Respirations « accélérées et superficielles »

(les mêmes) c'est à dire : R. Accél. Et Sup. mais en même temps « comptées et coupées » surtout lors de l'ultime moment de la naissance de bébé, lors du passage de la tête ou du « siège », pour éviter toute « déchirure périnéale » !

IV)DEMARCHE D'EDUCATION NEURO-MUSCULAIRE : *...Economie d'Oxygène et d'Energie dont bébé a besoin (cette E.N.M est une relaxation volontaire très simple)*

V)DEMARCHE DU « DERVICHE BALANCEUR » (s'est révélé extrêmement efficace)

ENFIN LA PHASE D'EDUCATION COMMENCE

Voir le texte lui-même : il ne peut être résumé (il ne s'agit que d'une sorte de « pense-bête » de lien pour que vous puissiez vous-mêmes « donner » ce cours !)

ENTRETIEN (OU TABLE RONDE) sur le thème : I'HYGIÈNE DE LA FEMME ENCEINTE... Et l'allaitement maternel au sein

Il se faisait comme le 3^{ème}, sous forme d'entretien en technique de groupe. Là encore, ce mode dépend du choix des participants ; disons, pour faire simple, qu'il s'agissait le plus souvent d'un entretien pas entièrement « non directif » car il donnait lieu à des débats demandant des explications, des informations parfois longues qui « rompaient avec la forme non-directive ».

Il fut un temps où cet entretien avait lieu lors d'un repas que nous faisons tous ensemble, et pour lequel chacun apportait un aliment... et nous partagions...et le repas et la parole !

1°) La prise de poids et d'embonpoint de la mère, depuis le 3^{ème} cours (qui lui aussi était un entretien de groupe) amenait tout naturellement la discussion vers l'**Hygiène alimentaire de la femme enceinte** et vers l'**Hygiène tout court** ! C'était, bien souvent, l'occasion de demander des explications au médecin ou à la sage-femme : si on avait la chance d'avoir dans ses murs ou chez les papas présents un naturopathe, le débat prenait une excellente tournure ! Sinon, chacun y allait souvent de son propre couplet sur l'avantage de telle ou telle conduite alimentaire !

La nocivité du tabac...de l'alcool...et bien d'autres choses (cuisine, recettes, aliments bio, leur intérêt, leur prix, etc.) était souvent longuement évoquées ; c'était une bonne occasion parfois d'échanges intéressants !

2°)Des besoins alimentaires...on passait souvent aux désirs ...d'ordre vestimentaire (et oui, paraître belle ou du moins pas trop « déformée » est toujours, et c'est normal, une préoccupation légitime de la femme enceinte) ou **d'ordre social**... le temps de travail, à quel moment arrêter son activité professionnelle d'une manière raisonnable, ...comment se déplacer, les avantages du train ou de la voiture, ...n'est il pas préférable de prendre le volant que de se faire conduire...**ou d'ordre intime** : comment gérer les relations conjugales, **à quelle époque doit-on arrêter les rapports sexuels...etc...**

3°)Souvent lors de cette rencontre, qui a lieu vers le début du 8^{ème} mois, se pose la question de l'accompagnement durant l'accouchement. Certes, il s'est déjà posé depuis longtemps, notamment au moment de la préparation à la naissance, quand il a été question de savoir qui allait accompagner la parturiente durant les cours et rencontres, mais plus se rapproche la date de la naissance plus la maman a besoin de savoir qui, en fin de compte va l'accompagner ! C'est aussi pour elle un moyen de se savoir bien « entourée », « protégée » ! A « Montaigne » il n'y avait pas de limites à l'accompagnement ni dans le nombre ni dans la « qualité » des personnes accompagnatrices : **le papa ?** (c'était le cas le plus souvent), **les parents ? (mère, belle-mère ? ou autres tantes ou sœurs de la maman ?), les enfants du couple, filles ou garçons ?** (que nous acceptions volontiers surtout s'ils avaient suivi, même simplement en parti la « préparation »)

. Les discussions étaient souvent très vives autour de ces thèmes, notamment quand étaient évoquées la participation des « mères et belles-mères » et celle des enfants (l'âge, le sexe, la maturité, etc.)

Et parfois, d'autres personnes proches des futurs parents, et de la famille faisaient aussi partie de « l'accompagnement » ; à cela, il faudrait pour être complet, ajouter que nous demandions parfois l'autorisation aux « parents » pendant cet entretien, à ce que d'autres personnes, qui en émettaient le désir, participent à la naissance.

4°)Un grand moment de discussion était réservé à l'allaitement maternel.

Le plus souvent, ce thème s'imposait de lui-même, ...mais, quand ce n'était pas le cas, nous l'abordions à la fin de l'entretien, de la manière la plus complète possible, **du fait de son extrême importance !**

ENTRETIEN sur le thème : “ L’ACCOUCHEMENT COMMENCE ! ”

LE TERME

Vous voici donc arrivée à un moment très proche du terme : à ce propos, nous l’avons déjà évoqué, *le terme est souvent difficile à évaluer*, il se situe autour de 9 mois (275 jours), après la fécondation (laquelle a lieu autour de la date d’ovulation, c’est à dire en moyenne entre le 10^{ème} jour et le 15^{ème} jour après le début des règles), Mais ces notions sont actuellement très discutées !

il faut être prudent avec cette notion... parce que :...

on est rarement sûr de la date réelle de l’ovulation (sauf dans le cas de certaines inséminations ou fécondations artificielles et provoquées),

l’ovule et « le » spermatozoïde, à la recherche l’un de l’autre, peuvent survivre un certain temps avant d’aboutir à la fécondation effective,

il existe certaines familles où les mamans, à travers diverses générations, accouchent systématiquement beaucoup plus tôt (par ex. à 8 mois), ou beaucoup plus tard (9 mois et une semaine), que la moyenne.

Les chiffres habituels de durée de grossesse et de date d’ovulation **étant de valeur statistique**, les données individuelles sont variables d’un individu à un autre...

CRAINTES DE « DEPASSEMENT DE TERME »

Pourtant la pratique obstétricale amènent les praticiens à une certaine « surveillance », lorsqu’on estime le terme présumé dépassé, (le « vieillissement » du placenta pourrait entraîner une anoxie – manque d’oxygène- de l’enfant avec toutes les conséquences qu’on peut imaginer), certains éléments de surveillance sont conseillés (il y a pratiquement un consensus sur ces moyens de prévention : tous les 2 jours, étude de la vitalité de bébé et notamment analyse de la courbe cardiographique (enregistrement au monitoring), examen de la « poche des eaux », par amnioscopie), le « déclenchement » ne devant se faire, seulement, qu’après un certain délai ou devant l’existence de signes réels d’altération biologique.

ABUS DE DECLENCHEMENTS

Personne n’ignore qu’actuellement il existe des abus de « déclenchements » dont l’issue n’est pas toujours anodine (les différents produits de déclenchements...prostaglandines ou autres, provoquant parfois des « hypertopies utérines » avec des troubles du rythme cardiaque fœtal et pour la mère, des douleurs liées à l’hypertension, à la fréquence et à la puissance inhabituelle des contractions – on devrait plutôt dire des « contractures » utérines) et la maman rentre dans le cycle infernal : déclenchement – péridurale – forceps ou césarienne.

D) SIGNES PRECURSEURS DE L’ACCOUCHEMENT

3 signes classiques :

1) la perte du bouchon muqueux,

2) la rupture de la poche des eaux,

3) la survenue de contractions utérines devenant régulières, se rapprochant de plus en plus, et dont la durée et la puissance augmentent progressivement.

Reprenons chacun de ces signes :

Perte du bouchon muqueux :

Souvent, cela se fait progressivement, sans que la mère ne s’en rende compte, dans les 15 derniers jours avant l’accouchement ; mais c’est, parfois, très variable : les « multipares » le perdent très progressivement depuis la fin du 8^{ème} mois, et d’autres, 8 jours avant, par ex !

Si j'osais, je dirais que ce « bouchon muqueux » ressemble à une glaire sanguinolente, entraînant, très rarement, quelques contractions utérines irrégulières (il est bon de rappeler que le bouchon muqueux a un certain rôle de protection, et que celui-ci étant disparu, il est conseillé de limiter les rapports sexuels et la baignade, dans la mesure où l'on peut craindre certaines infections). Et il est inutile alors de vous précipiter aussitôt chez votre médecin !

Rupture de la poche des eaux :

La conduite là, est différente ; cette perte peut-être brutale. Lors de ce 6ème cours, à une dame qui demandait : « *Si ma poche des eaux se rompt dans la rue, que dois-je faire ?* » Nicole répondit avec humour : « *Vous marchez avec un pied sur le trottoir et un dans le caniveau !* »

En fait, la rupture « brutale » de la poche des eaux est indolore, rarement importante ni abondante ; elle est le plus souvent partielle ! Qu'il s'agisse d'une présentation de la tête ou du siège, surtout lorsque la maman est debout, l'enfant vient faire pression sur le col et la poche des eaux se referme partiellement, voire complètement, du moins pour un certain temps. L'écoulement est souvent lent et l'amnios reproduit le liquide de la poche des eaux au rythme de 1 litre et demi par heure ! Il suffit donc de se garnir et de consulter !

Le plus souvent, cette rupture s'accompagne, dans un laps de temps variable, de contractions utérines et fait progresser l'accouchement ! Cette rupture survient surtout en cours d'accouchement ; cette rupture peut accélérer le travail...ou, au contraire parfois le freiner ! Le plus souvent elle l'accélère (d'ailleurs dans certains cas de « non progression » du travail, à 6 ou 7 cm de dilatation par ex., la sage-femme choisit, pour accélérer le travail, de rompre la poche des eaux après en avoir expliqué l'innocuité à la maman)...

Quelle est la conduite raisonnable ? Et quelle est notre position ?

La rupture de la poche des eaux ne s'accompagne pas toujours du début de l'accouchement : dans ce cas là, combien de temps est-il possible d'attendre avant de déclencher le travail ? Celui-ci peut survenir parfois dans les 24 ou les 48 heures ! Quand doit-on « déclencher » ?

Les avis sont très partagés du fait de « l'ouverture de l'œuf », d'une infection possible de la cavité amniotique et utérine, donc de bébé !

Nous sommes partisans d'attendre 24/48 heures, sous couvert d'anti infectieux généraux et locaux, en hospitalisation de préférence, après quelques temps ; on met en place tous les éléments classiques de surveillance. Nous conseillons à la mère un certain nombre d'exercices physiques et psychologiques pour faire « descendre » son bébé et qu'il déclenche lui-même sa naissance ; sinon on doit se résoudre à « déclencher » très progressivement...

Parfois, au contraire, bébé naît « coiffé », entouré et bien protégé par la poche des eaux non rompue.

Les contractions utérines d'accouchement :

L'accouchement peut démarrer tout bonnement par la survenue de contractions régulières, progressives en durée, rythme, puissance : vous savez ce que cela signifie ; vous avez depuis longtemps appris à les « reconnaître », à les « sentir » dans votre giron : votre ventre devient dur, non seulement du côté du dos du bébé, mais globalement, entièrement, de tous côtés.

II) PHASE D'EFFACEMENT ET DE DILATATION DU COL

Les fibres longitudinales de l'utérus vont avoir tendance à raccourcir le col et à le dilater, et les fibres circulaires utérines en se « relâchant », compléteront cette dilatation du col.

A)Description :

(Reportez-vous au 1er cours)...Rappelons simplement ceci :

Du fond utérin se contractant, se produit une pression de l'enfant qui lui-même fait pression sur le col utérin, ce qui facilite – l'effacement du col utérin par stimulation des fibres longitudinales, - sa dilatation, par le relâchement et l'ouverture des fibres circulaires.

Vous avez appris à bien sentir cette sorte de durcissement de votre ventre avec vos mains, à les « intégrer » dans votre cerveau, à les apprécier comme étant des contractions utérines, comme quelque chose d'agréable, de bon pour que l'accouchement progresse dans de bonnes conditions : vous pouvez ainsi « laisser

venir » tranquillement les contractions utérines en les vivant, en les appréciant tranquillement, les considérant comme de nature physiologique, naturelle et normale, pour qu'elles aident bébé à trouver sa voie...

Etes-vous sûre que ce sont des contractions utérines et non des mouvements de bébé ?

Si vous êtes sûre que ce sont bien des C.U. de début d'accouchement, que vous ne les confondez pas avec des mouvements même un peu « brutaux », saccadés de bébé, et qu'elles deviennent « régulières » (contrairement à ce qui se passe en toute fin de grossesse où pour un oui ou pour un non, la maman ressent un bébé qui bouge beaucoup et provoque alors des C.U. parfois intenses mais irrégulières, avec souvent 3 ou 4 C.U. de suite en 10 minutes puis aucune), peut-être alors est-il bon de considérer que c'est le début de l'accouchement, d'attendre quelques temps, de vivre avec bonheur ces instants.

Si « on a un doute » sur le fait qu'on est sur le point de rentrer de plein pied dans la naissance, alors on peut consulter sa sage-femme. Pas de « précipitation », pas « d'angoisses » !

VOILA GROSSO MODO, COMMENT PEUT DEBUTER VOTRE ACCOUCHEMENT !

B) Conduite à tenir

Quel que soit le mode de préparation, certains comportements seront les mêmes, mais d'autres seront totalement différents... selon que la préparation est celle de la P.P.O. (psychoprophylaxie obstétricale ou A.S.D. –accouchement sans douleur), ou celle, tout à fait différente de l'Accompagnement Haptonomique !

Au fur et à mesure, nous vous commenterons ces différences, bien qu'il ne soit pas facile de décrire ce que quelqu'un d'autre « ressent » ; mais nous allons essayer en nous appuyant sur l'expérience et le témoignage de mamans « préparées » selon cet « accompagnement ».

Il existe deux cas de figures à envisager :

-Si vous pensez qu'il s'agit du tout début de l'accouchement et que vous êtes en fin de soirée, disons 19 ou 20 heures, (prenons l'exemple d'une « primipare »), il est alors sage de prendre une tisane apaisante, peut être un bain très court et d'essayer de dormir pour être « en forme » lorsque le travail commencera vraiment...

-S'il s'agit vraiment de l'accouchement alors, au contraire, il faut faire en sorte d'être parfaitement éveillée (et je conseille volontiers, la prise d'un bon thé vert, ou d'un café).

ETRE EVEILLEE ET ACTIVE !

Il est souhaitable de « bouger », de se promener, d'aller en forêt, dans la nature, ou faire ses courses dans les magasins, et si vous préférez rester à la maison... de travailler un peu... de repasser, de préparer la valise, les affaires de bébé (et de le faire en famille).

(Vous aurez peut-être « consulté », mais souvent rien ne presse, surtout si vous êtes suivie dans un milieu que vous sentez un peu « hostile » à votre préparation !)

Pendant les contractions utérines...vous vous arrêtez...debout ou assise...vous restez bien en contact affectif avec votre bébé vos mains sur votre giron, « enveloppant votre bébé », j'oserais dire en « le prenant à bras le corps », donc très « présente ».

-si votre préparation est purement « Hapto » : restez bien avec votre bébé pendant les C.U., laissez venir...et accueillez tranquillement ces C.U., ...faites des berceuses...bercez bébé... et vous-même... jusqu'à la fin de la contraction, puis reprenez votre activité jusqu'à la prochaine C.U. ...Vous pouvez ainsi tout le long de l'accouchement, avec votre accompagnant (e) à vos côtés, le plus souvent le papa, « déambuler » en faisant des « berceuses », papa sur le côté ou derrière vous, tenant même son bébé par l'intermédiaire de votre giron ; cela peut largement suffire souvent jusqu'à l'ultime phase avant la naissance !

-si vous êtes préparée selon l'A.S.D. (ou qu'une difficulté surgit), nous vous conseillons, au fur et à mesure de l'ampleur des difficultés ou de la puissance et de la durée des contractions utérines de chercher une réponse d'ordre respiratoire :

-des « respirations (inspirations – expirations) profondes »,

-des respirations dites « soufflantes » (après un ensemble de : une inspiration profonde, une expiration profonde, une inspiration profonde), la maman souffle tout doucement jusqu'à « bout de souffle » reprend une inspiration profonde, refait une « soufflante » et termine par l'ensemble des respirations profondes cité plus haut,

-des « respirations accélérées et superficielles » lorsqu'on arrive à la fin de la dilatation (aux environs de 6, 7 cm, et parfois beaucoup plus tôt s'il existe une petite dystocie)... C'est ce mode respiratoire que les imbéciles ou les « non initiés » dénomment « la respiration du petit chien », ce qui est idiot car il n'y a aucune mesure entre cette respiration involontaire de l'animal due à une récupération en cas d'excès de chaleur ou à la suite d'une course, et votre respiration volontaire...qui « stimule votre cerveau », ... augmente votre activation – concentration – motivation, élève le seuil de sensibilité au niveau de votre cortex cérébral empêchant ainsi l'intégration « en douleurs » des sensations venant des contractions utérines (comme cela vous a été expliqué lors du 4ème cours).

ET L'EDUCATION NEURO-MUSCULAIRE ?

La relaxation active est souvent « oubliée » à côté du mode respiratoire !

Or, pendant tout ce temps vous pourrez aussi mettre en pratique votre « relaxation active » (appelée « éducation neuro-musculaire » par le docteur F. LAMAZE et par Mr BOURREL) – relaxation de vos mains, poignets, avant-bras, bras, épaules, membres inférieurs, visage ; cette « éducation neuro-musculaire » paraît simple, presque « simplette » aux professionnels, pourtant elle est efficace et vous permet de vous détendre et – en même temps de faire une grande économie d'oxygène, de sucre, d'énergie (dont votre bébé a tant besoin et dont il va, grâce à ce comportement, bien profiter) et là encore, d'augmenter votre concentration et d'élever votre « seuil de sensibilité » !

Et prendre un bain est-il possible et utile ?

Pourquoi ne pas passer une partie de sa phase de dilatation dans l'eau de sa baignoire ?

Si vous n'avez pas encore rompu la « poche des eaux », vous pourrez prendre un bain à 37,5° ...38° maxi (pas trop chaud) de durée variable, en entretenant la température du bain et si ce bain est pris, pendant un temps prolongé rien de plus simple que d'écouter (et même enregistrer les bruits du cœur de bébé régulièrement, et de prendre la tension artérielle maternelle)... Mais également rien ne s'oppose au bain en accompagnement hapt, si on n'en fait pas « une fixation » !

ET N'OUBLIEZ PAS QUE : - L'ACCOMPAGNEMENT EST FONDAMENTAL, QUE DE LUI DEPEND, EN PLUS DE LA QUALITE DE LA PREPARATION, LA REUSSITE DE LA NAISSANCE ! NOUS SERONS PRES DE VOUS (nous-mêmes, une sage-femme, votre mari et peut-être d'autres personnes) POUR VOUS ACCOMPAGNER !

III) PHASE D'EDUCATION

L'appellation obstétricale courante était « phase d'expulsion » que je dénomme de préférence, comme le fait Frans VELDMAN, PHASE D'EDUCATION (il y a longtemps que je trouve « impropre » ce terme « expulsion » concernant la naissance d'un enfant ; il faut le réserver à la « sortie » du placenta).

Bientôt vous ressentirez un gros appui dans le bas de votre giron..., bébé appuiera très fort sur le col (effacé et pratiquement complètement dilaté), et surtout sur le périnée...vous aurez alors une forte envie de « pousser », ...la phase de la « fin de l'accouchement » et du début de la naissance va commencer !

A) DESCRIPTION

La dilatation du col étant notable (comme peut le constater s'il faut, le « toucher vaginal » utile à mon avis à ce moment car il faut éviter de faire des « efforts d'éducation » sur un col non entièrement ouvert) la tête de bébé (ou le siège) qui exerce alors un appui maximum n'a plus qu'à franchir le col, descendre et faire sa rotation dans le détroit inférieur, jusqu'à venir, dans le cas disons habituel de la présentation occipito-pubienne, appliquer son occiput (l'arrière de son crâne) sous le pubis de la maman.

Bien sûr, durant cette phase, quand le monitoring n'est pas mis en place « à demeure » (ce que je ne conseille pas sauf existence d'une dystocie, d'une complication potentielle), il faut **écouter fréquemment les bruits du cœur du bébé** et si cette phase dure longtemps, procéder aux examens de surveillance classique de la mère...mais je vous le dis fermement, cette période me paraît la plus simple de tout l'accouchement et les mamans préparées ou non, disent souvent que c'était pour elles, le moment le plus facile de la naissance de leur bébé, même s'il leur est apparu comme celui où elles ont eu le plus d'efforts à fournir !

B) POSITIONNEMENT, COMPORTEMENT

Les « positions » de la mère pendant l'accouchement font beaucoup parler et écrire : c'est important, certes, d'autant que cela fait parfois partie des usages du milieu auquel on appartient, mais il faut « moduler » cela en regard du désir des mères, d'un bien être instinctuel, du fait également que nous sommes des... » Marche-debout », que la pesanteur est une alliée non négligeable et de certains cas particuliers (voir les travaux intéressants de Mme GASQUET) en n'en faisant cependant pas forcément une généralisation.

Il importe de discuter avec la mère de la position qu'elle souhaite adopter pour faciliter la descente et la sortie de bébé à l'air libre ; en soi, bébé peut trouver les moyens naturels de s'orienter dans le chemin qu'il connaît déjà du giron de sa maman qui marche debout (et plus comme nos grands ancêtres à quatre pattes), de faire tourner sa tête à frottement doux avant d'arriver à sa charnière autour du pubis maternel, puis de préparer la rotation du reste du corps (épaules, etc.). Il importe de ne pas entraver cet extraordinaire travail du bébé vers sa naissance, par des médicaments ou des interventions qui ne sont pas strictement nécessaires.

FAIRE DES ESSAIS DE « POSITIONS »

La maman a intérêt à modifier souvent sa position : se lever, s'asseoir, aller aux wc..., marcher dans les couloirs, se mettre dans la posture qui lui convient.

Qu'elle soit debout, demi assise sur la table d'accouchement ou ailleurs (sur une chaise normale, sur une chaise moderne adaptée à la naissance, un peu comme celle du règne de Louis XIV) de toute manière la maman doit faciliter la descente de son bébé en l'accompagnant doucement de la main, ou du souffle, soit en poussant en même temps que lui, soit en le berçant pour « ouvrir » son chemin.

Deux dames que j'ai accompagnées voici quelques temps, ont préféré être à genoux, et d'autres à « quatre pattes », alternant cette position avec « flexion » sur les talons ; mère et mari se tenaient « derrière elles » (ou à côté) et parfois les faisaient se lever en les tenant sous les aisselles.

A Montaigne, nombreuses étaient les mères qui accouchaient sur les genoux du papa, assis sur une grande chaise ou sur un fauteuil, en accompagnement haptomique. Quelques papas se mettaient « à califourchon » sur la table de naissance, le dos appuyé sur le dossier de la table relevé, la parturiente s'appuyait sur lui ; le papa restait en relation affective avec son bébé tout le long de l'accouchement, à travers le giron de son épouse qu'il touchait affectivement de ses mains, et se relevait au tout dernier moment pour accueillir bébé quand celui-ci apparaissait presque complètement à la vulve maternelle.

ET LA « POUSSEE » CLASSIQUEMENT DECRITE ?

Dans un grand nombre de cas, il n'est pas inintéressant que la mère « pousse » (avec douceur et progressivement). Par l'appui du diaphragme et l'action de la sangle abdominale, elle peut ainsi orienter son bébé et le « conduire » en le poussant légèrement (souvent lors de la naissance du 1er bébé, ou à l'occasion de petites difficultés de présentations) pour cela la mère fait d'abord un grand échange respiratoire, puis prend une inspiration de moyenne importance, et bloque son diaphragme sur le fond utérin. On a alors un muscle diaphragme bien tendu comme un parapluie, venant s'appuyer sur le fond utérin ; si bien que, en bloquant légèrement la respiration et le diaphragme, et en prenant simplement ses jambes avec ses mains, sous ou sur les genoux, la maman agit sur la sangle abdominale qui fait une légère pression sur l'utérus et sur bébé, en l'orientant vers le bas et en facilitant la rotation et la flexion de la tête de son enfant.

RECHERCHER LA FORMULE LA PLUS EFFICACE, MAIS AUSSI LA PLUS CONFORTABLE

Lorsque la maman a choisi ou est contrainte de rester tout le long de la phase d'éducation sur la table de naissance, elle peut, si elle pousse, soit poser ses cuisses, jambes et pieds sur un plan d'appui en forme plus moderne que les « étriers » de jadis, soit prendre ses cuisses sous ou sur les genoux simplement, ou placer ses pieds en appui sur les hanches d'aides présentes en salle, d'accompagnatrices, parfois des sages-femmes, soit simplement poser ses pieds sur le plan du lit pendant que son compagnon relève ou soutient sa tête en avant d'une main, et appelle son bébé de l'autre main posée sur le giron de la mère...

IL EXISTE NOMBRE DE MODALITES DE COMPORTEMENT PENDANT CETTE ULTIME PHASE DE L'EDUCATION QUI VERRA NAITRE BEBE !

Certaines parturientes disent préférer prendre une grande inspiration au départ, puis (tout en poussant légèrement) ...expirer, en libérant un petit peu d'air progressivement : elles disent être plus efficaces ainsi !

D'autres enfin, et elles sont très nombreuses, ne bloquent pas du tout leur diaphragme, ne sont donc pas en apnée ; elles font de grandes « soufflantes » par exemple, et d'autres ne contrôlant pas du tout leur respiration, « laissent venir leur enfant », l'appelant même souvent avec la main (en accompagnement hapto, le père apprend à « appeler » son bébé de cette manière). Le gros avantage de ce dernier mode est de ne pas trop faire de pression (de ne pas forcer) sur le périnée et sur l'appareil suspenseur de l'utérus en général et ainsi d'éviter certains risques de prolapsus (descente de matrice, en langage populaire).

ET BEBE PENDANT CE TRAJET ?

Pour accomplir sa mission et naître dans de bonnes conditions, il faudra que la tête de bébé soit bien fléchie (sur sa poitrine), qu'un « amoindrissement » des volumes de cette tête se produise par : tassement des os du crâne (et oui c'est physiologique !), chevauchement léger de ces os (leur rétablissement dans la forme normale et le volume normal s'effectuant peu après, naturellement).

En tournant autour de la « charnière du pubis maternel », la tête se « défléchit » ; apparaissent alors, successivement, le sommet du crâne, le front, le nez, le menton de bébé. Jadis, on apprenait aux accoucheurs et aux sages-femmes à tenir fortement la masse du périnée vulvaire pour éviter la déchirure périnéale lors de la sortie de l'enfant : c'était une erreur car la pression d'une main étrangère à cet endroit ne pouvait que déclencher des réflexes de défense et une déchirure encore plus importante du périnée, si cela devait se faire !

IV) ACCUEIL DE L'ENFANT

L'ultime moment, avant la naissance, où le périnée est le plus « ouvert », (pour éviter le mot distendu...qui ne peut que rappeler des peurs ancestrales).

Nous avons volontairement voulu décrire ce court, mais délicat moment de la naissance en raison de tous les mythes et racontars dont il a été la cible à travers les âges et...maintenant !

A ce moment la parturiente doit laisser venir, laisser tranquillement descendre son bébé bien s'appuyer sur son périnée, être totalement avec son bébé, et au pire, si elle ressent une petite difficulté...de défense ou de résistance à l'ouverture, à l'expansion progressive de son périnée, ...effectuer quelques expirations profondes..., sortir trop vite (chez les grandes multipares), alors ne pas hésiter à faire des mouvements respiratoires très superficiels...

LE RESPECT DE LA SECURITE DE BASE DE BEBE

La tête se dégage comme nous l'avons évoqué plus haut, puis l'enfant sort sa première épaule, puis le thorax de bébé se tourne et après la rotation du tronc, on voit apparaître la seconde épaule qui « retombe » après son dégagement, le visage de bébé est alors tourné vers sa mère ; le papa place alors sa main sous les « fessiers » de son enfant, ce qui constitue, on le verra plus tard, un respect pour sa sécurité de base ; bébé est alors bien assis sur la main de son père ; le plus souvent, on voit bébé qui se redresse, lève la tête et ouvre ses bras qu'il tend ouverts vers le monde ; il pose alors bébé sur le ventre de sa mère.

CONFIRMATION AFFECTIVE EXISTENTIELLE DE BEBE

Alors, commence entre les parents et l'enfant une communication d'amour et d'affection extraordinaire ! L'enfant perçoit directement les mots que prononçaient sa mère et son père (et qu'il entendait à travers le giron maternel et le placenta), sent directement l'affection que lui portent les mains de ceux qui l'approchaient avant sa naissance, et voit ceux qui l'aiment depuis longtemps, et qui lui confirment qu'il est le bien venu et le bien aimé depuis des mois ! Ainsi s'effectue sa confirmation existentielle début de son autonomie ! (d'où l'importance pour les parents de rester seuls avec leur enfant, ...d'où l'intérêt que l'équipe médicale s'efface discrètement devant les parents).

(Cela sera évoqué plus longuement dans « l'à propos » de la préparation haptonomique à Montaigne) Bien sûr, on attendra que le cordon ne « batte » plus pour demander au père de le couper ; cela peut être une quinzaine de minutes après (sauf si la mère a un groupe sanguin rhésus négatif ; dans ce cas la section du cordon se fait dès la naissance).

BEBE AU SEIN DE SA MAMAN

Enfin nous préconisons aux mères qui désirent allaiter leur bébé de le mettre au sein aussitôt, ou juste après les moments de la confirmation affective existentielle. Là, je ne trouve pas les mots « justes » pour vous dire toute l'émotion qui circule, qui se déverse autour de bébé au sein de sa mère, mais j'ai fait de nombreux films qui le montrent bien !

ET QUE SE PASSE-T'IL A PROPOS DU PLACENTA ?

Quelques minutes après, surtout si bébé est nourri au sein, des contractions utérines ont lieu, et le placenta commence son « détachement », « son désancrage » de l'utérus, la « ligature vivante » des vaisseaux du placenta prend force et vigueur, sous la pression de la rétraction du muscle utérin ; il suffit alors de laisser venir...tout en tenant le cordon ; parfois on demande simplement à la maman de pousser légèrement ; au besoin on peut accompagner sa « poussée » d'une légère pression manuelle sur le fond utérin. Il reste alors à recueillir le placenta, à le vérifier, et à apprendre à la maman comment « contrôler » elle-même la bonne consistance dure de son utérus dans les heures qui suivent (le « globe rassureur de l'accoucheur » disait-on souvent !)

AINSI SOMMES NOUS PRATIQUEMENT SURS QUE L'UTERUS NE SAIGNERA PAS ET QU'IL N'Y A, DU MOINS DE CE POINT DE VUE, AUCUNE CRAINTE D'HEMORRAGIE !

ET SI LE PLACENTA N'EST PAS « EXPULSE » ?

Si le placenta ne se libère pas, il faut envisager alors une Délivrance Artificielle (**sous anesthésie**) que l'obstétricien effectue, sans aucun instrument, en quelques minutes, avec sa main. C'est peu fréquent, mais cela arrive même quand l'accouchement s'est déroulé physiologiquement et sans qu'il y ait eu un emploi quelconque de médicaments et en dehors de toute anomalie utérine : il faut, à mon avis, le savoir (cela sera traité soigneusement dans le détail lors du stage « complémentaire »)

LE BAIN D'AMOUR ET DE TENDRESSE

Avant qu'un examen plus approfondi soit fait à l'enfant, on voit, dès la naissance, si quelque chose ne va pas chez lui (sa respiration : est-il encombré ? son tonus, sa vitalité, s'il est bien oxygéné, s'il est « rose » !)

Un peu plus tard, l'enfant sera examiné pour dépister d'éventuelles anomalies (imperforation anale, trisomie, etc.) tout cela doit se faire dans le plus grand respect pour l'enfant...si possible en présence des parents.

A Montaigne, les parents, après la section du cordon, le quart d'heure de « confirmation existentielle » affectueux de bébé et l'expulsion du placenta, procédaient au bain de bébé. Celui-ci se faisait dans un berceau avec une eau à 37,5° environ (température contrôlée au thermomètre et...au coude !) ; on approchait le berceau de la table de naissance et le père, près de la mère, donnait ce bain d'amour à son enfant ; la mère participait ainsi à ce premier bain...du bord du lit, allongée, ou assise, (la salle étant peu éclairée depuis la naissance). **CE BAIN PERMET EN PLUS D'EVITER LA MISE EN COUVEUSE SYSTEMATIQUE !** Non seulement ce bain est un « plus » dans la relation entre les parents et leur enfant mais physiquement c'était intéressant pour l'enfant qui a pu se refroidir légèrement si, pour « x » raisons, - n'avait pas été mise à temps une couverture sur bébé pendant la période où sa mère l'avait sur son ventre, - n'avait pu être installé à temps le système de chauffage permettant d'obtenir une température adéquate dans la salle des naissances : le bain permet à l'enfant de « récupérer » quelques dixièmes de degré de température, ce qui évite la « mise en couveuse » systématique, (trop « isolante » pour la qualité des rapports affectifs entre lui et ses parents) devant être réservée aux cas de pathologie patente et d'urgence médicale.

Nous évoquerons, bien sûr, les soins à bébé, durant lesquels le même respect doit être appliqué avec la même rigueur ; nous conseillons de veiller à ne pas prendre bébé n'importe comment (respect de sa sécurité de base), donc d'apprendre à le « porter », et à lui parler à chaque fois qu'une manipulation est nécessaire (soins d'hygiène ou médicaux, changement de position, alimentation, habillage, etc.) il y a là tout un apprentissage que le père et la mère doivent faire

N B : Un long chapitre du prochain stage (B) traitera des cas particuliers de Dystocies et Pathologies



UN BAIN D'AMOUR :
Confirmation existentielle affective
de bébé

ENTRETIEN

A PROPOS DE L'HAPTONOMIE ET DE L'ACCOMPAGNEMENT HAPTONOMIQUE

(Cet entretien était proposé au départ en sus de l'accouchement sans douleur alors qu'il est devenu progressivement le leit motiv' principal de l'accompagnement de la naissance et une réponse adaptée aux contractions utérines)

Je vous ai dit qu'en haptonomie tout est « senti », « senti-vécu » et cela est impossible à transmettre (même par les poètes), sauf justement chez ceux qui entreprennent cette démarche dans le « sentir ». (C'est pour cela que je vous conseille d'aller vivre cette expérience unique de formation à Oms auprès de Frans VELDMAN au mas Del Ore).

Cependant on peut noter quelques points importants que je prends le risque de vous livrer, comme cela, d'une manière un peu « pêle-mêle » en vous priant de croire que les termes que je vais employer ne sont pas forcément les mots justes et ne vont qu'approcher de très loin la réalité. Si vous êtes enceinte, vous les découvrirez lors de votre préparation en contact affectif avec bébé. Ainsi ces mots clés peuvent être :

- **sécurité de base (de l'enfant),**
- **vulnérabilité et invulnérabilité,**
- **prolongement (terme discuté et qui n'est plus employé par Frans VELDMAN),**
- **prédominance neurologique de l'effectif sur l'affectif qui est pourtant si important pour l'homme,**
- **modification des tonus (comportementaux),**
- **« inviter » - se « présenter clairement » - être présent – respect de l'autre,**
- **autonomie.**

DEFINITION DE L'HAPTONOMIE : L'HAPTONOMIE EST LA SCIENCE DE L'AFFECTIVITE, DU TOUCHER AFFECTIF. (Défini, découvert et structuré par Frans VELDMAN).

D) ON PEUT SE PROLONGER :

- comme l'aveugle avec sa canne,
- comme le violoniste avec son archet,
- comme le chauffeur avec sa voiture par l'intermédiaire du volant (commenter la difficulté de rentrer dans son garage étroit avec une voiture neuve).
- Comme on se prolonge avec ses oreilles pour écouter un animal au lointain par dessus les bruits plus proches,
- Comme lorsqu'on plisse les yeux pour voir au loin un objet.

Applications pratiques :

- *Tendre la main à quelqu'un, invitation à ce qu'il vous tende la sienne*
- *Inviter l'autre à poser la main sur la vôtre ou sur une partie de votre corps et ainsi l'inviter à se ou à le mobiliser (danse par exemple),*
- *Même exercice avec un bâton. (vivre alors intensément le « sentir » et le « ressentir » lors de ces expériences)*

De même on peut se prolonger chez quelqu'un d'autre par le toucher.

Ce toucher ne peut être n'importe lequel :

- un respect total doit y être associé,
- une invitation, une demande de toucher doit être faite,
- ce toucher ne peut être « tendancieux » ni « sexualisé », ce ne peut être une caresse et pas non plus apparaître comme une agression, il ne peut être que « respectueux ».

Il faut rappeler ici que la peau a la même origine embryonnaire que le cerveau : L'ECTODERME

Scientifiquement, dès que la main aborde une partie du corps de l'autre sur sa demande ou avec son autorisation, il se produit au point d'impact une modification biologique physico-chimique, électrolytique (au niveau des ions potassium, calcium, sodium, etc.) qui favorise la transmission de l'influx nerveux.

Si bien qu'on peut « rentrer » chez l'autre, par exemple dans son avant-bras puis remonter vers son bras, son épaule, son dos, sa tête, etc. Et vice et versa, celui qui a été « touché » peut, par réciprocité accepté « de pénétrer » chez vous.

Ainsi peut exister une saine, respectueuse communication par le toucher affectif entre deux personnes.

Ces deux personnes ne sont plus « sur leur garde », abandonnent leur « carapace » (région abdomino-pelvienne à voir plus loin), ne se sentent pratiquement plus vulnérables l'une vis à vis de l'autre et peuvent laisser vivre leurs sentiments, leurs émotions ; **ainsi sont-elles plus « vraies »**.

Cela a des conséquences intéressantes à différents niveaux :

- on peut apporter des corrections kinésiologiques à des problèmes corporels en allant « plus loin » sans danger, du fait de la disparition des « défenses » : ainsi quand on fléchit le bras, les fléchisseurs travaillent, les extenseurs résistent et provoquent un certain blocage, un certain frein ; à l'inverse, quand on étend le bras, on fait travailler les extenseurs, les fléchisseurs à leur tour résistent. Ces défenses ne rentrent pas en jeu, ou du moins beaucoup moins, quand on obtient avec l'autre cette relation privilégiée du toucher affectif qui permet une modification du tonus musculaire,
- la mère apprend à agir sur le « recentrage » de son bassin (de son giron) et sur le « recentrage » de son bébé,
- certaines dystocies, notamment celles qui sont dues à des problèmes de bassin, de hanches, peuvent être traitées de cette manière en principe avec deux hauto thérapeutes, un de chaque côté (comme vous l'avez vu dans les films).

II) LA VULNERABILITE DE L'ENFANT COMMENCE DEPUIS SA NAISSANCE

Le plus souvent, l'enfant est ballotté, attrapé par les pieds, par les bras, par les aisselles et même quand on le soigne, souvent, il est bousculé, manipulé...

On ne lui dit pas ce qu'on va lui faire, ou ce qu'on lui fait, on ne lui demande bien sûr pas son avis, il est traité comme un objet.

En regard de cela, il est souvent hyper protégé, du moins le croit t'on : « *ne fais pas ceci, ne fais pas cela, attention au feu, méfie toi de l'eau (de mer ou de la piscine)* », l'enfant perd toute possibilité d'autonomie.

Alors il se cabre, renforce sa « carapace » pour se mettre en meilleure sécurité, se met en position de défense (un pied, une hanche devant l'autre) comme les karatékas ; il modifie ainsi parfois son anatomie au point qu'on peut prétendre qu'il a une jambe plus courte que l'autre, modifie sa colonne vertébrale qu'il dévie parfois, etc. ne livre plus ses émotions, manifeste parfois sa peur de tout et son désir de se mettre à l'abri (y compris dans les jupes de sa mère, perdant totalement toute autonomie).

Tout cela il le doit, en fait :

- à ce qui s'est passé dans le temps où il était dans le giron de sa mère et où ses sollicitations n'ont pas eu les réponses souhaitées.
- ou lors de sa naissance, si on a oublié « qu'il était vraiment apte à participer à sa propre naissance »,
- ou même au comportement qu'on a pu avoir au moment de sa naissance, dans les quelques minutes ou jours qui ont suivi cette dernière, ou par la suite car cette période pour l'enfant est extrêmement importante.

III) COMPETENCES DE L'ENFANT

SOULIGNONS QU'IL EXISTE UNE CERTAINE ANALOGIE ENTRE SON DEVELOPPEMENT (celui de ses organes des sens in utero) ET LE DEVELOPPEMENT DES ETRES VIVANTS SUR LA TERRE :

On se souvient que les premiers unicellulaires dans la mer(où semble t'il la vie a commencé), communiquaient avec le milieu ambiant, et se nourrissaient grâce à, et à travers, leur **membrane**, d'abord sous l'influence de la pression de la mer, puis à partir de transformations physico chimiques (PH, etc.).

Puis les pluri cellulaires ont manifesté des possibilités de mouvements, puis ont développé des « antennes », des « soies », des systèmes de palpation, de communication par le **tact**. Ensuite, ils ont développé leur système **gustatif** et des nageoires (poissons) ...puis les amphibiens sont apparus avec branchies et poumons (batraciens) alors s'est développé aussitôt leur système **olfactif**.

Peu après s'est développé la huitième paire des nerfs crâniens et **l'audition**, puis la **vision** sans pour autant d'ailleurs que le tact est pris moins d'importance chez l'animal.

Chez l'enfant, la même chronologie de développement va se produire. Les mouvements apparaissent très tôt (deux mois), l'équilibre se développe, l'enfant fait alors sentir son existence à sa mère (troisième mois), dont il sollicite d'ailleurs des réponses. Son tact se développant petit à petit, apparaît son sens gustatif,

puis olfactif, en même temps que ses relations avec l'hippocampe et l'hypothalamus prennent de l'importance. L'audition avec le nerf auditif (huitième paire) se développe en même temps que le cerveau grossit, tandis que parallèlement les canaux semi circulaires connaissent un grand développement. Ainsi, l'enfant entend de plus en plus distinctement les sons : voix de son père, de sa mère et des autres membres de son entourage.

Enfin les cônes (vision) s'accroissent mais les bâtonnets qui augmentent en nombre et en volume ne rentrent en activité que quelques temps après la naissance. Pourtant certains prétendent que l'enfant commence à voir avant sa naissance grâce à un système proche de la vision infrarouge de certains reptiles.

CE SONT LA, LES COMPETENCES DE BEBE QUI LUI PERMETTENT DE MIEUX COMMUNIQUER AVEC SA MERE... ET LES AUTRES.

(On pourra regretter que dans son évolution d'homme, le sens tactile – et même olfactif – ait été plus ou moins délaissé au bénéfice de l'audition et de la vision).

On comprend déjà l'importance de l'interaction des stimulations entre la mère et l'enfant pour que le bébé puisse développer ses qualités sensorielles, sensibles, intellectuelles et qu'un certain nombre de carences peuvent provenir d'une insuffisance de ces interactions. ***L'haptonomie dans ce domaine, joue un rôle fondamental en favorisant le jeu des contacts affectifs entre l'enfant, sa mère et son père*** et également en permettant à la mère, au père et même aux accompagnants, de développer au maximum les systèmes de facilitation ***pour que l'enfant puisse encore mieux trouver son chemin vers sa mise au monde, ce chemin dont il a déjà une pré conscience*** : on comprend que certaines « interventions » (perfusions, anesthésiants etc.), s'interposent et le gênent, le freinent trop pour qu'il puisse accomplir sa route tranquillement.

IV) L'ENFANT NAIT : IL A BESOIN IMMEDIATEMENT DE VIVRE UNE CONFIRMATION EXISTENTIELLE DE LA PART DE SES PARENTS ; IL A BESOIN D'ETRE RECONNU COMME LE « BIEN VENU », LE « BIEN AIME »... en fait, il a besoin d'être « reconnu » par ses parents qui le connaissaient déjà et réciproquement (de reconnaître ses parents... par la voix, par le toucher affectif).

Après cette reconnaissance fondamentale pour l'enfant et qui est facilitée par le fait qu'on puisse laisser pendant plusieurs minutes ensemble (et seuls) le père, la mère et l'enfant dans la salle de naissance, parallèlement doit être respectée **la sécurité de base de l'enfant**. Ce respect commence dès que le père ou la sage-femme vont recevoir le bébé en train de naître : cet enfant est un petit d'homme, d'homme qui « marche debout », dont la colonne vertébrale est le tuteur principal ; or, on l'a vu, l'enfant par rapport à certains animaux, n'est pas entièrement fini dès sa naissance, les gaines nerveuses ne vont se développer qu'en une petite année ce qui fera attendre l'enfant avant qu'il ne puisse marcher ; il faut donc respecter avant cette date, sa sécurité de base et tenir bébé **sous sa base dès la naissance**. Si le père dès ce moment le porte ainsi, les vertèbres de l'enfant s'empileront avec bonheur, l'enfant se tiendra droit sur la main du père, redressera la tête et ouvrira largement les bras au monde comme pour mieux communiquer... **L'ENFANT ALORS SE SENTIRA EN SECURITE.**

La mère et le père apprennent alors et vivent un certain nombre de modes de comportements pour que l'enfant puisse maintenir sa tête en commençant pratiquement le jour même de la naissance, apprennent le port de l'enfant dans le respect de sa sécurité de base et différents autres éléments à adopter pendant les soins ou l'habillage de l'enfant (tout en lui parlant) pour que le bébé puisse s'affirmer dans sa sécurité, dans l'orientation vers son invulnérabilité et son autonomie.

Les parents apprennent à adopter un « porté » de l'enfant qui permet à ce dernier de développer une certaine interactivité avec les autres, d'être « ouvert » aux autres, d'être « à la rencontre » des autres tout en respectant sa « sécurité de base »... Certains « portés » avec foulard respectent ce principe, ce qui n'est pas le cas avec le « système commercial Kangouroux », qui ne permet pas cette « autonomie » de l'enfant !

V) PREDOMINANCE DE L'EFFECTIF SUR L'FFECTIF

Nous ne pouvons donner ici qu'un résumé :

La prédominance des fibres Alpha sur les fibres Gama affirme la prédominance du « faire », de l'effectif, de la volonté sur l'émotion, le sensoriel, le sensitif.

- ne pleure pas tant, dit il à sa femme, assistant à des obsèques, nous allons nous faire remarquer,
- ne rit pas sans arrêt bêtement dit l'institutrice à un de ses élèves...

Actuellement, on n'accepte difficilement l'instinctuel, la tendresse, l'émotion. Pourtant, l'émotion **traduit l'authenticité**. Rappelé ici le film « Alpha Ville » de GODARD.

On peut expliquer scientifiquement la relation entre **les fibres Alpha de l'effectif et Gamma de l'émotion**. Mais lorsqu'on peut faire prédominer les fibres Gamma, cela ne peut se produire que « grâce à une régulation cybernétique par –cerveau réglage – de fuseaux musculaires, le long des fibres Gamma, avec alors « l'ouverture » des « portes » du bassin, du périnée, etc. par « changements des tonus comportementaux », avec syntonie entre mère et enfant ».

Autrement dit, il y a une régulation qui s'établit lorsque ni la concentration ni la volonté ne rentrent en jeu, mais qu'au contraire le « laisser faire », le « laisser venir », le « laisser vivre » s'imposent, entre les fibres Alpha et les fibres Gamma aux bénéfices exceptionnellement de ces dernières, pour aboutir à une ouverture de tout ce qui pouvait bloquer la descente de l'enfant et sa naissance tranquille : comme si toutes les portes s'ouvraient pour que bébé trouve facilement son chemin.

De plus, les sécrétions des Bêta endorphines, hormones du stress, diminuant alors, sous l'influence de ces fibres Gamma, les stress et angoisses de l'accouchement diminuent du même coup, **de même que la douleur.**

Alors, bébé peut naître ...tranquillement et sera bien accueilli !

(rappelons le une dernière fois... « parler de l'Haptonomie » ne sert pas à grand chose...,il faut le « sentir » ...le vivre !)



RENCONTRE AVEC BEBE : Berceuses et « toucher affectif »

LES PETITS TROUBLES... QUI PEUVENT ACCOMPAGNER... LA GROSSESSE,... LA NAISSANCE,... LES « SUITES DE COUCHES »... ET L'ALLAITEMENT MATERNEL !

Il n'est pas question dans ce chapitre d'évoquer les problèmes médicaux, parfois importants, qui peuvent compliquer, assombrir l'évolution de la grossesse... Ils font partie de ce qu'on dénomme, habituellement, la « Pathologie de la grossesse » (l'hypertension artérielle, l'hyperglycémie, etc.) : ils ne doivent bien sûr pas être négligés... même s'ils sont peu fréquents et même, ils doivent figurer en tête de ce qui peut être évoqué devant certains symptômes que ressent parfois la femme enceinte ; le thérapeute ne doit les écarter du diagnostic pathologique qu'après réflexion et contrôle biologique bien souvent ! Ils seront présentés dans un autre chapitre, celui des « Pathologies et Complications de la grossesse ».

ICI, NOUS N'ETUDIERONS QUE LES PETITS TROUBLES ASSOCIES A LA « GROSSESSE PHYSIOLOGIQUE »

Evidemment nous envisagerons immédiatement une solution de réponse à ces troubles : nous le ferons en considérant la maman dans sa globalité, dans son environnement, dans son hygiène de vie de femme enceinte... et conseillerons les conduites thérapeutiques qui privilégieront l'hygiène alimentaire, l'hygiène de vie... la phytothérapie et ce qu'on appelle habituellement les « compléments alimentaires » pour rester dans l'hypocrisie de la pensée médicale et médicamenteuse actuelle !

Mes connaissances dans ce domaine sont intéressantes mais sûrement incomplètes par rapport à ce que vous ont appris vos Maîtres en Naturopathie ! Je n'aurai aucune honte à écouter vos critiques, et même du plaisir à entendre vos conseils et compléments d'informations. Donc, n'avez aucune gêne à apporter votre apport à ce dossier ; vous y êtes invités !

Lors de la grossesse, on est souvent amené à adopter une conduite phytothérapique ; certains minéraux en effet, et certaines plantes de la pharmacopée phytothérapique classique (compléments « oubliés ou méconnus » des praticiens allopathes, à l'heure actuelle) peuvent nous permettre de résoudre agréablement un certain nombre de petits, mais fréquents problèmes de la femme enceinte : ils sont liés, personne ne l'ignore, aux modifications qu'entraînent – la croissance physique de bébé, – le développement de l'utérus qui le contient et de tous les organes de voisinage qui participent à ce développement, – et l'évolution biologique « globale » de la parturition !

Que l'on ne me reproche pas cette orientation privilégiée vers les plantes : quand on les connaît bien, elles sont des alliées fidèles et, surtout quand on « s'en sert bien » et qu'on les utilise à bon escient, elles ne présentent pas de dangers immédiats, ni « à distance » et leurs effets secondaires (quand il y en a) sont souvent complémentaires de leurs effets premiers !

Et dans cet esprit, que l'on ne me reproche pas la citation des simples et des compositions « complexes » de Christian FENIOUX ; ce sont simplement ceux que je connais le mieux pour en avoir vu les heureux effets sur les personnes qui me consultaient ! Mais si vous avez d'autres expériences différentes des miennes, tant mieux ! Aucun thérapeute n'est seul au monde et tous les moyens de guérir qui ont fait leurs preuves et ne sont pas nocifs, sont à citer ! ... 1) « d'abord ne pas nuire », 2) « respect de la personnalité qui se confie à vous... », 3) et de l'originalité thérapeutique qui réussit à autrui ! ».

CES OBSERVATIONS ETANT FAITES VOYONS, DANS L'ORDRE CHRONOLOGIQUE DE SURVE- NUE, QUELS SONT CES TROUBLES QU'ENGENDRE LA GROSSESSE

1) NAUSEES ET VOMISSEMENTS sont les troubles souvent évoqués en début de grossesse

S'il s'agit de nausées classiques, même fréquentes, et de vomissements passagers, non constants, ce sont des troubles normaux dits « d'adaptation » habituels lors des grossesses physiologiques (une persistance trop fréquente, trop importante, trop longue de ces signes peut évoquer l'existence d'une grossesse multiple ou d'une pathologie à rechercher par un examen simple, voire à une échographie utile dans ce cas).

Ces nausées sont souvent agaçantes :

On conseille alors :

d'éviter certains aliments dont l'aspect, la nature, l'odeur ne sont pas supportés : il s'agit là d'éléments tout à fait individuels, spécifiques, différents chez les unes ou les autres, donc impossible à énumérer ! Il en est de même **de certaines odeurs...** l'odeur du tabac (même si la maman fumait avant sa grossesse)... **de la vue de certains mélanges... de l'évocation**, même simplement de certains breuvages agréables auparavant, etc.

- de manger peu à la fois, mais plus souvent !

On peut prescrire :

Des produits complémentaires de l'alimentation (surtout si les vomissements sont un peu trop fréquents ou importants) telles certaines vitamines, (tel le « tout en un ») pour compenser les carences éventuelles.

Parfois déséquilibre nerveux et manque de sommeil en début de grossesse aggravent les spasmes :

C'est alors qu'il ne faut pas hésiter à prescrire : **Tranquilibre, ou Lithotranquilibre *** ou une petite quantité de **Millepertuis *** et de **Mélisse *** qui sont de judicieux antispasmodiques dans ce cas d'espèce, de même que le **Basilic et le Gingembre**. Les feuilles de Gingembre, appelées vermifuge de Provence, ont des vertus à la fois toniques et antispasmodiques, par leur huile essentielle ; quant au Gingembre tonique aromatique et stimulant général, il agit aussi à faible dose sur le mal de mer et mal des transports... (*sur l'efficacité desquels insistent les cadres pharmaceutiques et médicaux du Laboratoire Phytothérapie de Christian FENIOUX).

II) LE REFLUX GASTRO OESOPHAGIEN

Le reflux gastro oesophagien est un trouble très fréquent de début de grossesse qui se manifeste sous différents symptômes :

Pyrosis, oesophagites, sensations de brûlures et de crampes gastriques, de reflux acides...

Ce sont, réellement, des troubles qui « empoisonnent la vie » des femmes enceintes en début de grossesse et si cela se surajoute aux nausées et vomissements, les mamans se plaignent de mal vivre cette grossesse, pourtant désirée, à sa juste mesure.

Ces troubles doivent entraîner la suppression radicale des aliments trop acides, trop chauds, trop épicés et d'éviter vinaigres, vin blanc, alcools, épices, boissons gazeuses, forte ingestion de café, etc.

Comme pour les nausées, on conseillera, « les petits repas » plus fréquents et le dernier repas assez tôt le soir, bien avant d'aller dormir.

On pourra prescrire des compléments alimentaires comme :

L'exsudat de Karaya (gomme de sterculia au pouvoir hydrophile connu, régularisant le transit),

Carbonalgie (du laboratoire FENIOUX) qui contient du carbonate de calcium et de magnésium (deux anti acides) et un extrait d'algues brunes (**l'alginate** : anti reflux) ; **le carbonalgie** agit activement sur les brûlures, les aigreurs et les reflux acides des parturientes.

Le Lithotame est préféré par certains (algue incrustée de magnésium et calcaire, parce qu'en plus de son action anti acide gastrique, elle est reconnue comme anti-émétisante, donc pour une femme qui vomit en plus, son action directe plus l'apport de calcium, magnésium, fer, est intéressante !

L'Argile, on ne s'y attardera pas ; son rôle en usage interne est universellement connu ; son rôle de protection de la muqueuse de l'estomac est fréquemment utilisé en prévention de l'ulcère d'estomac.

Je maintiens ma préférence appuyée pour Carbonalgie ou Lithotame, dans le cas de la femme enceinte, mais ce n'est là qu'un avis et il existe tellement de possibilités d'actions de plantes ou formules qu'on se doit d'accepter d'autres propositions si elles s'appuient sur l'expérience de bons résultats !

III) TROUBLES DU SOMMEIL (On distinguera a) en début de grossesse, b) en fin de grossesse)

a)début de grossesse : le début de grossesse est marqué, le plus souvent, par un comportement un peu particulier de la femme enceinte qui se montre fatiguée, présente une somnolence diurne : son travail n'avance pas,

elle baille et par contre, la nuit, elle se plaint d'insomnie : **l'alternance de somnolence diurne, insomnie nocturne** est extrêmement fréquente ; **c'est une phase d'adaptation** pendant laquelle, le jour, si la future maman travaille, elle tend à compenser sa somnolence par des excitants comme du thé ou du café, ce qui n'arrange rien, l'action de ces excitants se manifestant souvent avec retard la nuit, provoquant nervosité et excitation et donc manque de sommeil. **On doit déconseiller** toute boisson excitante.

Et l'on peut conseiller une association de :

- **Lotier Corniculée** (« la nuit paisible, le jour tranquille ») à la fois anti spasmodique et tonique du système neuro végétatif,
- **Passiflore** (qui ajoute ses qualités « relaxantes » et anxiolytiques),
- **Coquelicot** aux effets sédatifs et antispasmodiques,
- **La classique Valériane** traditionnellement antistress, anti insomniaque.

Et l'on s'en tiendra là, évitant tout autre produit jusqu'à la fin du troisième mois.

b) en fin de grossesse : le manque de sommeil peut avoir de nombreuses causes : pour ce qui me concerne, je considère que les deux raisons du manque de sommeil en fin de grossesse, surtout le dernier mois, provient d'un excès de stimulation de la vessie dont le volume a bien diminué du fait de la compression utérine et d'autre part, d'une instabilité de l'insuline « dont je dis qu'elle cherche à se mettre quelque chose sous la dent en fin de nuit » et je conseille donc, alors à la maman **de ne pas résister à son insomnie**, de se lever, d'aller vider sa vessie, et de manger un ou deux petits beurre « Lu » (!) ou tout autre gâteau, d'essayer de nouveau d'uriner et de se recoucher : très souvent les mamans se rendorment facilement jusqu'au matin. Sinon on peut prescrire : **Tranquilibre** (les autolysats de poissons étant d'exceptionnels équilibrants neuro psychiques).

S'il le faut, on ajoutera la **Mélisse** et même le complexe **Millepertuis fort Mélisse**, pour retrouver, en cette toute fin de grossesse et quelques jours avant l'effort à fournir pour la naissance, **des nuits sereines et réparatrices**, grâce à l'action anxiolytique et sédatrice de ces compléments alimentaires, **sans aucun danger**, (voir le staff pharmaceutique de Christian FENIOUX), limitant la prise de barbituriques ou d'autres produits allopathiques lourds, qu'on doit essayer éviter de prescrire aux femmes enceintes !

IV) TROUBLES URINAIRES

Les troubles urinaires sont fréquents chez la femme enceinte du fait de plusieurs raisons ; l'une est l'accroissement du bébé dont l'appui sur le pubis est de plus en plus important...également du fait du relâchement des muscles de la vessie par l'action des taux croissants de la progestérone (entre autres) et enfin du dépôt d'éléments urinaires d'une vessie qui ne se vide peut-être pas suffisamment.

La fréquence des mictions, l'insuffisance d'ingestion de boissons (compréhensible, la maman ayant peur d'aller uriner trop souvent) le relâchement des fibres de la vessie, les dépôts d'éléments urinaires et la pression du bébé facilitent les infections urinaires en fin de grossesse !

(on verra plus loin que les troubles intestinaux jouent également un grand rôle dans ces infections).

Bien sûr, on conseille de boire régulièrement...

Mais, surtout, on insistera pour que la future maman évite tout trouble intestinal (diarrhée et constipation). On lui demandera de refuser vin blanc, champagne (même exceptionnellement), boissons trop gazeuses, vinaigre, poivre et épices.

On complétera traitement allo ou homéopathique (s'il est prescrit) par Busserole et Bruyère :

La Busserole est particulièrement intéressante : l'**Arbutoside** étant non seulement un antiseptique reconnu de l'arbre urinaire mais aussi agit puissamment sur les colibacilles intestinaux (qu'on retrouve souvent en même temps dans l'urine et les intestins dans ce cas). Elle est diurétique et anti inflammatoire.

La Bruyère, associée souvent à la Busserole, est également très efficace : son arbutine est un anti septique urinaire, sédatif et diurétique. On l'associe très souvent avec :

La Myrtille, dont les tanins agissent également sur l'arbre urinaire comme anti infectieux,

La Canneberge (fruit et jus), airelle à gros fruits issus des tourbières de l'Amérique du Nord et du Canada (utilisé d'ailleurs également pour assurer la diminution du cholestérol circulant et en faveur du « pouvoir anti

oxydant » du sang, et même contre l'adhésion de la bactérie « **Hélibactex** » sur la muqueuse de l'estomac, cause de nombreux ulcères) **agit en diminuant la fixation de l'Escherichia Coli sur la paroi vésicale, améliorant ainsi la pureté des urines, mais également l'équilibre intestinal. chez la femme enceinte !**

V) LES TROUBLES INTESTINAUX

Les troubles urinaires, avons-nous dit, sont souvent liés aux troubles digestifs intestinaux, le déséquilibre de la flore intestinale entraînant souvent cystites et infections urinaires diverses.

Constipation :

75% des femmes enceintes présentent une constipation qui, si elle était négligée, risque alors diverses complications digestives et vasculaires locales (hémorroïdes par exemple).

Diarrhée :

Mais les diarrhées peuvent aussi handicaper les femmes enceintes et provoquer certains inconvénients.

Il faut, absolument, insister sur l'hygiène alimentaire de la femme enceinte :

- il est souhaitable, et on l'oublie souvent, de conseiller à la femme enceinte de boire largement de l'eau au lever et au coucher,

- l'alimentation, quelque soit le mode adopté, sera riche en fibres, en légumes verts, en fruits (à éviter en fin de repas).

Quant à la phytothérapie, qui peut être présente en « action préventive », elle est simple :

- enrichir la flore intestinale par Acido Philus, Bifidus (regroupé par Christian FENIOUX sous le nom de **BIFLORUS**) et fibres : c'est le premier temps (sous forme de biflores, ou autres levures),

- le deuxième temps est l'ingestion de **FIBROMUCILAGE** qui lutte spécifiquement contre la constipation dont l'action est de réhydrater les selles et de protéger les parois du côlon **par une substance mucoprotectrice** (il faudra rappeler que ce produit joue aussi le rôle de « coupe faim » naturel par action mécanique en gonflant au contact de l'eau : ce qui peut être intéressant dans certains cas de femmes enceintes un peu trop « gourmandes »).

- Il a, en ce sens, un rôle semblable au **Karaya**.

Le Liseron est conseillé pour obtenir des selles « en douceur ».

Et il faut signaler que « Bonne Santé » des Editions « Flora Info Mag » conseille :

La boisson « Transifruit » définie comme le « Réveil douceur » du transit intestinal, apportant une grande quantité de fibres et stimulant les sécrétions biliaires.

Et le Pruneau Thé (favorisant l'apport en Fructo-oligo-saccharides, déterminant une flore intestinale idéale).

Cette préparation de boissons est extrêmement hygiénique, notamment pour l'intestin, y compris pour les vaisseaux, ce qui nous amène à un rappel concernant certains troubles vasculaires et, notamment, les :

VI) VARICES ET HEMORROIDES qui créent parfois des problèmes aux femmes enceintes.

A) LES VARICES pré existantes peuvent être aggravées par la grossesse.

Il faut, assez tôt, en prévenir les complications, causes parfois de phlébites après l'accouchement.

Evidemment, on peut donner les classiques conseils d'hygiène en prévention ou en traitement :

- Marche tranquille bi quotidienne,
- Surélévation des pieds du lit quand les varices se manifestent,
- Légère contention des varices par une bande souple à varices (à placer le matin, avant de mettre le pied par terre) quand les varices sont prononcées,
- Eviter absolument l'exposition au soleil.

On peut insister **sur la spécialité phytothérapeutique du VENOPYCNOL** : celui-ci a une action anti inflammatoire et vasoconstrictive des veines, plus efficace si on l'associe à la Vitamine P, aux **Procyanidols de l'écorce de Pin maritime**, très vasculo protecteurs (dont on connaît l'efficacité contre les crampes nocturnes, comme d'ailleurs, le **LITHOTAM**).

On peut, de plus, augmenter le tonus veineux et obtenir le renforcement des capillaires par l'application de gel végétal, « **Veinotonic** » par exemple.

B) LES HEMORROIDES

On doit éviter que les diverses compressions dues à la grossesse, associées à la constipation, aboutissent à des complications hémorroïdaires, voire même à **des thromboses hémorroïdaires**.

Les conseils d'hygiène sont les mêmes que pour les varices, auxquels on ajoutera, surtout, ceux concernant les troubles digestifs notamment de **la constipation** (se référer au chapitre précédent).

Là encore, Vigne rouge, Hammamélis, Fragon, Marron d'Inde, Veinopyncol, Cyprès et l'application de gel local comme **l'ANASEDOL** (fabriqué à partir d'un certain nombre de plantes). Après la naissance, on conseillera le **MELITOT**, plante sédative à l'action ciblée sur le système veineux (à partir d'elle est fabriqué l'anticoagulant allopathique puissant, la **COUMARINE** ou **DICOUMARINE**).

VII) LA « FATIGUE » DE LA FEMME ENCEINTE EST SOUVENT EVOQUEE

Très peu souvent due à des anémies (qui ne sont souvent que des anémies relatives – augmentation du sérum associé à un taux pratiquement constant de globules rouges).

- *S'il s'agit vraiment d'anémie, on conseillera une alimentation riche en fer* et le complément phytothérapeutique Fer + Cobalt et surtout **Lapacho** (dont l'écorce a une haute teneur en fer et faciliterait la formation de globules rouges. Elle serait antivirale, antibiotique et même antitumorale) et **Cresson**, riche en vitamines A, D, E, sels de Potassium, Fer, Phosphore, Calcium, Iode, Cuivre, Zinc, Lithotame.

- Le plus souvent, on prescrira, simplement, des complexes vitaminés, de la vitamine E, pendant quelques temps en complément (et le fameux « **TOUT EN UN** » du laboratoire FENIOUX, complexe de vitamines et de minéraux : réponse excellente aux myasthénies, à la « fatigue générale », au surmenage tant physique, psychologique, qu'intellectuelle, **et surtout sans contre indication**).

- **Cette fatigue se traite, le plus souvent, par une nourriture équilibrée, du repos, de la marche tranquille et...un bon sommeil !**

VIII) DIFFERENTS TROUBLES DE LA PEAU ET DES PHANERES

a) DEMANGEAISONS : siégeant surtout sur le ventre et les membres, ces démangeaisons se manifestent le plus souvent en fin de grossesse ; on n'en connaît pas complètement l'origine.

Elles s'apparentent plus à une **réaction histaminique**, du « style » allergique plutôt qu'à une vraie lésion du domaine cutané. Plusieurs propositions ont été faites intéressant les drainages émonctoriels du foie, de la peau, des reins. Ont été proposés des anxiolytiques végétaux, des cholagogues, voire des dépuratifs et des diètes partielles, mais il faut le reconnaître, sans action très probante.

Par contre, certains ont eu des résultats positifs avec le gel de TEPEZCOHUIE et plus encore avec la formule cosmétique **d'EXOCALME** *...mais les effets de ces produits sont très inconstants.

b)LES CHEVEUX ont tendance à tomber en excès pendant la grossesse (et même après). Il n'y a pas de traitement miracle (en médecine allopathique, certains produits récents, hypotenseurs, en « local » se révèlent actifs, mais ne peuvent être proposés sans vrai danger, pendant la grossesse et la période d'allaitement).

L'ORTIE, le SOUFRE, la VIT B6 et le BASONORM* par son action frénatrice de déminéralisation donnent quelques résultats.

LES ONGLES CASSANTS bénéficient des mêmes traitements par ailleurs.

(* 2 produits de phyto spécialisés par C.FENIOUX)

Mais le mieux est d'attendre : la plupart du temps tout s'arrange après la naissance !

c) MASQUE DE GROSSESSE ou melasma

Apparaît chez 3 femmes enceintes sur 4 (rappelons qu'il apparaît de même chez certaines femmes qui prennent la pilule anticonceptionnelle fortement dosée). Le masque, bien connu, est fait de tâches pigmentées ou dépigmentées, qui apparaissent sur le visage et disparaissent d'elles-mêmes quelques temps après la naissance. Ces tâches semblent lus marquées l'été, en contact prolongé avec le soleil.

D'où le 1er conseil préventif qui est de se protéger du soleil par l'application d'une crème solaire « écran total » !

Nous ne sommes pas convaincus qu'il faut traiter ces tâches de masque de grossesse, cependant, pour celles que cela gênerait trop, on peut rappeler certaines éléments de traitement sans danger :

Certains acides gras essentiels assurent la protection de la peau de la parturiente notamment :

L'huile vierge par première pression à froid de la graine de BOURRACHE, riche en acide linoléique de la série des Oméga 6, en usage externe aux caractéristiques différentes de la bourrache elle-même,

Le SELENIUM plus Vit.E (anti oxydant par la vit.E), freinant la dégradation des cellules cutanées,

Le COLOSTRUM – sérum naturel aux enzymes très efficaces dans la protection des tissus et surtout de la peau, **les compresses imprégnées de lait de jument** ont fait les beaux jours de certains prescripteurs avec un certain succès, il faut le reconnaître.

d) LES VERGETURES

Les vergetures de la grossesse sont connues ! Elles forment des sillons de couleur rougeâtre traduisant une lésion du fibroblaste du tissu cutané, du ventre, des seins, et de la partie haute des cuisses.

Il est difficile de conseiller une conduite hygiénique prophylactique efficace. Nous pensons que le poids de l'enfant et la prise de poids de la mère ne rentrent en ligne de compte que rarement !

Le « bon traitement » serait celui qui aurait une action sur le fibroblaste et sur l'élasticité de la peau : ...Nous retrouverons donc comme signalé plus haut...et en application locale :

L'huile de graine de BOURRACHE, le lait de jument, le COLOSTRUM, le SELENIUM VIT E !

Les éditions FLORA INFO MAG citent de plus l'action favorable du PRELE, du BAMBOU TABASHIR, (dont la silice serait protecteur de la peau, des ongles et des cheveux) et l'apport en Vitamines C, E et A, de la RADOCINE du Laboratoire FENIOUX.

IX) REPRISE DE « FORME » DE LA MERE APRES LA NAISSANCE

La grossesse laisse « quelques traces » d'embonpoint corporel à la mère qui aimerait, le plus souvent, s'en débarrasser assez vite ! Cela ne pose pas de problèmes si on tient compte de certains éléments princeps : - agir tranquillement et progressivement (surtout le temps où bébé est nourri au sein), - suivre un régime alimentaire bien équilibré pour éviter toute carence, même légère ou de courte durée – ne pas ingérer de médicaments drastiques (coupe-faim amphétaminé ou de modèle équivalent) qui aboutiraient au fameux « YOYO » relativement dangereux

– si l'on veut pratiquer un jeûne même très court et incomplet, (toujours efficace !) le faire dans les « règles de l'art » ***et sous surveillance de naturopathes expérimentés !***

Les différents principes d'hygiène alimentaire permettant une diminution du poids... de l'appétit... des « stockages » des éléments adipeux dans les zones habituelles des cuisses, de la région de la ceinture abdominale (et au dessous), du secteur de la culotte de cheval, sont bien connus !...

LES FORMULES EFFICACES permettant une progression constante dans cette orientation et un maintien (ou une retrouvaille) de la sveltesse sans passer par le classique « YOYO » déjà cité, et surtout sans danger d'aucune sorte... ne sont pas légions !

Nous pensons qu'après avoir opté pour une formule d'HYGIENE ALIMENTAIRE dont nous laissons à chacun le soin de mesurer son efficacité, adaptée à sa corporéité, à son mode de vie (après avoir

pris conseil auprès « *d'experts en la matière* »), la maman peut se faire aider par des « compléments alimentaires », par des éléments de phytothérapie qui ont fait leurs preuves !

Le thérapeute, qu'il soit médecin, sage-femme, naturopathe ou phytothérapeute, aura un choix intéressant de plantes, que l'usager pourra poursuivre à sa guise, à sa cadence, ...et selon les résultats ! Il pourra penser :

-aux **Téguments de Plantago ovata aromatisé (FIBROMUCILAGE** présenté par Christian FENIOUX), c'est un vrai « coupe faim » par son action mécanique hydrophile (accroissement de volume au contact de l'eau), mais il a aussi une action privilégiée sur lipides, cholestérol, sucres : chose fascinante : on peut ainsi maigrir tout en soignant préventivement la constipation par la réhydratation des selles !

-au **KARAYA** : qui agit également comme « coupe faim » par cette même action hydrophile (absorption de 80 fois son volume d'eau). De plus, comme le fibromucilage, il freine le transfert sanguin de certains hydrates de carbone et de molécules lipidiques.

-au **NEPAL** : celui-ci est à la fois un « coupe faim », un amaigrissant par action sur les triglycérides et le L.D.L cholestérol, un aliment complet par ses fibres, ses 17 acides aminés, ses minéraux et ses vitamines.

-à l'**ORTHOSIPHON**, plante d'Indonésie, véritable « draineur » hépato-rénal, diurétique et cholagogue.

-au **MARC DE RAISIN**, qui, grâce à ses flavons et à ses tanins, lutte contre les oedèmes, les infiltrats de cellulite (culotte de cheval)...et, en complément

-à la **PILOSELLE** (appelée l'épervière), aux actions diurétiques spécifiques et hypocholestérolémiantes.

A ces produits principaux, on pourrait adjoindre, si l'on veut être plus complet ou plus varié :

Le GUARANA, graine de liane d'Amazonie, fait fondre les molécules grasses, diminue la sensation de faim.

Le CHITOSAN, provenant d'une fibre naturelle d'une carapace de crustacé gênant ou retardant l'absorption de certaines graisses par l'organisme.

Le THE VERT surtout, bon diurétique, conseillé contre rétention d'eau et oedèmes, mais aussi boisson favorisant la fuite de certains acides gras des tissus adipeux par stimulation de sécrétions d'adrénaline.

On peut ajouter que, quelques mois après la naissance et le sevrage de bébé, si la fatigue se poursuit, Christian FENIOUX conseille deux nouveaux produits intéressants, issus de la pharmacopée phyto :

-la **STIKOREE-MINCEUR** fait d'une association de chicorée et de MATE, combat à court terme fatigue physique et fatigue mentale (à déconseiller le soir du fait de présence d'une petite quantité de caféine),

-et l'**ADAPTAFORME** fait d'Eleuthérocoque et de Rhodiola Rosea.

On ne peut tenir le stylo du thérapeute pour lui suggérer sa prescription, mais avec ces produits, en alternance pour certains, en complément d'autres, ces « compléments alimentaires » seront, associés à des règles d'hygiène à la fois strictes, mais bien adaptées (en se rappelant qu'il s'agit de mamans qui viennent d'accoucher et qui, pour beaucoup, nourrissent encore leur bébé), extrêmement efficaces.

X) L'ALLAITEMENT MATERNEL

L'allaitement maternel nous apparaît comme un élément extrêmement important à traiter parce que s'il y a bien un *aliment adapté à l'alimentation de l'enfant, c'est bien le lait de sa mère !* Les troubles rencontrés alors sont de l'ordre d'une insuffisance de montée laiteuse, très rarement d'un excès (engorgement) parfois de petits problèmes intéressant le sein même de la maman.

Nous en parlons maintenant dans ce chapitre X, après celui de la « remise en forme » parce que certaines mamans nourrissent longtemps (et elles ont raison) leur bébé, bien après la « reprise de forme » : l'ordre chronologique est donc bien respecté !

(Le chapitre « allaitement maternel » nous paraît tellement important, que nous publierons tout un ouvrage en y rappelant « comment préparer la maman à l'élaboration, la confection de son lait, la sécrétion, le stockage, la montée de la lactation, la préparation des seins », la manière la plus efficace et la plus agréable, (- et les autres) – pour donner le sein, etc. Nous ne rappellerons ici, que certains éléments).



**Quoi de meilleur
que le lait du sein
de maman ?**



En attendant le bain !



**Sous la protection
du petit ventre
de maman**

1) avant la naissance, la maman doit déjà, si elle a choisi d'allaiter, **ce que nous conseillons sans réserve** (sauf s'il existe une réelle contre indication médicale, ce qui est relativement rare ou des raisons personnelles qu'il faut respecter), **se « préparer physiquement et psychologiquement »** à allaiter son bébé.

Psychologiquement : on sait quel est le poids de la suggestion verbale dans la « réussite » de l'allaitement ! Celle-ci peut jouer très positivement si la maman se place spirituellement, allais-je dire dans la « peau d'une maman qui va nourrir » et qui va faire tout ce qu'il faut pour que cela fonctionne bien ! (Je ne vous rappellerai pas ici les relations existant entre la glande mammaire, le système nerveux, l'hypophyse, l'hypothalamus –où se modulent les émotions - et même l'hippocampe et les narines !)

Physiquement, le sein doit, dit-on, être aussi « préparé » ! J'avoue que je n'en suis pas sûr, au sens strict du terme, sauf à bien protéger cette glande mammaire : elle accroît son volume, donc doit être bien soutenue, bien enveloppée dans un soutien-gorge adéquat. On doit éviter que les petites sécrétions qui, en fin de grossesse provoquent un petit écoulement du mamelon, s'infectent : la coutume est alors de prescrire un mélange d'alcool faible, de glycérine et eau. *Notre préférence va vers d'autres moyens plus « écologiques » et non moins efficaces !*

Massage en toute fin de grossesse : on peut conseiller de pratiquer un petit titillement, un léger massage du mamelon (Jadis, il y avait dans la plupart des bourgs de campagne du Berry, quand le papa n'osait le faire lui-même, des « suceux d' seins » - le plus souvent ce rôle était réservé au « bedeau » !-), ce qui « préparait le sein » à la stimulation de sécrétion et d'excrétion... ! Bon nous n'en sommes plus là !

2) Juste après la naissance de bébé, il est important que bébé prenne le sein rapidement !

C'est cette tétée, cette première prise du sein qui assurera le départ du mécanisme de l'harmonie de la lactation ! Et qui va en stimuler tout le mécanisme ! Donc, ne vous en privez pas !

De plus, les premières productions de la glande lactée seront d'abord du ***Collostrum*** qui permettra à l'enfant de mieux digérer tout ce qu'il ingèrera par la suite !

3) Nous n'insisterons pas donc ici sur « l'insuffisance de lait » (qui peut être le plus souvent occasionnel et sans raison particulière, sauf si cette insuffisance :

suit une grande fatigue, liée à un accouchement particulièrement pénible,

est en rapport avec une carence qui suivrait elle-même une pathologie, due à une anesthésie ou à des médicaments ingérées ou injectées pendant l'accouchement,

est déclenchée par un stress en relation avec l'arrivée d'une mauvaise nouvelle, etc.)

Le FENOUIL et l'ANIS VERT, peuvent, du fait de leur richesse en anéthol, donc en propriétés cholagogues, faire monter la « production » de lait !

Le COLOSTRUM, dont on a, par ailleurs vanté les qualités, notamment comme stimulant du système immunitaire, agit de même. (Du fait de cette qualité de défense du système immunitaire, il serait bon dans certains cas de le faire rentrer comme adjuvant alimentaire du bébé).

CAS PARTICULIER DU GRAND MOMENT DU SEVRAGE :

On ne peut faire l'impasse sur ce moment important (qui fait SOUVENT pleurer les mamans)

Dès que le moment est venu de sevrer bébé, le plus simple est de prendre son temps et d'opérer progressivement et en douceur. Si cela n'est pas possible pour différentes raisons, la coutume est de « bander les seins » pendant quelques temps, de conseiller de moins ingérer de liquide et de se nourrir d'aliments réputés pour leurs vertus laxatives.

Mais on peut conseiller une boisson laxative ou une plante laxative telle le **SENE en follicules** ; mais il faut prendre des précautions car les follicules de séné peuvent très facilement devenir un véritable et drastique

purgatif : 10 gr. de follicules dans 1 litre d'eau à faire bouillir une demi heure, à laisser infuser un quart d'heure, à condition de le boire en deux fois dans la journée (cela fait 2 petits bols) feraient bien l'affaire...on peut le renouveler le lendemain selon la réaction obtenue le premier jour !

A cette méthode traditionnelle, on peut ajouter :

La prise de **SAUGE du fait de sa puissante action oestrogénique, de son action tonique générale**
Certains y ajoutent la prescription de « Petite PERVENCHE ».

On comprendra qu'on ne propose ni ne discute des moyens, que je trouve personnellement particulièrement drastiques, de la thérapie « allopathique » (hormones sous différentes formes, etc.) : cependant, s'il existe réellement une pathologie du sein, « une véritable urgence » à interrompre la « montée laiteuse » et l'allaitement maternel, il est difficile de ne pas accepter cette solution (qui peut d'ailleurs sans contre indication, être complétée par la phytothérapie et les conseils du champ de la naturopathie !)

On ne soulèvera pas ici les problèmes de survenue des « abcès du sein », mais on rappellera qu'il y a parfois confusion avec l'engorgement mammaire ! Cette confusion existe souvent : elle fait parfois prendre une décision qui nous paraît regrettable : celle d'interrompre l'allaitement, ce qui bien sûr, on le comprend aisément, augmente l'engorgement de la glande mammaire et pourrait, dans certains cas, effectivement être un élément supplémentaire déclenchant d'un abcès du sein ! Au contraire, dans le cas d'un engorgement du sein, ce qui est un événement provisoire assez fréquent, **il faut conseiller de ne pas interrompre l'allaitement ; mais parfois de l'augmenter du côté du sein « engorgé » et de calmer la gêne et les éléments douloureux qui accompagnent l'accroissement de volume de la glande mammaire !** (glace sur le sein engorgé pendant un certain temps, suivi de pansements tièdes pour favoriser l'excrétion du lait ; certains conseillent des applications d'argile et un petit « calmant général » de phytothérapie classique, et bien sûr prescrire SAUGE et PERVENCHE.)

Nous reprendrons d'une manière plus détaillée, ce chapitre à un autre endroit. De même...

Le chapitre suivant devrait être « le choix (même si l'on sait que pendant quelques temps, l'allaitement maternel joue bien son rôle) d'un moyen contraceptif » : cela fera l'objet d'un prochain exposé !

