



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

16208 v
Ecole de Sages-Femmes A. FRUHINSHOLZ
NANCY

**L'accompagnement haptonomique
périnatal :
quelle influence sur l'accouchement ?**



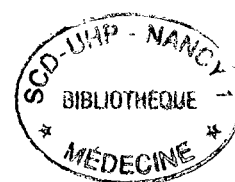
Mémoire présenté et soutenu par
Estelle **OBERLIN-HEINTZ**
Promotion 1998-2002

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



D

007 209813 5



Ecole de Sages-Femmes A. FRUHINSHOLZ
NANCY

***L'accompagnement haptonomique périnatal :
quelle influence sur l'accouchement ?***



Mémoire présenté et soutenu par
Estelle OBERLIN-HEINTZ
Promotion 1998-2002

Remerciements

Je remercie pour leur aide et leur soutien :

- Mme ANDRES, sage-femme monitrice, ma guidante de mémoire.
- Dr HURET, obstétricien, et Mmes CORBLIN et PERGENT, sages-femmes, tous trois haptothérapeutes à la maternité du Belvédère, en Seine Maritime.
- Mmes ANTONY et BOISSEAU, sages-femmes haptothérapeutes à Obermodern, dans le Bas-Rhin.
- Mme BRIGNATZ, sage-femme haptothérapeute à Metz.
- Dr ABT, médecin généraliste à Seynod, Haute Savoie.
- Les couples qui ont accepté ma présence lors des séances pré et postnatales.
- Les couples qui ont bien voulu répondre à mes questionnaires.
- Mes parents, mes sœurs et Marc.

Sommaire

Remerciements	p.2
Préface	p.6
Introduction	p.7
I. L'haptonomie, science de l'affectivité	p.8
I.1. Définitions	p.9
I.1.1. Selon Frans VELDMAN	p.9
I.1.2. Selon les praticiens haptothérapeutes	p.9
I.2. Origine	p.11
I.3. Concepts	p.11
I.3.1. L'affectivité	p.12
I.3.2. Le contact psychotactile	p.12
I.3.3. Affirmation existentielle, affermissement rationnel et confirmation affective	p.13
I.3.4. La base haptonomique	p.14
I.4. La formation, les haptothérapeutes	p.16
I.5. Applications de l'haptonomie	p.17
I.5.1. L'accompagnement pré et post natal haptonomique	p.17
I.5.2. L'hapto-obstétrique	p.17
I.5.3. L'hapto-puériculture	p.18
I.5.4. L'hapto-psychothérapie	p.18
I.5.5. L'haptosynésie	p.18
I.5.6. L'accompagnement des personnes âgées et des mourants	p.18
I.5.7. La kinésionomie clinique	p.19

II. L'accompagnement haptonomique périnatal	p.20
II.1. Définitions	p.21
II.1.1. Selon Frans VELDMAN	p.21
II.1.2. Selon les praticiens	p.21
II.1.3. Les parents définissent l'haptonomie	p.22
II.2. Principes	p.24
II.2.1. Le contact psychotactile	p.24
II.2.2. Sentiment et sécurité de base	p.24
II.2.3. L'importance des sens	p.24
II.2.4. Le souffle	p.25
II.2.4. Les engrammes	p.26
II.3. Modalités pratiques de l'accompagnement	p.27
II.3.1. Introduction	p.27
II.3.2. Quel praticien ?	p.28
II.3.3. Le nombre de séances	p.28
II.3.4. Quand commencer ?	p.29
II.3.5. Le détail des séances	p.29
II.4. Les apports de l'haptonomie	p.44
II.4.1. Au cours de la grossesse	p.44
II.4.2. Au cours de l'accouchement	p.49
II.4.3. En post natal	p.57
II.5. Les limites de l'accompagnement haptonomique périnatal	p.62
II.6. Témoignages de praticiens	p.62
II.6.1. Les motivations	p.63
II.6.2. Les apports de la formation	p.63
II.6.3. La place de la sage-femme	p.64

III. Etude de dossiers, exploitation et analyse des questionnaires	p.65
III.1. Présentation de l'étude	p.66
III.1.1. Objectif	p.66
III.1.2. Difficultés rencontrées	p.66
III.1.3. Population étudiée	p.67
III.1.4. Outils utilisés	p.67
III.1.5. Biais pouvant modifier les résultats	p.68
III.2. Résultats, analyse, analyse	p.69
III.2.1. Situation socio-économique et familiale	p.69
III.2.2. Parité, suivi de la grossesse	p.70
III.2.3. Déroulement de l'accouchement	p.73
III.2.4. Vécu des parents	p.82
III.3. Discussion	p.85
Conclusion	p.87
Annexes	p.88
Bibliographie	p.125
Table des matières	p.129

Préface

Peu connue du grand public et des professionnels de santé, l'haptonomie paraît être, d'après quelques publications qui lui sont consacrées, un accompagnement prénatal par le toucher permettant aux couples de vivre autrement la grossesse et l'accouchement.

C'est en voyant Frans VELDMAN, créateur de cette science, inciter un bébé in-utéro à descendre vers le bassin de sa mère alors qu'il était très élevé, que j'ai commencé à m'intéresser à l'haptonomie.

Ce reportage inclut dans la cassette vidéo "Le bébé est une personne" montre bien comment on peut communiquer avec l'enfant in-utéro, à travers la pensée affective et le toucher : selon Frans VELDMAN, cette femme voulait garder le bébé sur son coeur, ne voulait pas s'en séparer.

Je me suis alors demandée dans quelle mesure cet accompagnement particulier et affectif de la grossesse pouvait avoir une influence sur l'accouchement et son vécu par les parents.

Introduction

L'haptonomie, science de l'affectivité, trouve dans ses applications l'accompagnement pré et postnatal des parents et de leur enfant.

Si l'haptonomie périnatale n'est pas une méthode de préparation à la naissance à proprement parler, elle permet au couple d'accéder à la parentalité et de préparer l'accueil de l'enfant.

Elle ouvre les futurs parents à la nouvelle vie qui se dessine dans le corps de la femme. Elle les sensibilise au toucher, aux sensations, à l'affectivité. Elle leur procure bien-être et confiance en eux, ainsi qu'une sécurité affective qui leur permet à leur tour de sécuriser leur enfant.

Découle-t-il de cette sécurité affective réciproque une modification des mécanismes lors de l'accouchement ?

C'est la question à laquelle ce mémoire va tenter de répondre. Mais il ne sera pas uniquement axé sur l'accouchement puisque l'accompagnement périnatal est un tout qui englobe la grossesse, la naissance et le postnatal.

Dans un premier temps, j'aborde l'haptonomie d'une manière générale, puis dans un deuxième temps, l'accompagnement haptonomique périnatal.

Enfin, je termine par l'exploitation des résultats de l'étude menée à la maternité du Belvédère, en Seine Maritime.

Première partie

L'haptonomie, science de l'affectivité

I.1 Définitions

I.1.1. Selon Frans VELDMAN

Frans VELDMAN, médecin néerlandais fondateur de l'haptonomie, la définit comme la science de l'affectivité.

Elle fait partie des sciences humaines.

Etymologiquement, le mot haptonomie provient de la conjonction des termes grecs suivants :

- hapsis qui veut dire le toucher, le sens, la sensation, le tact,
- nomos qui correspond à la loi, la règle, la norme.

Le terme hapto, provenant du verbe haptain, signifie toucher, réunir, établir une relation, s'attacher à.

Au sens figuré cela se traduit par : établir tactilement un contact pour rendre sain, pour guérir, rendre entier, pour confirmer l'autre dans son existence.

L'haptonomie peut effectivement être considérée comme une science puisque les phénomènes haptonomiques sont repérables, reproductibles et vérifiables.

Cette science se base sur l'étude du comportement et des sentiments de l'homme, intervenant dans les relations et les interactions affectives.

Il s'agit davantage d'un mode de vie que d'une technique et cela répond à un besoin fondamental de l'humain : recevoir la confirmation affective de son existence pour s'épanouir et développer une identité propre, authentique et autonome.

I.1.2. Selon les praticiens haptothérapeutes

Dans la mesure où la formation haptonomique part souvent d'une démarche personnelle, elle a des apports différents pour chaque praticien sur le plan professionnel et personnel.

Ainsi, Béatrice ANTONY, sage-femme, décrit l'haptonomie comme *"une ouverture au monde, voir l'autre comme il est et pas comme il paraît"*. Cela lui a permis dans sa pratique *"d'aller au-delà du jugement, de pouvoir oser aller vers l'autre sans a priori"*.

Pour Catherine DOLTO-TOLITCH : *"l'haptonomie est en soi un*

monde¹ ". Elle permet un abord du corps différent, une redécouverte du toucher.

"Elle apporte aide et soutien à l'être humain dans toutes les situations de sa vie, et à tous les âges, car l'affectivité et le toucher ont à tout moment une importance capitale, même si souvent méconnue, voire déniée dans nos vies²".

L'haptonomie propose de rencontrer l'autre par l'intermédiaire du toucher, sans intellectualiser. L'aspect spontané et le caractère affectif de cette relation permet de rester présent avec l'autre, dans l'ouverture.

Pour Paule FRADIN, sage-femme, *"l'haptonomie va nous faire découvrir l'importance de la relation que chacun d'entre nous entretient avec l'environnement et plus particulièrement avec autrui. Elle nous amène progressivement à une qualité de présence à l'autre, ce qui dans le domaine du soin qui est le nôtre, aura toujours comme motivation première d'aider la personne. Cette qualité de présence va se concrétiser à travers ce que l'on nomme le contact psychotactile³".* Cette notion sera développée ultérieurement.

Le Dr HURET, obstétricien, donne la définition suivante :

"L'haptonomie fait partie des sciences humaines, qui étudie ce qui se passe dans la communication entre les êtres humains. Elle indique comment évoluer vers la qualité de présence quand on est en communication. Fin travail sur l'approche psychotactile !"

Pour Arlette CORBLIN, sage-femme, c'est *"un humanisme : apprendre la présence à l'autre, à soi, maintenir ou trouver ou retrouver le désir de vivre (la "libido vitalis" de F. Veldman) par un accompagnement psychotactile"*.

Elle reste avant tout *"science de l'affectivité, du toucher"* pour Irène PERGENT, sage-femme. *"L'haptonomie permet aux êtres humains, grands et petits, d'être "bien dans leur peau" et d'aller à la rencontre d'eux-mêmes et du monde extérieur"*.

D'autres praticiens en donnent une définition plus philosophique,

¹ In DOLTO-TOLITCH C. - L'haptonomie, révolution tranquille, *L'aube des sens, Cahiers du nouveau-né* n°5, Ed. Stock, Janvier 1991, p.291.

² In DOLTO-TOLITCH C. - Haptonomie pré et postnatale, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, n°1-1991, p.36.

³ In FRADIN-MERMANS P. - La préparation à la naissance : l'haptonomie, *Bulletin des Sages-Femmes* n°157, Juin 2000, p.21.

puisque pour eux *“il s’agit rien moins que de devenir pleinement humain”* et *“l’haptonomie vise le bonheur humain possible pour tous”*. Ils remarquent que *“l’affectif façonne la personne dans son être, dans son essence⁴”*.

I.2. Origine

L’haptonomie a été fondée par Frans VELDMAN après la deuxième guerre mondiale. Elle résulte d’un long travail de recherches sur les effets de l’affectivité dans les relations humaines.

Ces travaux ont pris racine dans le propre vécu de Frans VELDMAN pendant la guerre : observations de souffrance, d’abandon mais aussi actions de soutien, de solidarité, rencontrées notamment dans les camps de concentration.

Depuis l’armistice, il n’a cessé d’enrichir et de faire évoluer cette science grâce à différentes formations - artistique, philosophique, médicale, psychologique - et à l’expérimentation du toucher psychotactile affectivo-confirmant dans différents domaines tels que soin, éducation...

Il a pu constater dans sa pratique hospitalière que l’appauvrissement de la relation humaine retardait le processus de guérison.

Frans VELDMAN a débuté l’enseignement de l’haptonomie aux Pays-Bas. Au début des années 80, il s’est installé en France où il poursuit son enseignement, tout en continuant ses recherches pluridisciplinaires, notamment dans le domaine de la périnatalité.

De nombreuses personnes viennent de toute l’Europe et d’Amérique pour se former à Oms, dans les Pyrénées.

I.3. Concepts

L’haptonomie se base sur différents concepts dont les plus importants vont être développés ci-dessous. Il est nécessaire d’expliquer quelques termes et expressions propres à l’haptonomie et que nous allons retrouver tout au

⁴ Préface de l’ouvrage *Haptonomie, science de l’affectivité* par DECANT-PAOLI D., GELBER T., RAVADEL J-L.

long de ce mémoire.

I.3.1. L'affectivité

Dans les principes de l'haptonomie, le terme "affectivité" est beaucoup employé. Voici la définition proposée par le dictionnaire : *"Ensemble des phénomènes affectifs (émotions, sentiments, passion...). L'affectif se définit comme ce qui relève des sentiments et non de la raison⁵".*

L'affectivité, au sens où l'entend Frans VELDMAN, révèle la manière d'être par laquelle l'individu s'ouvre et se tourne vers autrui, de façon réceptive, sensible, empathique, avec respect et sans préjugés.

Ceci se traduit par le contact psychoaffectif.

Or *"les facultés de contact sont de plus en plus réprimées dans le monde glacial de l'effectivité qui marque notre époque⁶".*

En effet, le rendement, la rentabilité, la technicité, l'efficacité sont les mots d'ordre de ce début de 21ème siècle. C'est ce que Frans VELDMAN nomme *"le monde de l'effectivité"* où les sentiments et l'affectivité sont mis de côté. Il estime que *"ces facultés (de contact) paraissent largement sous-développées. Elles sont étouffées dès l'origine et ne peuvent donc parvenir à leur plein épanouissement"*.

L'affectivité est considérée en haptonomie comme *"l'agent de contact et de rencontre qui donne sens à l'existence humaine toute entière⁷".*

L'haptonomie définit et désigne donc l'affectivité comme *"art de vivre humain⁸".*

I.3.2. Le contact psychotactile

Ce contact ne peut être assimilé à un simple toucher, ni à une caresse ou à un massage.

Il s'agit d'un contact alliant reconnaissance, respect, tendresse et amour.

Il contribue à procurer à l'autre une sensation sécurisante de bien-être.

Il ne prend rien et ne demande rien en retour. Il confirme simplement

⁵ In *Dictionnaire Petit Larousse* 1994, p.42.

⁶ VELDMAN F. - *Haptonomie, science de l'affectivité*, PUF, 8ème édition, Juillet 2001, p.49.

⁷ Op. Cit. p.49.

⁸ Op. Cit. p.49.

l'autre dans son existence, lui offre une présence pleine d'affectivité. Le contact haptonomique, aussi appelé affectivo-confirmant, donne à autrui la certitude de se savoir accueilli en toute sécurité. On rencontre l'autre avec confiance et une telle rencontre touche à la vie personnelle et intime. La seule intention de l'approchant est d'être là pour l'autre, en tout dévouement, transparent et clair. Ce contact ne serait pas haptonomique s'il était utilisé avec l'intention d'exercer un quelconque pouvoir sur l'autre. Cette approche nécessite donc respect, précaution et absence de préjugés.

I.3.3. Affirmation existentielle, affermissement rationnel et confirmation affective⁹

Afin que l'affectivité puisse retrouver une place dans nos sociétés effectives, il faut que dès tout petit, l'enfant soit confirmé dans son existence. L'haptonomie distingue trois formes de reconnaissance de la personne .

I.3.3.1. L'affirmation existentielle

C'est le constat et l'acceptation de l'existence de l'autre. Cette affirmation permet d'accepter et de tolérer la présence d'autrui car chacun a droit à une place dans le monde quelle que soit son origine ethnique, sociale, religieuse... La négation de cette affirmation serait un acte inhumain.

I.3.3.2. L'affermissement rationnel de l'existence

C'est la validation intellectuelle, rationnelle de l'existence de l'autre. Elle dépasse la simple affirmation existentielle et *"une humanité réelle n'existe que là où cette capacité peut s'épanouir"¹⁰* .

⁹ VELDMAN F. - *Haptonomie, science de l'affectivité*, PUF, 8ème édition, Juillet 2001, p.46-47.

¹⁰ Op. Cit., p. 47.

I.3.3.3. La confirmation affective

Elle ne se limite pas à la reconnaissance et à la validation de l'autre. Elle l'estime et l'assure, elle conforte son authenticité de manière affective. Elle nécessite un contact tactile spécifique rassurant et sécurisant, plein de tendresse et de respect - le contact psychotactile.

La confirmation affective est essentielle pour que la personne puisse s'épanouir et pour la maturation de son psychisme.

Elle aboutit à une sécurité de base qui lui permettra d'acquérir une autonomie et une ouverture sans crainte au monde qui l'entoure.

I.3.4. La base haptonomique

I.3.4.1. La base

L'haptonomie a montré que la "base" de l'humain est le lieu où siège les sentiments et le vécu affectif. Cette base se situe au niveau du bassin, qui est la région du corps où se situe également le centre de gravité.

Notre corps traduit souvent nos états d'âme. Selon Frans VELDMAN, c'est dans le bassin, ou la base, que s'exprime notre affectivité.

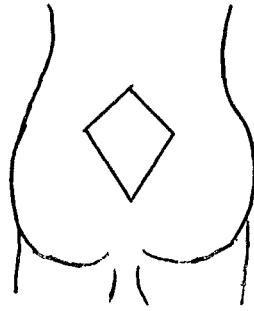
Ceci revêt une importance particulière lors de la grossesse et de l'accouchement. Nous aborderons ce point ultérieurement.

Pour situer la base plus précisément, revenons à quelques notions d'anatomie.

Lors d'un examen obstétrical, on peut évaluer la "normalité" et la symétrie du bassin maternel de plusieurs manières : au toucher vaginal, que l'on appelle alors "palper introducteur", ou par une palpation externe de différents points formant le losange de Michaëlis.

Ce losange est délimité par :

- l'apophyse épineuse de la cinquième vertèbre lombaire en haut
- les épines iliaques postéro-supérieures sur les côtés
- la limite supérieure du pli interfessier en bas.

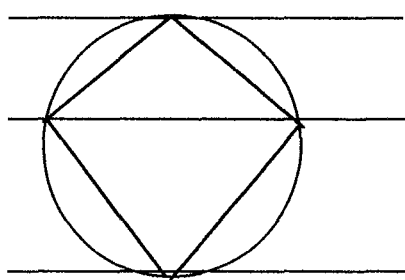


Les recherches de Frans VELDMAN lui ont révélé que les points du losange peuvent se repérer sur une sphère qui se trouve au fond du bassin. Il l'a appelée sphère de présence.

Elle joue, en haptonomie, un rôle prépondérant dans le vécu du bien-être et dans une représentation de soi bien équilibrée. La base de cette sphère se trouve dans la base du bassin.

La rencontre haptonomique débute par une évaluation de l'attitude de base qui correspond à l'état affectif de la personne. L'haptothérapeute repère trois lignes qui traversent la sphère de présence :

- la ligne centrale qui va du point de Michaëlis supérieur en arrière à l'ombilic en avant,
- la ligne de gravité qui va des points latéraux en arrière à un point situé à mi-chemin entre la symphyse et l'ombilic en avant, elle passe par le centre de gravité,
- la ligne de base qui va du point inférieur en arrière au bord supérieur de la symphyse en avant, elle passe par le point de base.



ligne centrale

ligne de gravité

ligne de base

Ces trois lignes sont horizontales et parallèles entre elles lorsque l'individu est présent et bien dans sa base.

Il arrive souvent que la ligne de gravité soit inclinée vers l'avant, cela est dû à l'inclinaison antérieure du détroit supérieur du bassin. Ce déséquilibre de la base s'améliore en général au fil des séances.

I.3.4.2. Le sentiment de base et le sentiment de la base

- L'haptonomie nous montre qu'être bien dans sa base permet de se sentir en sécurité - la sécurité de base -, présent et ouvert au monde. Si tel est le cas, raison et affectif agissent en harmonie : c'est ce qu'exprime le sentiment de base.

- Le sentiment de la base est la faculté de pouvoir sentir de manière subtile le point de base. F. VELDMAN parle aussi de vécu de la base. Ce sentiment, bien qu'important pour tous, l'est particulièrement pour la femme dans la perspective d'une grossesse, d'une naissance et de la restauration postnatale de la base.

I.4. La formation, les haptothérapeutes

La formation à l'haptonomie est à ce jour exclusivement dispensée par le Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie (C.I.R.D.H.) à Oms, dans les Pyrénées.

Frans VELDMAN et quelques-uns de ses proches collaborateurs assurent la formation dans différents domaines.

Toutes les personnes ayant suivi cette formation figurent sur une liste officielle.

Selon Frans VELDMAN : *"Que l'on soit mis en garde contre les personnes non formées, non habilitées qui abusent de l'haptonomie (...), toute personne qui ne se réfère pas au C.I.R.D.H. et n'a pas achevé sa formation à ce centre ne pourra que "galvauder" le message de l'haptonomie¹¹".*

Ainsi l'haptonomie est régie par une éthique et une déontologie stricte, que ses praticiens sont tenus de respecter.

Ceci dit, la formation est ouverte à tous les professionnels des domaines de l'éducation, des soins, de la psychologie, du secteur social.

¹¹ VELDMAN F. - *Haptonomie, science de l'affectivité*, PUF, 8ème édition, Juillet 2001, p.571.

I.5. Les applications de l'haptonomie¹²

L'haptonomie aspire à un épanouissement de l'être humain sur le plan physique et psychique.

Sa tâche commence à la conception de la vie, en invitant le fœtus à prendre sa place dans l'existence, et s'achève lorsque l'humain termine son existence, en favorisant un détachement à la vie sans souffrance, dans l'intégralité psychique.

Cela signifie que l'haptonomie prend un caractère essentiel à chaque phase de la vie, de la conception à la mort.

Par son caractère universel, elle trouve des applications dans les domaines de l'éducation, des soins et de l'assistance médicale, sanitaire, psychologique et sociale.

I.5.1. L'accompagnement pré et postnatal haptonomique

Cet accompagnement permet à la mère et au père de nouer une relation affective réciproque avec leur enfant, déjà avant sa naissance. La définition et les principes de cet accompagnement périnatal seront développés dans la deuxième partie.

I.5.2. L'hapto-obstétrique

Elle complète et achève l'accompagnement prénatal. La sage-femme ou l'obstétricien, formé à cet accompagnement, favorisent une naissance haptonomique. La mère, assistée par le père, accompagne et guide affectivement l'enfant à son entrée au monde.

La sage-femme ou l'obstétricien savent intervenir, si nécessaire, en cours de travail à l'aide d'applications hapto-obstétricales adaptées.

Actuellement, peu de praticiens sont formés à l'hapto-obstétrique dont les résultats semblent pourtant intéressants.

¹² VELDMAN F. - *Haptonomie, science de l'affectivité*, PUF, 8ème édition, Juillet 2001, p.576-580.

I.5.3. L'hapto-puériculture

Elle est la suite de l'accompagnement pré et postnatal. Elle concerne les puéricultrices qui l'appliquent dans les soins néonataux en maternité et à l'hôpital.

Ces applications assurent une approche affectivo-confirmante, sécurisante du nouveau-né, dans les cas où il est séparé de ses parents.

I.5.4. L'hapto-psychothérapie

C'est l'application de l'haptonomie en tant que psychothérapie affectivo-confirmante. Elle s'oriente vers l'assurance d'une sécurité interne, rendant le patient autonome.

Elle aide la personne à restaurer une santé psychique bien équilibrée.

Elle s'adresse aux personnes en souffrance existentielle, confrontées à un sentiment de frustration, de traumatisme ou d'incomplétude de leur être.

Il existe deux spécialisations psychothérapeutiques que sont :

- l'hapto-analyse
- l'hapto-psychagogie qui est un accompagnement de nature psychopédagogique s'adressant aux enfants, adolescents ou adultes en difficulté de maturation.

I.5.5. L'haptosynésie

Cette application s'oriente spécifiquement sur la thérapie haptonomique des infirmités et des troubles physiques, des problèmes d'intégration corporelle et des sentiments d'incomplétude.

I.5.6. L'accompagnement des personnes âgées et des mourants

- L'accompagnement des personnes âgées permet de faire appel à leur élan vital dans des rencontres interactives afin de prévenir les inconvénients liés à l'âge.

- L'accompagnement des mourants comprend celui de la personne mais aussi un soutien des proches. Il s'accomplit dans une ambiance

haptonomique grâce au contact psychotactile affectif, confirmant et rempli d'amour.

I.5.7. La kinésionomie clinique

Elle concerne le personnel de soins : infirmier(e)s, aide-soignant(e)s, kinésithérapeutes... Elle s'oriente sur les soins de malades hospitalisés et facilite le travail en répondant spécifiquement aux besoins individuels des patients - soins adaptés à leur personnalité.

Deuxième partie

L'accompagnement haptonomique périnatal

II.1. Définitions

Afin de compléter mon propos, il m'a semblé intéressant de recueillir les définitions des différents acteurs de l'haptonomie périnatale :

- son créateur Frans VELDMAN,
- les praticiens,
- les parents ayant bénéficié de cet accompagnement.

II.1.1. Selon Frans VELDMAN

L'accompagnement pré et postnatal haptonomique des parents et de leur enfant est défini comme un accompagnement de la maturation de la relation affective entre père, mère et enfant. Il favorise les liens de parentalité, d'accueil de l'enfant et d'ouverture à la vie.

Il ne s'agit pas d'une méthode de préparation à l'accouchement, ni d'une thérapie corporelle. C'est une préparation à l'accueil de l'enfant, un accompagnement de la grossesse qui aide au bien-être de la mère, du père et de l'enfant, favorisant le vécu de la naissance. Il se poursuit pendant la première année de vie.

II.1.2. Selon les praticiens

Tout d'abord il faut préciser qu'il ne s'agit en aucun cas d'exercices de stimulation du bébé ou *"d'une gymnastique pour fœtus"¹³* !

Cet accompagnement est *"une guidance vers le devenir parents"*, comme le définit Annick BRIGNATZ, sage-femme.

Les parents et leur enfant vont pouvoir nouer une relation affective réciproque avant la naissance grâce au contact psychotactile.

Le but est d'établir un vrai dialogue avec l'enfant, décoder ses mouvements, comprendre ses demandes : l'enfant est actif dans cette relation.

La mère peut l'inviter par la pensée, par la voix ou avec ses mains à se déplacer dans l'utérus. Le père, lui, utilisera ses mains et sa voix.

Le bébé répond à ses parents : s'il est éveillé, il vient se nicher dans le creux de leurs mains et très vite c'est lui qui va être demandeur de ce contact. Il va

¹³ In TRABAC E. - *Des mains pour préparer un père*, mémoire, Juin 2000, p.40.

se mettre à danser, à onduler, à se bercer...

“Quand les parents ont pris l’habitude d’établir ce contact à heure régulière, l’enfant se manifeste à l’heure dite si le contact vient à manquer : il est au rendez-vous¹⁴”, constate Catherine DOLTO-TOLITCH.

La sécurité affective réciproque mise en place donne une base à ce que sera la relation familiale et permettra l’épanouissement psychique et affectif de l’enfant.

Cet accompagnement permet également aux parents de vivre la grossesse et l’accouchement de manière plus harmonieuse.

Pour Catherine DOLTO-TOLITCH, *“c’est le plus grand outil de prévention jamais rencontré¹⁵”*.

En effet, sur le plan physique, la pratique de l’haptonomie permet de soulager les tensions de la grossesse et sur le plan psychique on a pu noter moins de dépressions du post-partum chez les femmes accompagnées.

La devise des praticiens en haptonomie pourrait être *“toucher, c’est parler¹⁶”*.

II.1.3. Les parents définissent l’haptonomie

Ces définitions sont extraites des questionnaires envoyés aux parents débutant l’accompagnement et aux parents ayant bénéficié de l’haptonomie périnatale. La question était : *“Comment définissez-vous l’haptonomie ?”*.

Pour beaucoup d’entre eux, c’est avant tout un moyen d’entrer en contact, de communiquer et dialoguer avec leur enfant :

“Premiers contacts entre parents et enfant”.

“Possibilité de communiquer avec notre bébé, de nous montrer réciproquement que nous sommes déjà là pour lui et lui pour nous”.

“C’est un moyen d’entrer en communication avec le bébé ; pour le bébé, c’est prendre conscience que quelqu’un l’attend dehors”.

“L’art du dialogue intra et extra-utérin entre les parents et le bébé naissant”.

¹⁴ In DOLTO-TOLITCH C. - Haptonomie pré et postnatale, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, n°1-1991, p.38.

¹⁵ In DOLTO-TOLITCH C. - L’haptonomie périnatale, CD *Voix haute*, Ed. Gallimard, 1998.

¹⁶ Site internet babyboom.com.

D'autres soulignent la détente et le bien-être procurés par l'haptonomie, mais aussi l'importance de cette relation à trois :

"Une façon de se relier, d'être ensemble et de se faire du bien par le toucher, dans le respect et la confiance".

"Partager à trois des moments intenses de bien-être, de découverte".

"Un moment de détente privilégié entre la maman, le bébé et les autres membres de la famille : conjoint et frères".

"Un moment de calme, que l'on se donne à trois, pour revenir sur nous et se préparer à accueillir notre bébé en parole, en contact... : l'accueil prénatal".

"Je la définit comme une relation à trois, c'est une communication, un jeu, un rendez-vous".

"Plus qu'une méthode ou une technique, c'est une recherche du bien-être dans la maternité et dans la famille, tout au long de la grossesse, pendant la naissance et jusqu'à maintenant (notre fils a un an)".

"Temps consacré au bébé, manière de transmettre son affection".

Pour de nombreux parents l'haptonomie représente surtout une possibilité pour le père de participer à la grossesse et de mieux appréhender sa paternité :

"Pour le papa, c'est la seule façon d'entrer en contact avec l'enfant avant sa naissance. J'étais loin de penser que j'apprécierais autant !".

"Moyen pour le père de se sentir plus impliqué".

La prise de conscience du bébé et la préparation de son accueil sont également évoqués :

"C'est un accompagnement progressif vers une prise de conscience de son enfant, de la fondation d'une famille".

"C'est une approche en couple de la naissance".

"Prendre conscience du bébé, de sa présence réelle et totale alors qu'il n'est pas encore né".

"Ressentir le bébé comme déjà présent au sein de la famille".

"Facilite la relation bébé-parents postnatale".

Ces définitions tiennent déjà compte du vécu des parents et de leur

ressenti de cet accompagnement. Néanmoins, elles rejoignent les définitions des professionnels, axées sur leur pratique, et la définition théorique de Frans VELDMAN.

II.2. Principes

Dans cette application spécifique de l'haptonomie nous retrouvons les concepts de contact psychotactile, sentiment et sécurité de base mais aussi l'importance des sens, du souffle et la notion d'engrammes.

II.2.1. Le contact psychotactile

Appliqué à l'accompagnement périnatal, ce "toucher" revêt un sens particulier, notamment pour le futur père. En effet, il s'agit pour les parents d'entrer en contact, en communication avec le bébé à travers l'abdomen de la mère. Par ces gestes ils lui expriment leur tendresse et leur amour. L'apprentissage de ce contact se fait avec un accompagnant haptothérapeute, puis il est reproduit et développé à la maison. Cela permet aux parents de "maturer" leur relation avec le bébé, de le confirmer en tant que personne aimée et attendue. En retour il confirme ses parents.

II.2.2. Sentiment et sécurité de base

L'accompagnement permet à la mère de se sentir bien dans sa base et d'être soutenue par le père. La relation avec l'enfant contribue à le confirmer affectivement et lui procure donc ce sentiment de sécurité de base, si important pour un bon démarrage dans la vie !

II.2.3. L'importance des sens

Tous nos sens participent dans le cadre d'une relation interactive. Il en est de même pour le bébé in-utéro, qui peut être qualifié "d'être sensitif".

Commençons par un bref rappel sur le développement des sens. Depuis les années 70, des recherches pluridisciplinaires en matière de développement de l'embryon et du fœtus ont été menées.

Les équipes médicales se sont plus particulièrement intéressées aux organes sensoriels. C'est le sens du toucher qui apparaît le plus tôt : les récepteurs cutanés apparaissent autour de la bouche dès la septième semaine, puis atteignent progressivement le visage, la paume des mains et la plante des pieds à onze semaines, pour gagner l'ensemble du corps et des muqueuses à vingt semaines.

Quant aux voies nerveuses, elles se forment dès six semaines pour s'achever à trente semaines.

Ainsi le toucher est le premier langage qui puisse être utilisé pour entrer en contact avec l'enfant in-utéro et ceci dès quatre mois. Il faut cependant préciser qu'il ne s'agit pas de stimulations ayant pour objectif de développer les capacités intellectuelles du bébé.

En parallèle, le système auditif se met en place à partir de huit semaines pour être quasiment fonctionnel à six mois. Ainsi, les parents peuvent communiquer également par la voix et il est surprenant de constater que l'enfant les reconnaît !

Puis apparaissent la vue, l'odorat et le goût. Dès le début du troisième trimestre, le fœtus perçoit l'environnement dans lequel il vit, c'est un individu avec lequel nous pouvons communiquer.

II.2.4. Le souffle

D'après Frans VELDMAN, les émotions s'expriment par le souffle : *"Chez l'humain, le souffle exprime sans cesse l'état d'âme et les sentiments¹⁷".*

En effet, nous pouvons remarquer qu'en fonction de l'émotion ressentie, la respiration va se modifier. Par exemple, la douleur bloque la respiration alors que la joie l'amplifie, l'angoisse l'inhibe.

Lors d'une approche psychotactile haptonomique, la mère va se sentir en sécurité affective et elle aura un souffle ample et régulier. C'est celui qu'il faudra essayer de conserver pendant le travail. Il est déclenché quand la

¹⁷ VELDMAN F. - *Haptonomie, science de l'affectivité*, PUF, 8ème édition, Juillet 2001, p.453.

mère se sent bien dans sa base, en sécurité dans le contact haptonomique avec le père et son enfant.

“Par le souffle, l’enfant à naître participe aux émotions de sa mère et il est, d’une certaine façon, déterminé émotionnellement par elle (...), il perçoit directement s’il peut demeurer en toute sécurité dans l’affectivité de sa mère ou s’il est déjà (...) confronté à l’angoisse et à l’insécurité¹⁸”.

Cette citation de Frans VELDMAN montre bien que la respiration de la mère a une grande importance pour l’enfant, outre son oxygénation.

Cette théorie sur le souffle contre-indique fortement la pratique de préparations à la naissance telles que le yoga ou la sophrologie en parallèle à l’haptonomie. Non pas que l’une ou l’autre soit meilleure, mais dans ces autres approches, on apprend à maîtriser son souffle de manière consciente. Cela va à l’encontre de ce que l’on recherche en haptonomie car la maîtrise du souffle bloque l’expression spontanée de l’affectif et empêche l’ouverture puisque la mère se centre sur elle-même. Le contrôle de la respiration se fait par stimulation du cortex, ce qui affecte la relation mère-enfant : la mère “abandonne” son bébé pour se concentrer sur sa respiration.

Il y a donc incompatibilité entre l’haptonomie et ces autres méthodes de préparation à la naissance.

II.2.5. Les engrammes

Ce sont les traces ou empreintes inconscientes laissées par notre vécu in-utéro et pendant la petite enfance.

Inconscients, les engrammes ont néanmoins leur importance : ils vont déterminer un certain nombre de nos comportements, la manière dont nous allons évoluer dans la vie et notre personnalité.

Un enfant ayant eu une confirmation affective in-utéro de la part de ses parents se sentira attendu, en sécurité et ouvert à la vie. Il aura une autonomie plus précoce, car les parents en s’attachant précocement à leur enfant lui permettront de mieux se détacher d’eux.

¹⁸ VELDMAN F. - *Haptonomie, science de l’affectivité*, PUF, 8ème édition, Juillet 2001, p.454.

II.3. Modalités pratiques de l'accompagnement

II.3.1. Introduction

Avant toute chose, il y a trois éléments qu'il faut souligner.

II.3.1.1. La présence du père

Elle est nécessaire pour mener à bien l'accompagnement. Mais il faut également qu'il soit désireux d'entreprendre cette démarche.

"En haptonomie, on n'impose rien, on propose..."¹⁹, dit C. DOLTO-TOLITCH et si le père ne se sent pas mûr ou qu'il n'en a pas envie, il vaut mieux ne pas commencer l'accompagnement.

Mais le plus souvent les pères qui entreprennent cette démarche avec leur compagne sont désireux de trouver une véritable place de père avant et pendant la naissance.

Dans certains cas - père indisponible ou absent -, la mère peut être accompagnée par une autre personne de son entourage, qu'il convient de choisir soigneusement.

Il faut un engagement des deux parents car seule cette "triade affective" peut donner au bébé un véritable équilibre affectif.

Si la mère est seule, il risque d'y avoir un attachement trop grand avec le bébé, une relation trop forte qui serait néfaste pour l'épanouissement de sa personnalité.

Le père permet l'ouverture de l'enfant vers l'extérieur, mais il constitue aussi le recours affectif de la mère, il la soutient.

II.3.1.2. Tous les couples ne sont pas prêts

Quand un couple est à un moment de sa vie qui ne lui permet pas de bien vivre cette expérience, il faut y renoncer, sans les culpabiliser.

"Cela peut remuer des choses dans leur histoire personnelle, soit dans ce qu'ils ont connu dans leur vie d'enfant, soit au niveau de leurs conflits de couple. Mais cette approche permet justement d'exprimer ces différends au

¹⁹ In DOLTO-TOLITCH C. - Haptonomie pré et postnatale, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, n°1-1991, p.37.

lieu de les laisser dans le non-dit²⁰”, explique Bernard THIS, psychanalyste. Il ne faut pas banaliser l’haptonomie et cela peut être le danger de la vulgarisation. On ne peut pas essayer pour voir, parce que c’est à la mode. Cela demande un réel investissement du couple mais aussi du praticien.

II.3.1.3. L’intimité

Cet accompagnement n’est pas possible en groupe car la place de l’affectif dans celui-ci nécessite un respect de la vie privée et de l’intimité. C’est pourquoi les séances se déroulent entre les parents, l’enfant et l’haptothérapeute qui les guide.

II.3.2. Quel praticien ?

Un médecin, une sage-femme ou un psychologue formé par le C.I.R.D.H. à l’accompagnement haptonomique périnatal. Il permet aux parents de découvrir le langage affectif. Il leur transmet un certain savoir-faire, des gestes, des bercements, des redressements du bassin ayant pour but d’apporter du confort à la mère et à l’enfant. *“Son rôle est aussi d’accueillir chaque parent tel qu’il est et de s’adapter en fonction de son vécu, son histoire, son ressenti²¹”*.

II.3.3. Le nombre de séances

On préconise huit séances en moyenne pendant la grossesse, qui sont remboursées, et trois séances postnatales. Le nombre de séances peut être modifié selon les problèmes rencontrés ou au contraire la facilité qu’ont les parents à intégrer ces nouvelles connaissances. A la maternité du Belvédère, où j’ai effectué une grande partie de mon enquête, les couples bénéficient de cinq séances prénatales et trois postnatales. Les séances ont alors lieu à trois semaines d’intervalle environ.

²⁰ In THIS B. - Tout ce que l’haptonomie peut vous apporter, *Parents*, Août 1999, p.82.

²¹ In DOLTO-TOLITCH C. - Tout ce que l’haptonomie peut vous apporter, *Parents*, Août 1999, p.80.

II.3.4. Quand commencer ?

La première séance a lieu tôt dans la grossesse, avant quatre mois, et si possible avant même la conception si les parents envisagent cette démarche. En effet, il faut beaucoup de temps pour qu'ils mûrissent la relation affective avec leur enfant.

L'accompagnement n'est jamais commencé après le début du septième mois car il ne reste plus assez de temps pour installer une relation harmonieuse. En moyenne, les couples débutent l'accompagnement entre quatre et cinq mois.

Certains praticiens préfèrent que la femme ne sente pas encore le bébé bouger à la première séance. Cela lui permet d'être plus attentive à ses premiers mouvements actifs, qui se manifestent en général peu de temps après la première séance.

II.3.5. Le détail des séances

L'accompagnement haptonomique périnatal suit une trame théorique. Ensuite il s'adapte à chaque couple au fil des séances, à son vécu, à la façon dont les parents réagissent et à la relation entre le couple et l'accompagnant. Il est difficile d'exprimer ce qui est ressenti dans cette rencontre très forte. Je vais néanmoins tenter de décrire au plus juste les gestes proposés aux parents pendant l'accompagnement.

A cet effet, je vais m'appuyer sur un suivi prénatal de cinq séances auquel j'ai pu assister lors de mon stage à la maternité du Belvédère.

II.3.5.1. Première séance

* Découverte de l'haptonomie.

Tout d'abord, l'haptothérapeute fait le point avec le couple : comment ont-ils connu l'haptonomie, qu'en savent-ils, qu'est-ce qui les a amené à faire cette démarche et qu'en attendent-ils.

Puis il explique ce qu'est l'haptonomie, la qualité de présence, et son but dans l'accompagnement périnatal : établir un contact avec l'enfant avant, pendant et après la naissance, préparer son accueil, lui offrir une sécurité de

base et lui transmettre l'envie de vivre en même temps que la vie.

Il évoque la notion d'engrammes.

Il leur rappelle que le fœtus et le bébé sont des êtres dans la sensation.

Il met également en avant la place importante qui est donnée au père tout au long de la grossesse mais aussi de l'accouchement. Il ne devient pas père à la naissance, il l'est déjà dès la conception.

L'haptonomie aide à vivre avec le bébé de manière harmonieuse pendant la grossesse et l'accouchement. Elle procure un plaisir d'être ensemble à trois.

* L'attitude de base : photo 1.

Puis il va observer l'attitude de base de la mère, placée de profil, c'est-à-dire la façon dont elle se tient dans sa base. Nous avons déjà vu que cela pouvait traduire l'état affectif et émotionnel inconscient de la mère. Elle caractérise sa façon de faire face au monde avec toute sa personnalité. En plaçant une main sur le sacrum (la base) et une main sur l'abdomen, l'accompagnant va lui faire découvrir les sensations de sécurité ou d'insécurité liées à cette attitude de base.



Photo 1 : l'attitude de base.

* Le giron.

On appelle ainsi l'utérus en haptonomie.

"La future maman découvre ainsi qu'elle est déjà mère pour peu qu'elle investisse son utérus comme un giron, ou une demeure pour l'enfant, même si elle ne perçoit pas encore directement la présence de celui-ci"²², explique Catherine DOLTO-TOLITCH. L'utérus devient une maison, un nid agréable pour le bébé.

* Prise de conscience du toucher.

L'accompagnant va faire prendre conscience au couple des différents touchers :

- le toucher objectivant, qui ne s'occupe que d'une partie du corps,
- le toucher bienveillant, non agressif, tout de suite accepté, sans réaction de défense, prenant en compte la personne toute entière. Ce toucher met en évidence la qualité de présence au moment de la rencontre avec quelqu'un.

* Les phénomènes haptonomiques de base.

Le père et la mère sont invités à découvrir ces phénomènes.

- La manière d'entrer en contact avec la mère, sans la surprendre, avec son accord pour que cela lui fasse plaisir et soit agréable pour elle et le bébé. Le père pose ses mains sur les cuisses ou les hanches de sa compagne avec délicatesse. Il berce doucement la mère et, à travers elle, l'enfant.

- La prise de contact avec le bébé, qui nécessite que la mère aie envie que le père s'y intéresse. Elle va alors complètement se relâcher et le bébé aura davantage de place dans l'utérus, il sera libre de ses mouvements, d'aller vers la main paternelle qui l'appelle. En même temps, la mère incite par la pensée le bébé à aller avec son père.

La main va exercer une pression sur l'utérus, en douceur, pour signaler au bébé sa présence. Puis ils attendent que le bébé réponde. S'il dort, ils vont le laisser, mais s'il est éveillé, il va prendre plaisir à ces contacts répétés et va y répondre : photo 2.

²² In DOLTO-TOLITCH C. - Haptonomie pré et postnatale, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, n°1-1991, p.37.



Photo 2 : la prise de contact avec le bébé.

- Le déplacement du bébé, d'une main à l'autre. *"Le geste, toujours attentif et chaleureux, doit s'accompagner d'une véritable intention qui va attirer le fœtus comme un aimant, le pousser à communiquer en venant se lover tout contre la main qui l'appelle"²³.*

Cela devient vite un jeu pour les parents et l'enfant ou un simple bercement pour calmer un bébé agité !

La mère peut contacter seule son enfant avec les mains et la pensée. Mais il est important qu'une fois par jour ils se donnent un rendez-vous à trois, qui sera un moment unique de rencontre dans la journée pour le bébé, où ses deux parents sont présents pour lui.

- Le prolongement : il s'agit de se prolonger tactilement dans une personne, en général l'accompagnant ou le père. Ceci permet de diminuer la vulnérabilité à une agression et d'augmenter l'élasticité des tissus musculaires. Ce qui s'avère très profitable lors de l'accouchement.

Le père n'invite pas sa femme à se prolonger dans son bras comme le ferait l'haptothérapeute. Il accompagne sa femme par sa présence, par le contact et lui permet de s'ouvrir à lui sans quitter son enfant.

Ce phénomène perd son intérêt s'il n'est pas intégré dans l'affectivité.

La mère découvre qu'elle peut ressentir totalement différemment la douleur selon l'état de vulnérabilité dans lequel elle se trouve, qu'elle peut modifier sa vulnérabilité et développer ses capacités de tolérance.

- La berceuse : très appréciée par les mamans, elle permet de replacer le bassin et de relaxer la mère en la berçant, ce qui berce également le bébé.

²³ In PICARD M. - Tout ce que l'haptonomie peut vous apporter, *Parents*, Août 1999, p.80.

La mère est allongée, le haut du corps légèrement surélevé. Le père est assis ou debout à côté d'elle. Il lui plie les jambes et prend contact avec elle. Puis il glisse une ou deux mains sous son sacrum et berce doucement la base de sa femme, ce qui lui procure une grande détente : photo 3. Ensuite, il bascule le bassin en dégageant doucement ses mains. La colonne est ainsi bien à plat, cela soulage considérablement les douleurs lombaires et les tensions ligamentaires. Le bébé a beaucoup plus de place dans le giron, il est apte à entrer en communication !



Photo 3 : la berceuse.

Cette première séance pose les jalons. Les parents sont invités à renouveler ces expériences nouvelles à la maison afin de développer cette relation avec un enfant qu'ils découvrent petit à petit dans sa personnalité et ses réactions.

II.3.5.2. Deuxième séance

* Reprise du contact avec le bébé.

S'il ne bougeait pas activement à la première séance, les jeux de déplacement et le bercement sont repris. S'il bougeait déjà, les parents renforcent cet apprentissage tactile d'une communication très subtile : invitations, déplacements, plaisir d'être ensemble.

* Le recentrage debout : photo 4.

Les parents sont debout. La mère présente son profil au père. Celui-ci place une main sur la base de sa femme, une main en bas du ventre qui soutient le bébé.

La mère se prolonge dans ses bras et grâce à un "lâcher-prise" mental, elle s'autorise à descendre dans ses mains, à les remplir. Son utérus se détend, son périnée s'ouvre, la lordose lombaire diminue.

Le père peut également placer son avant-bras dans le dos de sa femme, en continuant à soutenir le bébé de l'autre main, et le faire remonter pour étirer le dos : photo 5.



Photo 4 : le recentrage debout.



Photo 5 : étirement du dos.

* La vulnérabilité du père.

Le but est de permettre au père de ressentir sa vulnérabilité et comment, en s'ouvrant à l'autre, il peut être moins vulnérable.

Il s'allonge à plat ventre.

L'accompagnant commence par le pincer au niveau de la cuisse ou de la taille : il a une réaction de défense immédiate, il se retire, rentre dans sa

coquille.

Puis, il pose une main sur sa base, lui demande de se prolonger dans cette main, dans l'avant-bras, le coude puis jusqu'à l'épaule.

Il recommence avec les deux mains sur la base, puis retire ses mains en demandant au père de continuer à sentir le prolongement.

Il le pince à nouveau et le père se laisse faire beaucoup plus facilement, même si le pincement est renforcé !

Le père a augmenté sa tolérance à l'agression, tout en restant présent. Il se rend alors compte de ce qu'il peut apporter à sa femme : en étant présent et en l'invitant à s'ouvrir à lui, il peut l'aider à supporter la douleur et à être moins vulnérable. C'est très important au moment de l'accouchement.

La séance peut être terminée par une berceuse si le couple le souhaite.

II.3.5.3. Troisième séance

* Reprise du contact avec le bébé.

* La sculpture des jambes : base et membres inférieurs.

Située entre massage et caresse, cette sculpture "redonne ses jambes" à la mère. Il est important d'en prendre soin, pas seulement pendant la grossesse, car elles nous portent toute notre vie !

La sculpture est toujours terminée par les pieds afin de donner une sensation, d'allongement des jambes : photo 6.

Elle peut soulager les lourdeurs de jambes, les petits problèmes veineux et procure un bien-être et une détente bénéfiques.

Elle est également proposée après l'accouchement et s'adresse aussi au père.



Photo 6 : la sculpture des jambes.

* Travail de la base par le recentrage.

* Le prolongement dans l'espace.

Pour permettre à la mère d'être moins vulnérable, l'accompagnant lui propose de se situer dans l'espace. En position allongée, elle ferme les yeux, les mains sur son giron pour rester avec le bébé.

Elle est invitée à prendre conscience du lit sur lequel elle est allongée, à se prolonger à travers le lit jusqu'au sol, latéralement vers les murs, vers le plafond, tout en intégrant les objets et les personnes présents dans la pièce. Elle se trouve alors dans un état de détente complète, le souffle ample et régulier peut s'installer.

Elle est plus tolérante aux agressions extérieures tout en restant présente avec son bébé.

Cet "exercice" peut être utilisé à volonté pendant la grossesse et l'accouchement. Le père peut également l'utiliser comme moyen de détente.

* Berceuse ou bercements sur le côté.

La mère est allongée sur le côté et le père place une ou deux mains sur sa base. Il va berce celle-ci puis, en gardant une main sur la base, il va étirer le dos avec son autre main : photos 7 et 8.

Il termine par une berceuse "enveloppante", les deux mains sur la base : photo 9.



Photo 7 : bercements sur le côté.



Photo 8 : étirement du dos.



Photo 9 : berceuse enveloppante.

II.3.5.4. Quatrième séance

* Contact avec l'enfant.

* Enroulement du bébé, en position debout ou assise : photo 10.

La mère invite son bébé à remonter "*vers son coeur affectif*"²⁴ en suivant ses mains avec un geste d'enroulement.

Cela lui permet de moins appuyer sur la vessie en fin de grossesse et de se mettre dans l'axe du bassin au début du travail.

Le père peut accompagner sa femme dans ce geste : il se place debout derrière elle et ils remontent ensemble l'enfant en l'enroulant.

Ceci soulage beaucoup le dos de la mère et permet au moment du travail de replacer le bébé tout en lui montant l'axe de descente.



Photo 10 : enroulement du bébé.

* Prise de conscience du périnée : photo 11.

La femme prend conscience de son périnée en le serrant puis en le relâchant. En position assise sur un tabouret, elle ouvre son périnée en se prolongeant par le bas dans le tabouret. Ceci entraîne un relâchement et une

²⁴ Cassette vidéo *Le bébé est une personne*, interview de F. VELDMAN.

détente du périnée, très bénéfique lors de l'enfantement.



Photo 11 : la prise de conscience du périnée.

* Accueil et portage du bébé à la naissance et dans les premières semaines de vie.

Le père et la mère acquièrent un certain nombre de gestes, notamment comment porter l'enfant de façon haptonomique, comment le déplacer en l'invitant à terminer le mouvement lors du change, pendant le bain... L'important est de conserver un contact avec sa base, qu'il faut toujours soutenir. Il se prolonge alors en nous et se sent en sécurité, il maintient très vite sa tête. Le portage permet de tourner l'enfant vers l'extérieur, évite la symbiose avec la mère. C'est souvent le père qui propose cette ouverture.

* Reprise du travail de la base ou de la berceuse selon l'envie et les besoins du couple.

II.3.5.5. Cinquième séance

Elle est orientée dans la perspective de l'accouchement. La mère découvre le chemin que le bébé va prendre pour naître. L'accompagnant montre aux parents comment ils peuvent s'installer en salle de naissance, soulager la mère pendant le travail et

l'accouchement : photos 12, 13 et 14.

Quasiment toutes les positions haptonomiques vues précédemment peuvent être utilisées pendant le travail. L'important est que les parents restent bien présents avec leur bébé et l'accompagnent vers sa naissance. En haptonomie, on parle plus volontiers d'enfantement que d'expulsion lors de l'accouchement.



Photo 12 : enroulement du bébé.



Photo 13: position haptonomique pour accoucher.



Photo 14 : contact avec l'enfant.

D'autres positions moins haptonomiques mais qui peuvent se combiner lors d'un travail sans analgésie péridurale ou dans l'attente de celle-ci sont également proposées : photos 15 et 16.



Photo 15 : sur le ballon



Photo 16 : sur le siège hollandais

Le travail de la base est très important ce jour là pour que la mère se sente sécurisée.

A la naissance, le père a un rôle particulier qui est celui de favoriser le "détachement". La naissance est la première grande séparation entre la mère et l'enfant.

La section du cordon ombilical par le père - s'il le souhaite - constitue symboliquement une deuxième phase de ce détachement.

Puis le père présente le nouveau-né à sa mère et au monde : *"le père (...) renforce le détachement en soutenant bien sa base, en élevant son enfant, dans un mouvement souple et le tournant vers le monde"²⁵*.

On retrouve là le portage des nouveaux-nés qui permet à la mère de voir son enfant de face, ce qui favorise l'attachement postnatal mère-enfant.

"Le fait que l'enfant soit soulevé par son père accomplit le premier acte haptonomique de confirmation de son être autonome"²⁶.

Cependant, malgré une préparation haptonomique, peu de pères ont ce réflexe de portage dès la naissance. On leur conseille donc tout simplement de bercer doucement la base du bébé dès qu'il est posé sur le ventre de sa mère.

Il retrouve ainsi la chaleur, l'odeur, le son de la voix de sa mère, mais aussi la sécurité de base que lui procure son père.

Tous les sens sont en action pour retrouver cette sécurité affective.

"Il importe de détacher sans couper le lien affectif"²⁷, précise F. VELDMAN.

Lorsque l'accompagnement peut s'effectuer en huit séances, cela laisse plus de temps aux parents pour intégrer et s'approprier cette approche qu'on leur propose.

Il y a alors plus de temps pour approfondir certains aspects, pour remédier aux difficultés parfois éprouvées.

C'est ce que préconise le C.I.R.D.H., mais malheureusement, cela est difficilement possible en-dehors des consultations privées.

Tous les "exercices" sont proposés à la mère et au père. Ce dernier a

²⁵ In DOLTO-TOLITCH C. - Apport de l'haptonomie périnatale à la médecine d'enfant : témoignage clinique, *Les dossiers de l'obstétrique*, Janvier 1994, p.7.

²⁶ VELDMAN F. - *Haptonomie, science de l'affectivité*, PUF, 8ème édition, Juillet 2001, p.106.

²⁷ Op. Cit., p.108.

aussi le droit de profiter de la détente apportée par la plupart des “exercices”, de se sentir bien dans sa base.

II.3.5.6. Les séances postnatales

Elles sont en général au nombre de trois.

La première se déroule le plus tôt possible après l'accouchement, dans les quinze premiers jours de vie.

Une nouvelle rencontre est prévue vers un mois puis à l'acquisition de la marche.

Des séances supplémentaires peuvent se rajouter si nécessaire.

Catherine DOLTO-TOLITCH pour sa part voit les bébés tous les trois mois entre un mois et l'acquisition de la marche.

Ces séances permettent à l'enfant d'avoir une continuité dans la confirmation de sa personne. Il est en général très présent, curieux, ouvert.

Les parents reprennent le portage, ils accentuent le développement de l'autonomie et de la sécurité de base de l'enfant : photos 17, 18.



Photos 17 et 18 : le portage.

Mais on s'occupe également des parents !

L'accompagnant propose à nouveau la sculpture des jambes pour leur permettre de retrouver un sentiment de sécurité et de bien-être dans leur corps après ce grand chamboulement qu'est la naissance.

C'est très important pour la mère qui a subi des modifications physiques, hormonales et psychiques après l'accouchement.

Mais ça l'est aussi pour le père ! Cela leur permet d'être bien dans leur corps et en sécurité pour pouvoir être bien avec l'enfant et lui transmettre leur sécurité affective.

II.4. Les apports de l'haptonomie.

Les réponses aux questionnaires envoyés aux parents ayant bénéficié de l'accompagnement haptonomique périnatal en Seine Maritime, Alsace et Moselle m'ont permis de mieux cerner les bénéfices apportés au cours de la grossesse, lors de l'accouchement et en postnatal.

II.4.1. Au cours de la grossesse.

II.4.1.1. La place donnée au père

D'après les couples, il s'agit de la seule "préparation" où le père est vraiment accompagné dans sa paternité et qui lui permet d'accompagner pleinement sa compagne pendant la grossesse.

L'haptonomie périnatale lui offre la possibilité d'entrer en contact avec son enfant, ce qui lui permet de passer plus facilement à l'état de paternité.

Ces échanges précoces changent totalement le vécu de la grossesse du côté du père. Il trouve sa place dans ce nouvel équilibre à trois et n'a plus peur d'approcher, de toucher le ventre de sa compagne.

Les pères témoignent de leur sentiment d'être utile au bon déroulement de la grossesse, notamment en soulageant leurs femmes des petits maux de la grossesse - douleurs lombaires ou malposition du bébé.

Thierry, papa d'Etienne (4 mois et demi), explique ce que l'haptonomie lui a apporté : *"Une association au vécu de la maman, un partage et un*

sentiment de complémentarité. Comme l'impression d'être utile à quelque chose malgré le rôle mineur - mécanique - que nous a confié la nature !"

Quant à Nathalie, la maman : *"Faire partager ma grossesse à mon mari en entrant en communication avec le bébé que je portais. Un renforcement du vécu de la grossesse : moyen de la vivre à trois".*

La plupart des pères ayant participé à l'haptonomie prénatale expriment leur joie d'avoir participé à la grossesse de façon active, de l'avoir vraiment partagée et d'avoir fait connaissance avec leur enfant avant la naissance.

Cependant, quelques-uns sont restés peu convaincus et ont eu du mal à "rentrer" dans l'haptonomie.

II.4.1.2. Préparer l'accueil du bébé, se sentir parents plus tôt

Les interactions précoces avec le bébé leur permettent de se sentir parents plus tôt en prenant conscience de l'existence réelle de l'enfant dans le giron maternel.

C'est ce qu'explique Catherine DOLTO-TOLITCH : *" Toutes ces expériences vécues à trois ces découvertes de l'enfant déjà sujet, véritable autre dès sa gestation, sont très émouvantes, enrichissantes et maturantes pour chaque parent individuellement et pour le couple. En cela l'haptonomie est une aide précieuse pour l'accession à la parentalité avec tout ce qu'elle apporte d'angoisse, d'ambivalence, de doutes aussi parmi les merveilles positives qu'elle apporte mais qui sont trop souvent les seules mises en avant²⁸".*

Ainsi les pères, qui n'ont pas le vécu physique de la présence de l'enfant, peuvent grâce à l'haptonomie prendre conscience de l'existence de cette nouvelle vie.

Yves, futur papa, a pu avoir *"une plus grande perception d'un petit être à venir et qui commence déjà à exister"*.

Une fois gagnés par ce sentiment de parentalité, les futurs parents se préparent mieux à l'accueil du bébé, ils ont l'impression de déjà le connaître

²⁸ In DOLTO-TOLITCH C. - Haptonomie pré et postnatale, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, n°1-1991, p. 39.

et la rencontre est envisagée avec moins d'angoisse.

Mais l'haptonomie, au-delà des parents, permet aussi d'inclure frères et sœurs dans cette préparation à l'accueil.

Sylvie, maman d'Arthur (6 ans et demi), Victor (3 ans et demi) et Jules (2 mois et demi), en témoigne : *"L'haptonomie nous a permis de préparer les deux frères en douceur à la venue du troisième enfant"*.

II.4.1.3. Communication avec l'enfant, relation à trois

Pour les mères, l'approche haptonomique rend les contacts mère-bébé plus vivants, plus conscients, elle perçoit plus tôt et plus nettement ses mouvements actifs. Elle est plus présente à son enfant.

Pour les pères, cette approche apporte des moments forts d'émotion lors de la rencontre avec l'enfant.

Pour les parents, les bénéfices apportés par l'haptonomie prénatale sont essentiellement : les relations précoces avec l'enfant, la communication à trois, des moments agréables à trois, une aide pour entrer en relation avec le bébé, une complicité, la création de liens forts parents-enfant.

C'est ce qu'ils expriment, chacun avec leurs mots :

"A la première séance, j'ai enfin senti mon bébé et de plus, on l'a vu bouger de façon spectaculaire. C'était très intime, et surtout très émouvant", Emmanuelle, maman de Florian (5 mois et demi).

"L'haptonomie permet une réflexion, un retour sur soi, une sérénité, des échanges mère-père et père-enfant", Stéphane, papa de Clara (4 mois).

"Impression de déjà bien connaître mon bébé", Stéphanie, maman d'Alexandre (2 mois).

"J'avais non seulement l'impression de le "couvrir" dans mon ventre, mais également par la chaleur de mes mains durant nos bercements", Frédérique, maman de Quentin (3 ans) et Antoine (10 mois).

"Pouvoir dire je t'aime sans les mots", Marie-Noëlle, maman de Mattéo (4 mois et demi).

"Moyen de revenir vers le bébé alors que j'avais tendance à me laisser absorber par d'autres préoccupations moins importantes", Matthieu, papa de Brieuc (3 ans) et Théotime (7 mois).

Cette communication est à la fois émouvante et sécurisante pour les parents mais également pour le bébé qui se sent aimé et attendu. L'adoption mutuelle des parents et de l'enfant se fait plus facilement. Celle-ci est très importante pour réduire le décalage entre l'enfant imaginaire attendu et l'enfant bien réel.

II.4.1.4. Rapprochement du couple

La prise de contact précoce avec un troisième être bien réel permet au couple d'introduire très tôt ce troisième entre eux.

Les haptothérapeutes pensent que cette approche enrichit les relations de couple, les renforcent et créent une harmonie. Ils sont plus sensibles à l'enfant à naître.

“Dans la plupart des cas, cela mènera à un renouveau de ferveur et à un approfondissement de la relation des parents, créant les meilleures conditions d'accueil de l'enfant”,²⁹ explique Frans VELDMAN.

De plus, le contact psychotactile, qui est en quelque sorte un éveil au toucher, permet au père de s'autoriser à toucher le ventre de sa femme, ce qui est bien souvent une hantise : “je n'ose pas toucher son ventre, j'ai peur de faire mal au bébé” ou “une femme enceinte, c'est sacré, on n'y touche pas !”. La future mère se sent davantage investie par le père et ne s'en portera que mieux !

Les couples soulignent également la grande complicité qui s'instaure entre eux.

II.4.1.5. Meilleur vécu de la grossesse

Le vécu émotionnel et affectif lors des rencontres haptonomiques a des effets immédiats sur le tonus musculaire. Cela permet de soulager physiquement la mère. Si on y ajoute les positions modifiant le maintien proposées pendant la grossesse, la détente ressentie par la future maman est complète.

Les femmes font connaissance avec leur corps, avec les sensations nouvelles de la grossesse et l'investissent mieux.

²⁹ In VELDMAN F. - La science de l'haptonomie : principio vitae tactus erat, *Les actes du congrès d'haptonomie n°1*, 1990, p.8.

Elles soulignent le bien-être et la sérénité procurés par les séances :

“J’ai été plus à l’écoute de mon bébé et de son confort, ainsi que du mien”, Priscille, maman de Benoît (2 ans et demi) et Matthieu (11 mois).

“Un bien-être physique apporté par le papa, par les longs moments de rendez-vous à trois qui sont autant de moments de détente” Mélanie, maman de Matéo (1 an).

“Je me suis sentie en phase avec mon bébé. Je pense que l’haptonomie m’a aidée à être plus zen pendant la grossesse, être à l’écoute de mes sensations, et j’ai pu partager cela avec le papa !”, Virginie, maman de Clément (7 mois).

Les couples ont également apprécié la relation privilégiée avec la sage-femme ou l’obstétricien haptothérapeute, qui leur a apporté des réponses à leurs inquiétudes de futurs parents, des conseils et une écoute. Ceci leur a donné assurance et confiance en eux, dans leurs capacités à devenir parents et un bien-être psychologique.

Ainsi Christophe, papa d’Edéa (4 mois et demi), a mieux vécu la grossesse de sa femme et a eu moins de craintes pour le jour J : *“Avant l’haptonomie, je ne voulais pas assister à l’accouchement”*.

L’haptonomie peut devenir un réel soutien psychologique et affectif en cas de grossesse difficile.

II.4.1.6. Aide au diagnostic prénatal et traitement de pathologies gravidiques

Catherine DOLTO-TOLITCH explique en quoi l’haptonomie peut apporter une aide au diagnostic prénatal :

“Le seul enfant qui ne m’ait jamais franchement répondu était infecté. C’était une fille qui est morte à l’âge de vingt-quatre heures. Ce drame nous montre combien l’haptonomie peut aider au diagnostic prénatal.

Récemment, une maman s’est alarmée au septième mois du fait que son enfant ne lui répondait plus comme avant, alors qu’il bougeait, ce qui rassurait l’obstétricien. Une échographie a révélé une pathologie rénale qui n’existait pas sur l’échographie précédente.

Il y aurait sûrement beaucoup à gagner pour les surveillances de grossesse à

ce que ces notions de contacts parents-enfants soient plus répandues. Une mère attentive n'est-elle pas des mieux placée pour sentir l'évolution de l'enfant qu'elle porte ?³⁰''.

En se basant sur des expériences cliniques d'accompagnement haptonomique au cours de grossesses perturbées dans une maternité universitaire d'Allemagne³¹, le Dr POTTHOFF laisse présumer que le manque de contact entre la mère et l'enfant est co-responsable de l'apparition de certains troubles - contractions prématurées, retard de croissance intra-utérin, toxémie gravidique.

Il conclut ainsi l'exposé de ses cas cliniques :

“Dans la littérature psychosomatique, on manque d'expérience de contact direct entre la mère et l'enfant à naître. A partir de l'exemple de ces patientes, le traitement haptonomique semble avoir réussi dans la thérapie des femmes enceintes et de leur enfant pour les cas de contractions prématurées, de retard de croissance de l'enfant et aussi de toxémie gravidique. L'accompagnement haptonomique parents-enfant peut ainsi être également une mesure préventive appropriée pour éviter les symptômes que nous avons mentionné.

Par les exemples cités, on a montré également que le manque de contact interpersonnel entre la mère et l'enfant n'est d'aucune manière supprimé par la seule thérapie organique au sens de la médecine universitaire actuelle³²''.

II.4.2. Au cours de l'accouchement.

L'accompagnement haptonomique prénatal se révèle être une aide lors de l'accouchement. Les parents arrivent à la maternité avec leur vécu affectif de la grossesse et plus sereins. Ils se sentent plus à l'aise, en confiance et appréhendent moins l'accouchement.

La mère est davantage sécurisée et peut rester en contact avec son bébé, l'accompagner dans sa venue au monde, aidée par la présence affectueuse et

³⁰ In DOLTO-TOLITCH C. - Haptonomie pré et postnatale, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, n°1-1991, p.39.

³¹ Voir annexe 1.

³² In POTTHOFF S.H. - Expériences cliniques d'accompagnement haptonomique au cours de grossesses perturbées, *Présence haptonomique* n°2, octobre 1990, p.57.

les gestes apaisants du père.

Le Dr GOLDBERG, gynécologue-obstétricien formé en haptonomie, remarque que : *“Celles qui ont suivi cette préparation ont d’ailleurs tendance à refuser le déclenchement de l’accouchement et demandent généralement la péridurale beaucoup plus tard. L’haptonomie permet aussi aux parents de moduler l’hypermédicalisation, trop systématiquement proposée. En les aidant à exprimer leur affectivité, elle offre la possibilité de réaliser un accouchement à domicile dans la maternité³³”*.

En France, peu d’équipes obstétricales sont formées à l’haptonomie, ce qui rend difficile l’évaluation de ses effets pendant l’accouchement. Cependant, des obstétriciens haptothérapeutes ont remarqué une facilitation du travail et la possibilité d’éviter des césariennes et des déclenchements. Le climat affectif qui entoure la mère et son enfant apporte une certaine détente, favorise le bon déroulement du travail et ouvre la voie à l’enfant. *“Tout repose sur la qualité de la relation de soutien que la mère peut apporter à son enfant”,* explique Catherine DOLTO-TOLITCH. *“Cette relation intense a des effets sur l’élasticité musculaire et ligamentaire de la mère, ainsi que sur son vécu de la douleur qui est amenuisé. Ceci grâce à l’activation de l’étape sous-corticale du système gamma et probablement à des sécrétions adaptée de morphines endogènes³⁴”*.

Il faut tout de même bien préciser que l’haptonomie ne promet pas un accouchement sans douleur et son premier but n’est pas de changer l’accouchement.

“Simplement, nous leur permettons d’aller beaucoup plus loin dans ce qu’elles peuvent supporter sans compliquer l’accouchement, ni rendre la tâche plus difficile à l’enfant³⁵”, ajoute Catherine DOLTO-TOLITCH.

Ainsi la naissance est vécue de façon plus intense et non pas subie.

L’haptonomie aide les parents à être ensemble avec le bébé, quel que soit le lieu de naissance et ses circonstances.

³³ In GOLDBERG A. - Tout ce que l’haptonomie peut vous apporter, *Parents*, Août 1999, p.81.

³⁴ In DOLTO-TOLITCH C. - Haptonomie pré et postnatale, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, n°1-1991, p.40.

³⁵ Op. cit. p. 40.

Plusieurs idées sont exprimées par les parents en réponse à la question : "Quels bénéfices avez-vous tiré de cet accompagnement lors de l'accouchement ?" :

- l'aide à la gestion de la douleur,
- la sérénité, la détente et la confiance en soi,
- l'accompagnement de la descente, l'ouverture du périnée,
- la participation active du père,
- aucun bénéfice.

En complément de ces témoignages, j'ajouterai quelques éléments tirés d'études sur les incidences de l'accompagnement haptonomique pendant le travail.

II.4.2.1. L'aide à la gestion de la douleur

Par les positions et les replacements du bébé pendant le travail, les femmes s'installent de façon plus confortable - ou moins inconfortable - pour gérer les contractions. Les bercements leur permettent de se détendre entre et pendant les contractions.

Certaines y parviennent pendant tout le travail et l'accouchement, d'autres ont pu repousser le moment de demander une péridurale ou supporter les contractions dans l'attente de celle-ci.

Catherine DOLTO-TOLITCH explique comment l'haptonomie peut aider la femme au moment de l'accouchement : *"Le toucher, sens oublié - ou refusé - par notre civilisation, permet, sans passer par le cortex, d'obtenir des changements de niveau de conscience, des changements de tonus musculaire. L'abord de la douleur, de la contraction, de la contracture en est totalement modifié. Il ne s'agit plus d'éviter ou de dénier la douleur mais au contraire de l'affronter, de "rentrer dedans" comme dit Veldman, pour l'empêcher de devenir maîtresse du corps et de tout ce qui s'y passe³⁶".*

Hélène, maman de Gabriel (5 mois), a pu en tirer *"une maîtrise de la douleur et un accouchement vécu de façon très sereine"*.

Pour Marie-Noëlle, maman de Mattéo (4 mois et demi) : *"Une bonne*

³⁶ In DOLTO-TOLITCH C. - L'haptonomie révolution tranquille, *L'aube des sens, Cahiers du nouveau-né* n°5, Ed. Stock, Janvier 1991, p.292.

gestion pour le début du travail. Pour la suite, je n'étais pas en état (panique du premier accouchement, difficultés...)".

Priscille, maman de Benoît (2 ans et demi) et Matthieu (11 mois), a pu comparer la naissance de ses deux enfants : *"Mon mari m'a aidé aux deux naissances, mais à celle-ci il a appliqué les positions que l'on a apprises. Quant à moi, j'ai réussi à me concentrer sur l'enfant à naître et à sortir de la douleur en la prolongeant vers mon mari. J'ai accouché sans péridurale, choix de ma part pour les deux naissances"*.

Pour Virginie, maman de Clément (7 mois), l'attente a été plus supportable : *"Grâce aux exercices haptonomiques effectués avec mon mari, j'ai pu patienter plus longtemps avant de demander la péridurale"*.

Pour Graciane, maman de Hugo (2 ans et demi) et Adèle (2 mois), *"l'haptonomie a permis de trouver des positions plus "agréables". On pouvait mieux sentir l'évolution du bébé"*.

Ceci a été mis en évidence de façon scientifique par les expériences du Dr AGUIRRE DE CARCER effectuées en Espagne³⁷.

Elles montrent l'incidence de l'approche haptonomique sur le vécu de la douleur et sur les neurotransmetteurs spécifiques.

Les résultats révèlent qu'après un contact haptonomique, quelques soient la parité, l'âge de la patiente, sa participation ou non à une préparation à l'accouchement, l'avancement dans le travail, on constate une baisse de l'anxiété, une diminution de la douleur et une diminution du taux de bêta-endorphines dans le sang - hormones libérées en réaction à une situation de stress.

II.4.2.2. Sérénité, détente, confiance en soi

Le couple, fort de ce qu'il a vécu pendant la grossesse, est moins stressé lorsque le travail se précise.

"Pas de peur, pas d'angoisse", raconte Mélanie, maman de Matéo (1 an). "J'y ai gagné également de la patience : j'ai passé la nuit de la naissance de notre fils à la maison (nous sommes arrivés à la maternité 1h30 avant la naissance !)".

³⁷ Voir annexe 2.

Pour les pères, l'arrivée à la maternité dans le calme a aussi son importance :

“Plus de confiance en ma femme et en l'équipe médicale, plus de sérénité” pour Eric, papa de Lucile (7 ans et demi), Johan (4 ans et demi) et Louca (8 mois et demi).

Moins d'angoisse et plus de confiance en soi : des éléments qui jouent sur le vécu du travail et ainsi sur son déroulement. Voici quelques témoignages :

“L'haptonomie m'a permis de beaucoup me détendre. Je crois que cela a facilité le travail”, Kristell, maman de Maëlys (15 mois).

“Un très bel accouchement en position haptonomique. Relaxation, détente, ouverture, respiration en duo avec le papa”, Angélique, maman d'Edéa (4 mois et demi).

“Un accouchement beaucoup plus serein, en toute confiance envers mon corps et Antoine. Antoine est venu tout seul, en paix, sans pousser énormément. Une grande sérénité était présente”, Frédérique, maman de Quentin (3 ans) et Antoine (10 mois).

En cas de césarienne, l'haptonomie peut être mise en pratique par la maman, qui sait que son conjoint est présent, non loin de là.

“J'ai eu une césarienne mais je suis restée sereine et je me suis concentrée sur l'accueil de notre bébé”, explique Sophie, maman de Maud (8 mois).

En effet, il est important de continuer à accompagner le bébé, même si la césarienne est décidée pendant le travail. Ce stress supplémentaire nécessite que la mère n'abandonne pas son enfant pour qu'il se sente en sécurité.

II.4.2.3. Accompagnement de la descente, ouverture du périnée

L'haptonomie permet “d'accoucher à trois”, de guider l'enfant dans l'axe de descente et de rester en contact avec lui.

Marielle, maman d'Ilona (2 mois) a eu pendant tout le travail *“toujours une petite pensée pour le bébé...et une petite caresse”*.

Catherine, maman de Lucile (7 ans et demi), Johan (4 ans et demi) et de Louca (8 mois et demi), a eu une *“meilleure perception de l'ouverture du périnée et une meilleure détente pour dépasser la douleur”*.

Pour Geneviève, maman de Solenn (4 mois), l'haptonomie fût *“une préparation mentale à l'ouverture mais avec des difficultés de mise en pratique !”*

Voici encore quelques expériences vécues par les mères :

“Jusqu'à un certain stade, j'ai pu rester complètement dans l'accompagnement de la descente du bébé et j'ai pu faire participer le papa au processus. Mais la dernière demi-heure la douleur a un peu pris le dessus (accouchement sans péridurale)”, Nathalie, maman de Briec (3 ans) et Théotime (7 mois).

“L'accouchement a été difficile et nous n'en avons pas profité comme je l'aurais souhaité. Mais mon concubin et moi étions présents physiquement et moralement avec le bébé jusqu'à son arrivée”, Séverine, maman de Jeanne (2 mois).

“Un accouchement plus rapide avec l'aide du conjoint (la période de travail a été supportable sans péridurale). J'ai pu sentir le passage du bébé lors de l'expulsion, chose que je ne connaissais pas avec péridurale. J'ai un souvenir encore plus fort de cet accouchement”, Sylvie, maman d'Arthur (6 ans et demi), Victor (3 ans et demi) et Jules (2 mois et demi).

“J'ai pu aider le bébé à sortir et non le retenir dans la peur de la douleur”, Delphine, maman de Louis (15 mois).

II.4.2.4. Participation active du père

Les pères ont, dans l'ensemble, le sentiment de participer réellement à la naissance et à l'accueil de leur enfant grâce à l'haptonomie. Ils retrouvent leur place en salle de naissance et osent prendre cette place, sans peur du regard de l'autre.

“J'ai pu accompagner mon épouse le plus loin possible dans les différentes phases de l'accouchement”, se souvient Alexis, papa de Clément (7 mois).

“J'ai su participer à l'accouchement activement et dans la détente, ce qui a certainement rassuré la maman”, raconte Stéphane, papa de Matéo (1 an).

“Je suis heureux d'avoir assisté et aidé la maman”, dit Christophe, papa d'Edéa (4 mois et demi).

C'est en effet souvent cette satisfaction, cette joie d'avoir été utile et d'avoir participé à la naissance de leur enfant qui apparaît dans ces témoignages, et la présence du père, recours affectif de la mère, est très bénéfique au bon déroulement du travail.

“Quand le père souhaite être là et que la mère souhaite aussi sa présence, celle-ci est extrêmement précieuse. Il est derrière ou à côté de la mère, et il aide femme et enfant dans leur travail. Il n'est en aucun cas spectateur, ce qui est sûrement la position la plus difficile à tenir pour un père et un amant. Pour les couples qui le souhaitent, il y a là un sentiment de vécu à trois extraordinaire³⁸”.

II.4.2.5. Aucun bénéfice !

Pour les parents qui n'ont pas réussi à surmonter leur angoisse, leur stress, l'haptonomie peut n'avoir aucun bénéfice lors de l'accouchement. Cela peut également être le cas lors d'un déclenchement ou d'une césarienne qui viendrait bouleverser l'idée que le couple s'était fait de l'accouchement. Les accouchements très rapides ne leur laissent en général pas le temps de penser à l'haptonomie.

Les conditions de l'accouchement et la présence entourante, accompagnante de l'équipe obstétricale jouent aussi un rôle important dans la façon que les couples ont d'appréhender la naissance de leur enfant.

“Nous sommes arrivés avec beaucoup de fatigue et en plus une gastro et une infection urinaire. J'avoue que l'haptonomie nous est sortie de la tête, bien dommage !...”, Séverine, maman de Lou (5 mois).

“Avant le travail, nous pensions à l'haptonomie, mais pendant les préoccupations étaient autres”, Damien, papa de Louna (4 mois et demi). Et pour Marion, la maman : *“Aucun bénéfice ! L'accouchement a été trop rapide !”.*

“Pas réellement utilisée : trop douloureux”, pour Nelly, maman de Noé (11 mois).

Le vécu de ces couples nous montre que l'haptonomie n'est pas une méthode miracle. Elle se défend d'ailleurs de toute conclusion hâtive par

³⁸ In DOLTO-TOLITCH C. - Haptonomie pré et postnatale, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, n°1-1991, p.40.

rapport aux effets sur l'accouchement.

Arlette CORBLIN, sage-femme, souligne que *“dans la réalité, ne pas oublier que la femme accouche avec son histoire personnelle de petite fille, d'ado, de jeune fille, de femme, elle fait ce qu'elle peut ce jour là. Quel que soit son accouchement, l'acquis du prénatal est là pour toujours je pense, pour le couple et pour l'enfant”*.

L'haptonomie n'est donc pas, même si elle peut être d'une grande aide, la garantie d'un accouchement parfait et indolore.

Cela dépend de *“la façon de recevoir le message et la mise en pratique est variable selon la personnalité de chaque femme”*, constate le Dr HURET.

II.4.2.6. Expériences et études

Outre l'expérience sur l'incidence de l'approche haptonomique sur le vécu de la douleur, d'autres études et analyses ont été menées sur les apports de l'haptonomie dans les accouchements eutociques et dystociques.

* Analyse de 130 naissances accompagnées par l'haptonomie, effectuée par le Dr DJALALI en Allemagne, dans un hôpital régional de Rhénanie du Nord entre le 27/07/99 et le 10/09/99.³⁹

Elle nous montre que pour les couples accompagnés pendant le travail par un haptothérapeute le taux d'accouchement eutocique est très élevé (97,7 %), que l'utilisation d'ocytociques est nulle ainsi que le taux d'analgésie péridurale.⁴⁰

Je développerai ces résultats en comparaison à l'étude que j'ai effectué à la maternité du Belvédère, en Seine Maritime.

* Etude sur l'apport de l'hapto-obstétrique dans l'accouchement dystocique réalisée dans une maternité publique de niveau II en Bretagne : 6 cas cliniques rapportés par le Dr STORA⁴¹.

Dans tous les cas, on observe une stagnation de la dilatation entre 6 et 8 cm, en rapport avec une présentation qui ne sollicite pas le col et un défaut

³⁹ In DJALALI M. - Analyse de 130 naissances accompagnées par l'haptonomie, *Présence haptonomique* n°6, Mars 2001, p.71 à 81.

⁴⁰ Voir annexe 3.

⁴¹ In STORA P. - Apport de l'hapto-obstétrique dans l'accouchement dystocique, *Présence haptonomique* n°5, Avril 1999, p.53 à 62.

d'engagement. Dans trois cas, l'enfant se présente en bregma, dans un cas en présentation occipito-iliaque gauche antérieure mal fléchie et dans deux cas en présentation occipito-iliaque gauche antérieure bien fléchie.

Après un contact haptonomique, la dilatation complète est obtenue en 10 minutes en moyenne, un engagement avec flexion de la tête en quelques minutes.

Cinq naissances s'effectueront de manière spontanée dont une en occipito-sacrée et une naissance s'effectuera par forceps de Tarnier en occipito-pubien. Dans tous les cas, la césarienne a été évitée et le vécu de la naissance par les parents tout à fait positif.⁴²

II.4.3. En postnatal.

La relation parents-enfant mise en place lors de l'accompagnement prénatal se poursuit et se renforce après la naissance.

Les parents sont guidés par l'haptothérapeute lors des rencontres postnatales. Ils peuvent mettre en pratique dès la naissance tout ce qu'ils ont acquis pendant la grossesse : spontanéité dans les gestes, le portage et l'ouverture de l'enfant.

Les bénéfices apportés par l'accompagnement haptonomiques périnatal se retrouvent également en postnatal.

II.4.3.1. Etre plus à l'écoute du bébé, apporter des réponses à ses besoins

La communication qui s'est établie avant la naissance entre les parents et l'enfant va leur permettre d'être en phase assez rapidement.

Ainsi, Virginie, maman d'Amélie (10 mois), explique : *“On a appris à bien tenir le bébé, à mieux l'écouter, répondre à ses besoins, à lui parler beaucoup et de tout”*.

Hélène, maman de Gabriel (5 mois), a porté *“une attention aigüe vis-à-vis du bébé pour bien le connaître”*.

Pour Stéphane, papa de Matéo (1 an), cette communication avec l'enfant a son importance : *“On est plus attentifs aux gestes que l'on fait. En*

⁴² Voir annexe 4.

tant que “langage”, le contact fait passer des messages : douceur, tensions... En être conscient permet d’échanger mieux avec le bébé. La façon d’ouvrir le bébé au monde est enrichie grâce à l’haptonomie”.

“Je suis persuadée que la relation avec mon fils est plus forte grâce à cette communication prénatale”, assure Séverine, maman d’Alexis (8 mois).

Cette adaptation à l’enfant, qui se fait naturellement pour tous les parents, est facilitée, ou plutôt est appréhendée avec moins d’angoisse et plus de sérénité.

Le témoignage des parents de Clément (7 mois) va dans ce sens :

“L’haptonomie m’a permis de conserver après l’accouchement un sentiment et surtout une sensation très agréable et apaisante de fusion avec Clément : l’impression que nous nous comprenions totalement (...), l’allaitement a été une réussite !”, Virginie.

“J’ai eu (et j’ai toujours), des relations très fortes avec Clément. Parfois il m’est arrivé de m’énerver parce que je ne savais plus comment faire avec le bébé (pleurs du premier mois) et très vite ce que l’haptonomie m’a apporté de sérénité prenait le dessus”, Alexis.

L’aide apportée pour l’allaitement est également soulignée par Mélanie, maman de Matéo (1 an) : *“L’haptonomie m’a également beaucoup aidée pendant l’allaitement. La notion de qualité de présence est pour cela très importante. Et malgré des périodes de découragement liées à la santé de notre fils, à l’entourage tant familial que médical, au regard que porte aujourd’hui encore la société sur l’allaitement, je n’ai sevré mon fils que vers 10 mois (l’haptonomie y est pour quelque chose !)”.*

II.4.3.2. Plus de spontanéité dans les gestes, contact facile, confiance

Les parents remarquent qu’ils sont plus décontractés dans la relation avec leur enfant, ils ont davantage confiance en eux et en leur capacités à s’occuper de leur enfant.

Le contact facilité et la spontanéité des gestes sont une aide appréciée par les jeunes et moins jeunes parents.

Xavier, papa de Gabriel (5 mois), a acquis *“plus d’aisance dans la relation avec le bébé, moins d’appréhension à le manipuler”*.

Nathalie, maman de Brieuc (3 ans) et Théotime (7 mois), a un *“contact avec bébé facile, aucun scrupule à le câliner et le tenir autant que possible”*.

L’haptonomie a apporté à Catherine, maman de Lucile (7 ans et demi), Johan (4 ans et demi) et Louca (8 mois et demi), *“un contact avec bébé plus détendu, un portage à l’aise. C’est aussi le troisième bébé, nous étions moins tendus. Le bébé lui-même est plus cool. Tout n’est sans doute pas dû à l’haptonomie, qui sait ?”*.

Quant à Eric, le papa : *“J’ai l’impression d’être plus proche du dernier que des deux premiers...(Cela doit être l’âge...)”*.

II.4.3.3. Des bébés plus calmes, plus éveillés, ouverts au monde

C’est ce qu’ont constaté les professionnels et les parents. Les enfants accompagnés prénatalement sont rapidement apaisés par le contact et se sentent sécurisés par le toucher.

“Agathe a eu besoin d’une réanimation mais quelques minutes plus tard nous avons “refait” connaissance. Nos voix et le contact de son père l’a calmée lors des soins de réanimation”, se souvient Emmanuelle, maman d’Agathe (4 mois).

“Carmen dès son arrivée redressait sa tête vers moi, avec vigueur, elle semblait déjà forte et comme tenant à nous le montrer, à nous prouver qu’elle était bien là, elle, tonique et vivante !”, raconte Florence, maman de Julien (5 ans) et Carmen (15 mois).

“Notre fille a été calme très vite”, Kristell, maman de Maëlys (15 mois).

“Un bébé plus calme et plus éveillé, ne semblant pas avoir souffert”, Thierry, papa d’Arthur (6 ans et demi), Victor (3 ans et demi) et Jules (2 mois et demi).

Ces bébé retrouvent sûrement dans le contact physique avec leurs parents le bien-être qu’ils éprouvaient in-utéro lors des rencontres quotidiennes.

Catherine DOLTO-TOLITCH remarque *“(…)l’ attitude d’ouverture aux autres qu’ont ces enfants peu craintifs, confiants, paisibles dans l’épreuve”*. Elle ajoute que *“ces enfants semblent avoir une paix intérieure et une joie de vivre et de communiquer qu’ils redistribuent généreusement*

*autour d'eux*⁴³”.

II.4.3.4. L'impression de déjà connaître l'enfant

Après plusieurs mois de contacts, de rendez-vous avec leur enfant, les parents ont à sa naissance ce curieux sentiment de déjà le connaître.

C'est ce qu'ils expliquent :

“Notre bébé ne m'a pas semblé étranger. Nous nous connaissions dans le contact et dans le toucher, je l'ai ressenti tout de suite”, Mélanie, maman de Matéo (1 an).

“Comme une impression de se connaître... et de se voir enfin”, Matthieu, papa de Briec (3 ans) et Théotime (7 mois).

“C'est un sentiment de connaître déjà l'enfant, c'est une continuité. Et lui nous connaît déjà. Il sait reconnaître la chaleur de nos mains...”, Bruno, papa d'Alexis (8 mois).

II.4.3.5. Le portage, l'ouverture au monde

La dernière séance prénatale et les séances postnatales sont axées sur la découverte de nouvelles façons de porter l'enfant, l'ouverture sur le monde. En haptonomie, cette manière de porter les enfants est appelée “portage”. Les parents s'initient à celui-ci et apprécient ses effets positifs sur l'enfant - éveil au monde environnant, maintien de la tête, autonomie.

“Nous tenons notre enfant différemment. Nous lui faisons découvrir le monde qui l'entoure. Nous savons mieux gérer certaines angoisses”, remarque Angélique, maman d'Edéa (4 mois et demi).

II.4.3.6. Des bébés plus précoces

Les “bébés hapt”, comme les appelle Catherine DOLTO-TOLITCH, sont relativement précoces dans leur développement psychomoteur.

“Ils tiennent leur tête dès les premiers jours de façon intermittente, et pratiquement en permanence autour de l'âge de un mois. Nombre d'entre eux s'asseoient sans appui vers cinq mois et demi, et saisissent des objets

⁴³ In DOLTO-TOLITCH C. - Haptonomie pré et postnatale, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, n°1-1991, p.43.

vers deux mois et demi. Le retournement et la capacité de ramper viennent très tôt. La marche par contre survient comme chez les autres enfants à des âges variés⁴⁴”.

Cependant, rappelons encore une fois que ce n’est pas le but recherché par cette approche, mais une constatation faite lors du suivi de ces enfants. Simplement, notre attitude confirmante et sécurisante leur apporte l’autonomie nécessaire à la découverte de leur capacités.

“Pour être claire à ce propos, je dirais que je suis maintenant persuadée que les “bébés haptonomiques” ne sont pas précoces, mais normaux alors que les autres sont artificiellement retardés par le sort qu’il leur est fait et en particulier par le manque de rencontres affectives confirmantes prénatales dont ils semblent tous si friands⁴⁵”.

II.4.3.7. Retrouver ses repères

C’est un des bénéfices de l’haptonomie postnatale souligné par certaines mères. Elles ont pu grâce à cet accompagnement retrouver leurs repères corporels d’avant la grossesse et récupérer facilement après l’accouchement.

“Une récupération physique presque instantanée, moins de fatigue, plus de sérénité. Un état qui m’a permis d’allaiter dans de meilleures conditions et plus longtemps qu’aux précédents enfants”, Sylvie, maman d’Arthur (6 ans et demi), Victor (3 ans et demi) et Jules (2 mois et demi).

II.4.3.8. Aucun bénéfice

Comme pour la grossesse et l’accouchement, certains parents n’ont pas l’impression que l’haptonomie ait eu un impact sur leur relation avec leur enfant. Dans ce témoignage, les parents de Jeanne (2 mois et demi) expriment leurs doutes :

“Difficile de répondre à cette question car il s’agit de notre premier enfant : je ne sait donc pas si la relation que j’ai aujourd’hui avec mon enfant est due à l’accompagnement que j’ai eu pendant la grossesse. Du moins il y a un très

⁴⁴ In DOLTO-TOLITCH C. - Haptonomie pré et postnatale, *Journal de pédiatrie et de puériculture*, n°1-1991, p.42.

⁴⁵ Op. Cit., p.39

bel échange avec lui, au niveau du toucher, du regard...”, Séverine.

“ Il doit y avoir certains bénéfices mais c’est difficile de les définir. La relation que j’ai avec notre enfant me semble naturelle mais peut-être que cela aurait été de même sans haptonomie”, Christophe.

Ainsi, grâce à tous ces témoignages de praticiens et de parents, nous pouvons remarquer que l’accompagnement haptonomique périnatal a de nombreuses retombées positives pendant la grossesse, l’accouchement et après la naissance de l’enfant.

II.5. Les limites de l’accompagnement haptonomique périnatal

Cet accompagnement de la grossesse est essentiellement basé sur la rencontre parents-enfant. Les thèmes abordés en préparation à la naissance dite “classique” sont peu développés.

Bien que l’haptothérapeute soit à l’écoute du couple et puisse répondre à ses questions, les informations générales sur le déroulement de la grossesse et l’accouchement sont succinctes. Cela peut ne pas suffire à certains couples, comme l’explique Hélène, future maman : *“Je trouve qu’en aucun cas l’haptonomie ne peut se suffire comme préparation à la naissance. En effet, on aborde pas du tout le côté physiologique, symptômes durant la grossesse, complications possibles, comment se passe le jour J, ce qu’il faut faire exactement, etc, ainsi que la discussion avec d’autres mamans. Ce n’est qu’un plus”.*

II.6. Témoignages de praticiens

Deux sages-femmes, un obstétricien et un médecin généraliste ont bien voulu répondre à mon questionnaire destiné aux professionnels pratiquant l’haptonomie périnatale⁴⁶.

Leurs réponses m’ont éclairée sur les motivations amenant à se former en haptonomie et sur les apports de cette formation.

⁴⁶ Voir annexe 5.

II.6.1. Les motivations

Les réponses sont tirées du questionnaire cité, la question étant : “Quelles motivations vous ont amené à vous former en haptonomie ?”. Elles sont en général autant personnelles que professionnelles. C’est ce que souligne Arlette CORBLIN, sage-femme : *“Sous l’intérêt professionnel, la motivation personnelle : on ne fait pas de l’hapto par hasard. En voulant aider les autres, on découvre peu à peu l’effet boomerang. Besoin perso de ... m’accoucher ! Enfin”*.

La richesse de cet accompagnement pour les parents, les enfants mais aussi pour le praticien a conduit quelques sages-femmes à se former. Mais elles sont encore peu nombreuses, notamment dans l’Est de la France. L’implication personnelle dans cette formation, sa longueur - près de quatre ans -, et peut-être aussi sa méconnaissance sont certainement à l’origine de cette pénurie de professionnels - ceci a été très souvent remarqué par les parents que j’ai pu rencontrer.

“En tant que personnel soignant, concerné par ce moment si important qu’est la venue au monde d’un nouvel être humain, il me paraissait essentiel de pouvoir offrir un accompagnement haptonomique aux parents et à l’enfant, et d’y voir plus clair dans ma propre démarche”, répond Irène PERGENT, sage-femme, à cette question.

Quant au Dr HURET, obstétricien, il a introduit l’haptonomie à la maternité du Belvédère lorsqu’il y était chef de service. C’est l’attrait d’une nouvelle expérience qui l’a séduit lors de l’apparition de l’haptonomie en France.

II.6.2. Les apports de la formation

II.6.2.1. Sur le plan personnel

La formation permet une meilleure approche des autres avec une prise de conscience de la qualité de présence et du contact psychotactile. L’approche haptonomique permet aux praticiens de se sentir plus à l’aise avec eux-mêmes et avec les autres.

II.6.2.2. Sur le plan professionnel

“Vivre nos actes différemment, en conscience, avec tendresse et amour”, pour Arlette CORBLIN.

“Concrétiser cet accompagnement respectueux des parents et de l’enfant, les confirmant dans leur bien-être, bien naître”, pour Irène Pergent.

“L’impression de communiquer aux parents quelque-chose d’essentiel quant à la connaissance et l’accueil du bébé. Du moins on essaye : ça passe plus ou moins”, pour le Dr HURET.

“Le désir de faire partager ce ressenti de “bon” dans le domaine de la périnatalité”, pour le Dr ABT, médecin généraliste.

II.6.3. La place de la sage-femme

La sage-femme haptothérapeute a un rôle prépondérant à jouer à travers cet accompagnement périnatal. Outre le suivi médical de la grossesse, elle peut proposer au couple une guidance, un investissement différent de la grossesse et de l’enfant à venir.

Les séances prénatales sont en général le théâtre de rencontres fortes en émotions entre les parents et l’enfant. Il se crée un lien particulier, des rapports privilégiés entre la sage-femme et le couple. Elle devient une interlocutrice à part entière : professionnelle de santé mais également à l’écoute des difficultés que peuvent rencontrer les couples.

Il arrive que la sage-femme haptothérapeute soit présente lors de l’accouchement. L’accompagnement périnatal est alors idéalement complet puisqu’il englobe la grossesse, l’accouchement et le postnatal immédiat. Ces naissances haptonomiques sont en général très bien vécues par les couples. La sage-femme guide les parents tout au long du travail, alors que la mise en pratique n’est pas toujours évidente dans un environnement parfois peu sensible à cette approche.

Les sages-femmes ont donc toute leur place dans cette approche de la naissance.

Troisième partie

Etude de dossiers, exploitation et analyse des questionnaires

III.1. Présentation de l'étude

Cette étude a été en majeure partie réalisée à la maternité du Belvédère à Mont St Aignan, en Seine Maritime.

III.1.1. Objectif

Cette enquête, menée auprès des "parents haptonomiques", a pour but de savoir si un accompagnement périnatal haptonomique peut avoir une influence sur le déroulement de l'accouchement, ses mécanismes physiologiques et sur le vécu des parents.

III.1.2. Difficultés rencontrées

La difficulté majeure a été de rencontrer des professionnels qui acceptent de me parler de l'haptonomie et de leur expérience.

Au début de mes recherches, plusieurs praticiens ont exprimé leur difficulté à mettre des mots sur l'approche haptonomique. Pour eux, cela ne s'explique pas, cela se vit, se ressent.

L'accueil de mon sujet de mémoire a été plus que mitigé, notamment par le C.I.R.D.H. qui estime que tant qu'on n'a pas fait la formation, on ne peut que "galvauder" le message de l'haptonomie.

Plusieurs sages-femmes n'ont pas souhaité répondre à mes questions, ayant peur que les mots qu'elles utiliseraient ne traduisent pas bien ce qu'elles vivent avec les couples.

J'ai ressenti derrière ces paroles la forte empreinte de la "déontologie haptonomique" de Frans VELDMAN, qui s'exprime ainsi : *"Toute description, sans exception - si précise et minutieuse soit-elle - ne peut que donner une fausse image de ce qui se passe réellement entre les personnes dans ce contact"*⁴⁷.

Ceci est repris par Catherine DOLTO-TOLITCH : *" Parler de quelque chose qui est de l'ordre de l'expérience, c'est forcément être à côté de la plaque. C'est le paradoxe de ce qui se vit et ne se raconte pas"*⁴⁸.

L'expérience de l'haptonomie auprès d'une sage-femme libérale m'a

⁴⁷ VELDMAN F. - *Haptonomie, science de l'affectivité*, PUF, 8ème édition, Juillet 2001, p.570.

⁴⁸ In DOLTO-TOLITCH C. - *L'haptonomie périnatale, CD Voix haute*, Ed. Gallimard, 1998.

confirmé que les sentiments et sensations ressenties étaient difficiles à exprimer. Cependant, je ne pense pas être “à côté de la plaque” en vous présentant le fruit de mes recherches !

III.1.3. Population étudiée.

L'échantillon ciblé par cette enquête est constitué d'une double population :

- des couples ayant bénéficié de l'accompagnement haptonomique périnatal,
- des couples débutant l'accompagnement.

J'ai choisi de séparer les questionnaires⁴⁹ pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, je souhaitais connaître les attentes des couples qui débutent l'accompagnement, sans a priori. Mais aussi ce que l'haptonomie a pu apporter aux couples ayant vécu cette expérience, pendant la grossesse, l'accouchement et en postnatal. Cela me permet de comparer les attentes et les résultats obtenus.

Je cherchais également à obtenir des éléments plus précis sur le déroulement de l'accouchement et son vécu.

C'est pourquoi il m'a semblé intéressant d'envoyer deux questionnaires.

III.1.4. Outils utilisés.

Afin d'avoir des données précises sur le déroulement de l'accouchement, j'ai estimé nécessaire d'avoir accès aux dossiers obstétricaux des couples accompagnés.

Pour le versant vécu de l'accouchement, le questionnaire était le support le plus adapté.

J'ai donc utilisé plusieurs outils :

- 115 dossiers obstétricaux de couples accompagnés à la maternité du Belvédère entre Janvier 2000 et Novembre 2001.
- 43 questionnaires sur 80 envoyés aux parents accompagnés au Belvédère entre Septembre 2000 et Novembre 2001.
- 11 questionnaires sur 25 envoyés aux parents accompagnés en Alsace et Moselle.

⁴⁹ Voir annexe 6.

- 13 questionnaires sur 25 donnés aux parents débutant l'accompagnement au Belvédère, en Alsace et Moselle lors des séances.

Ce qui fait un total de 67 questionnaires et 115 dossiers obstétricaux exploitables.

III.1.5. Biais pouvant modifier les résultats.

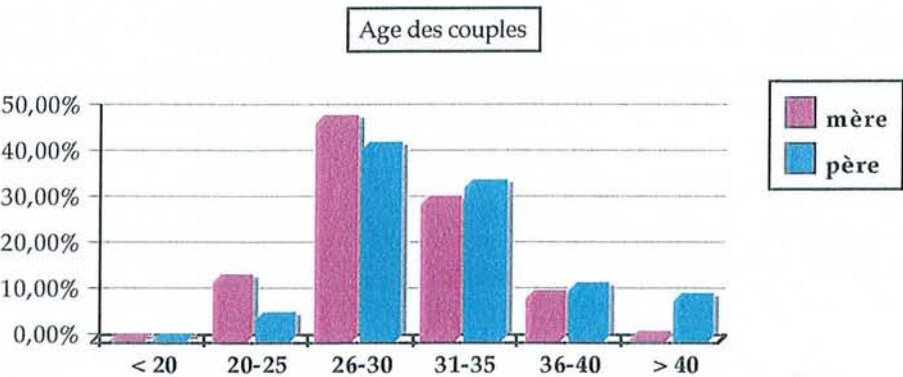
Les éléments suivants ont pu modifier les résultats de l'enquête :

- le grand nombre de primipares, dû à la proposition de l'haptonomie sur la plaquette d'accueil du Belvédère au même titre que les autres préparations ;
- la multiparité joue sur la durée du travail mais aussi sur la qualité de présence s'il y a eu un accompagnement antérieur : les bénéfices pour l'accouchement augmentent avec la parité, la maturation du couple ;
- la connaissance de l'haptonomie par l'équipe obstétricale de l'établissement ;
- la présence ou non d'un haptothérapeute pendant le travail ;
- le nombre de séances à la maternité du Belvédère qui est de cinq au lieu de huit ;
- le petit échantillon de population étudié ;
- la façon dont les couples investissent cet accompagnement, ce qui est difficilement mesurable.

III.2. Résultats, analyse

III.2.1. Situation socio-économique et familiale

III.2.1.1. Age des couples



La tranche d’âge la plus représentée est celle des 26-30 ans, alors que l’on aurait pu s’attendre à un public plus âgé : envie d’autre chose pour un deuxième ou troisième enfant, démarche de couple après réflexion sur l’accueil de l’enfant.

III.2.1.2. Situation familiale

Les couples qui s’engagent dans cet accompagnement sont majoritairement mariés (68 %). Les 32 % restant incluent 31% de couples en concubinage et 1% de couples dans une autre situation familiale, comme l’instance de divorce.

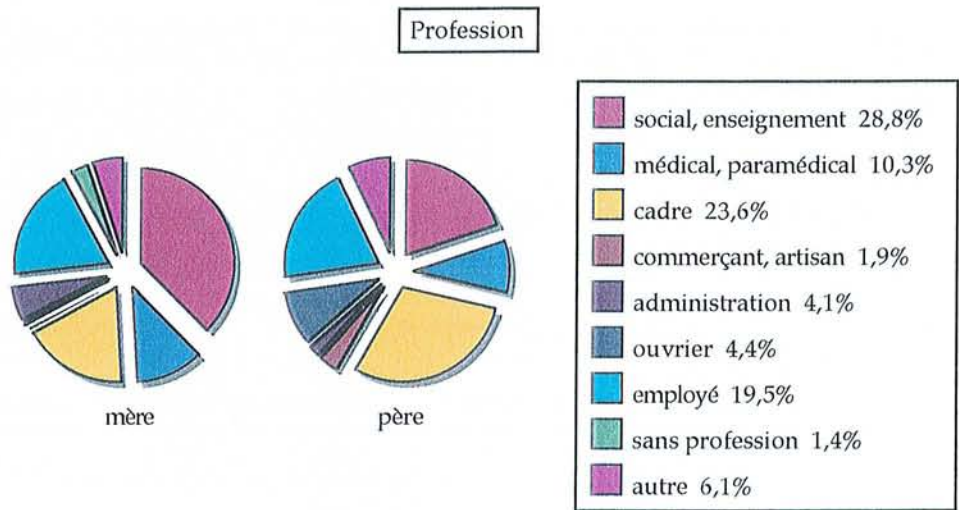
III.2.1.3. Profession

Le graphique ci-dessous montre la répartition des domaines professionnels pour la mère et pour le père.

Dans la catégorie “autre”, on retrouve : 7 étudiants, 1 artiste peintre, 1 écrivain, 2 ambulanciers, 1 intermittent du spectacle, 1 musicien, 1 auteur de BD, 1 intérimaire et 1 agriculteur.

La situation professionnelle des couples choisissant l’accompagnement

haptonomique est relativement ciblée. Les domaines du social et de l’enseignement semblent largement sensibilisés à l’haptonomie. Les cadres sont également très représentés dans cette étude. Il semblerait que les couples ayant choisi l’haptonomie aient le plus souvent effectué des études supérieures. En France en 1998, 38,7 % des femmes ont fait des études supérieures.



III.2.2. Parité, suivi de la grossesse.

III.2.2.1. Parité

Comme je l’ai évoqué précédemment, il ressort de cette étude qu’une grande majorité de primipares ont suivi cet accompagnement (75 %). Le pourcentage de multipares est de 25 % dont 16 % de deuxième-pares et 9 % de troisième-pares. Parmi les multipares, 45,5 % ont déjà bénéficié de l’accompagnement haptonomique à la grossesse précédente. Les 54,5 % qui n’ont pas eu cet accompagnement l’expliquent par le fait qu’il n’y avait pas de place pour s’inscrire (2/3) ou qu’elles ne connaissaient pas l’haptonomie (1/3). Toutes notent une différence par rapport à la grossesse et à l’accouchement précédent. Les différences qu’elles citent rejoignent les paragraphes sur les apports de l’haptonomie pendant la grossesse et au cours de l’accouchement. La qualité de présence augmente au fil des grossesses, elles ont moins d’angoisses et le travail est en général plus rapide pour un deuxième ou un

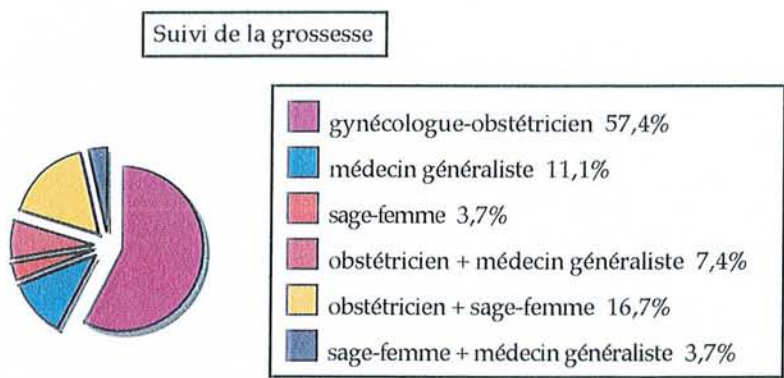
troisième enfant : les bénéfices de l’haptonomie augmentent donc au fur et à mesure des grossesses, avec la maturation de la parentalité.

III.2.2.2. Suivi de la grossesse

Ces femmes plébiscitent beaucoup le suivi par un gynécologue-obstétricien.

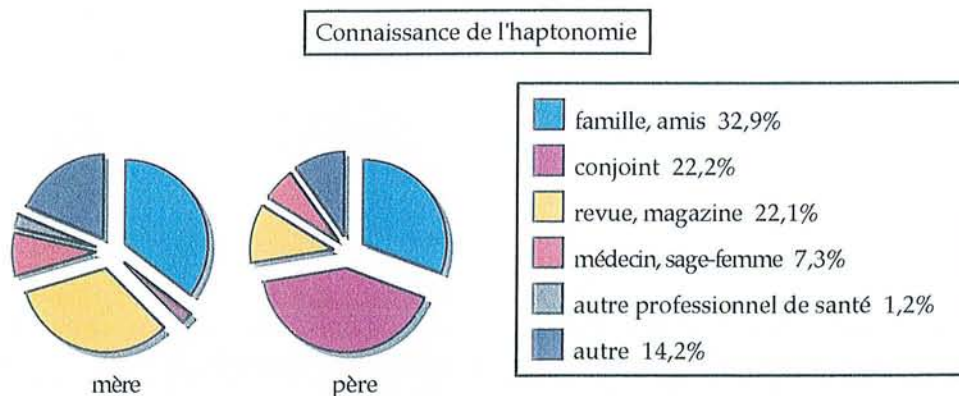
L’association de deux professionnels pour le suivi de la grossesse est une particularité de la maternité du Belvédère. Les obstétriciens ne voient les patientes qu’au troisième, huitième et neuvième mois. Le reste de la grossesse est suivie soit par une sage-femme des consultations, soit par le médecin de famille.

Dans les questionnaires provenant d’Alsace et de Moselle, c’est également le gynécologue-obstétricien qui est choisi en priorité. Les parents expliquent qu’ils choisissent de préférence un praticien exerçant dans une clinique privée où l’haptonomie est la bienvenue.



III.2.2.3. Découverte de l’haptonomie

Ce graphique indique les réponses à la question “Par qui avez-vous entendu parler de l’haptonomie ?” .



La catégorie "autre" inclut :

- la formation professionnelle : éducatrice de jeunes enfants, puéricultrice, sage-femme, auxiliaire de puériculture, animateur socioculturel et infirmière ;
- la cassette vidéo "Le bébé est une personne" ;
- les livres "Attendre mon enfant aujourd'hui" de E. ANTIER et "Naissances, paroles d'un obstétricien" de J.-C. HURET ;
- des émissions de radio ou de télévision ;
- le livret d'accueil de la maternité du Belvédère.

L'haptonomie, bien que peu médiatisée, est de temps à autre l'objet d'articles dans la presse féminine ou destinée aux parents.

Elle se fait bien connaître par bouche à oreille puisque 35,3 % des mères et 30,6 % des pères l'ont connue grâce à leur entourage.

Peu de professionnels de santé, y compris médecins et sages-femmes, font passer l'information.

Bien que cet accompagnement soit une démarche de couple, il est à noter que 42 % des pères prennent connaissance de l'haptonomie par leur conjoint. Il est vrai que dans une grande partie des cas le père suit sa compagne "pour voir" ou tout simplement pour l'accompagner. Mais dès la première séance ils sont en majorité étonnés et intéressés par cette approche.

A la question "Vous semble-t-il qu'il faudrait davantage informer les couples attendant un enfant sur cette méthode particulière de préparation ?", 94,3 % des couples ont répondu "oui".

Mais quelques remarques ont été ajoutées :

- "L'accompagnement doit rester un choix, une option" ;

- *“Il faudrait que les gens éprouvent l’haptonomie, l’information est insuffisante” ;*
- *“L’haptonomie n’a pas besoin de publicité, les personnes souhaitant développer le côté affectif y viennent automatiquement” ;*
- *“Les gens savent déjà tout sur tout... Il serait bon de ne pas banaliser l’haptonomie” ;*
- *“Cet accompagnement nécessite un certain état d’esprit, d’ouverture, de réceptivité, il n’est pas sûr que tout le monde soit prêt”.*

III.2.3. Déroulement de l’accouchement.

Tout d’abord, il est intéressant de savoir si l’haptonomie est connue dans l’établissement où les femmes accompagnées accouchent. Dans mon étude, c’est le cas pour 97,6 % des femmes interrogées, puisque la plus grande partie de l’enquête s’est déroulée à la maternité du Belvédère.

Ensuite, j’ai essayé de savoir si la présence d’une sage-femme haptothérapeute influence les résultats ou non.

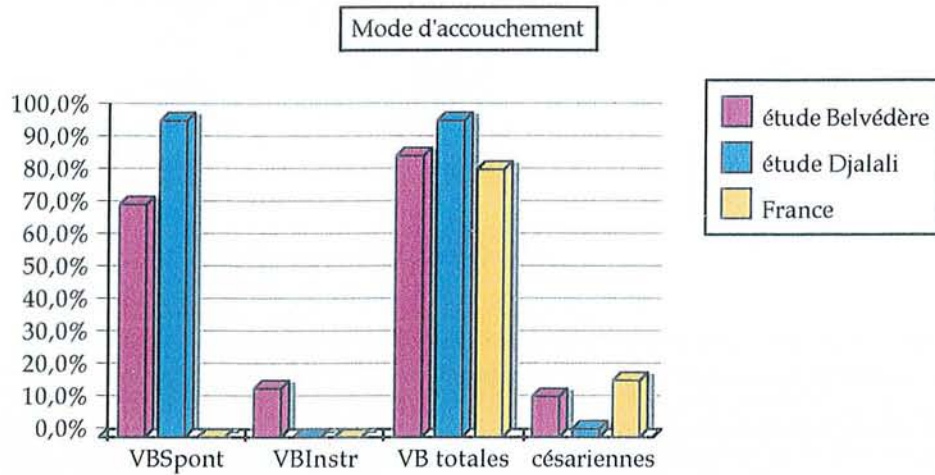
Celle-ci est présente pour 10,3 % des naissances étudiées, ce qui est peu.

Ces deux éléments peuvent modifier les résultats comme le montre l’étude du Dr DJALALI. Il semblerait que l’accompagnement de la naissance par un haptothérapeute, qui a suivi le couple pendant la grossesse, permette d’obtenir des résultats plus concluants.

III.2.3.1. Mode d’accouchement

Voici les résultats de mon étude, comparés à ceux du Dr DJALALI et aux statistiques françaises de 1998⁵⁰ :

⁵⁰ In *Données de travail du Schéma Régional d’Organisation Sanitaire 1999-2004.*



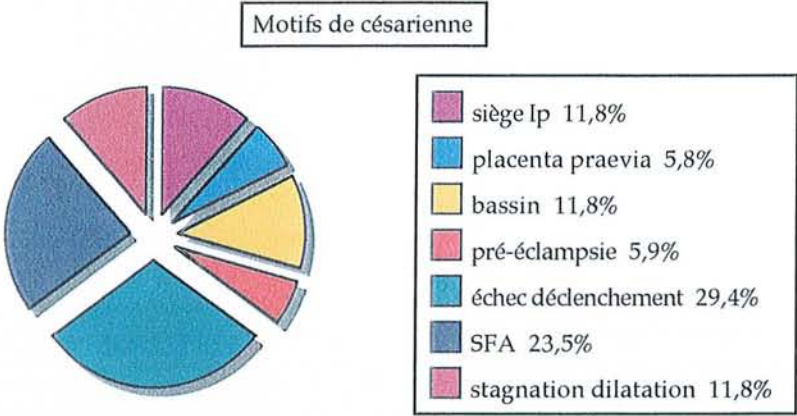
Dans mon étude les accouchements par voie basse, spontanée ou instrumentale, correspondent à 86,5 % des accouchements. Ce résultat n'égale pas celui du Dr DJALALI puisqu'il n'a aucune extraction instrumentale et 97,7 % d'accouchements par voie basse. Cependant, il est satisfaisant par rapport aux statistiques nationales : 82,5 % de voies basses et 17,5 % de césariennes.

III.2.3.2. Déclenchement de l'accouchement

Il est spontané dans 84,3 % des cas et donc artificiel dans les 15,7 % restant. Les déclenchements ont deux motifs : le terme dépassé et la rupture des membranes supérieure à 24 heures. Ce taux de déclenchement se trouve en-dessous de la moyenne nationale qui est de 20,3 % en 1998.

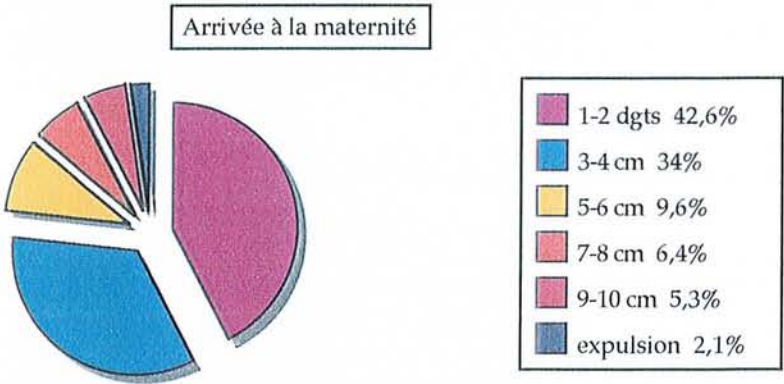
III.2.3.3. Motifs de césarienne

Ces motifs reflètent les motifs classiques de décision de césarienne avant et pendant le travail. Le nombre de césariennes pour échec de déclenchement est relativement élevé. Il semblerait que l'haptonomie ne permette pas de favoriser le déroulement du déclenchement dans 20 % des cas, puisque j'ai relevé 4 échecs sur 20 déclenchements. Au niveau national, les césariennes pour échec de déclenchement représentent 9,2 % des cas.



Dans l'étude du Dr DJALALI, tous les accouchements par le siège s'effectuent par voie basse, que les femmes soient primipares ou multipares, alors que les sièges représentent 11,8 % des césariennes dans mon étude.

III.2.3.4. Arrivée à la maternité



La pratique de l'haptonomie en début de travail a permis à certaines femmes de différer l'arrivée à la maternité et de faire tout ou partie du travail chez elles : 7,4 % arrivent entre 9 cm et la phase expulsive. Cependant, la majorité n'arrivent qu'à 1 ou 2 doigts de dilatation, ce qui correspond à ce qu'on rencontre le plus fréquemment en salle de travail. Le grand nombre de primipares pourrait expliquer cela.

III.2.3.5. Durée du travail

D'après FRIEDMAN⁵¹, la durée du travail chez une primipare est en moyenne de 12h45. Il se décompose en :

- une phase de latence, de 0 à 3 cm, de 7 heures,
- une phase active de 5h45 comprenant :
 - ▶ l'accélération : 1h45
 - ▶ la pente maximale : 1h30
 - ▶ la décélération : 1h45
 - ▶ l'expulsion : 45 min.

Pour une multipare, la durée moyenne du travail est de 8 heures. Il se décompose en :

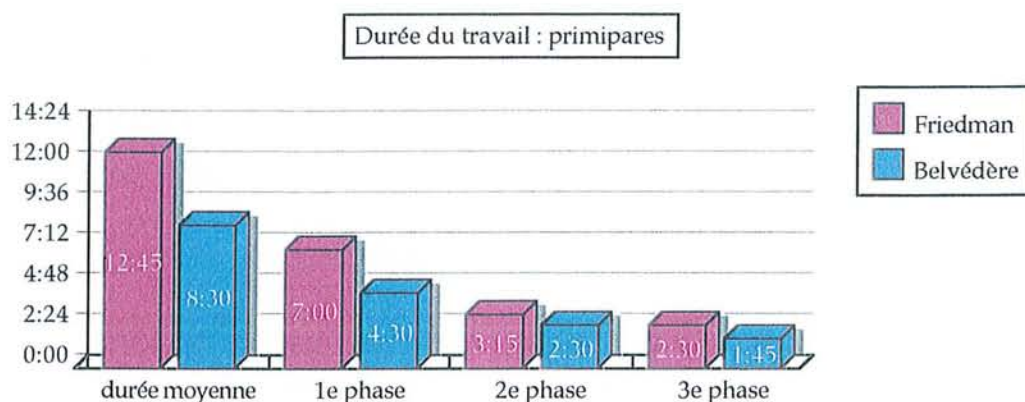
- une phase de latence de 5h15,
- une phase active de 2h45 comprenant :
 - ▶ l'accélération : 45 min
 - ▶ la pente maximale : 1h15
 - ▶ la décélération : 25 min
 - ▶ l'expulsion : 20 min.

L'étude des partogrammes des femmes ayant été accompagnées haptonomiquement pendant la grossesse m'a donné les résultats suivants :

- ▶ Pour les primipares :
 - durée moyenne du travail : 8h30 (minimum 3h, maximum 16h).
 - 1ère phase = phase de latence : durée moyenne de 4h30 (min. 1h30, max. 10h).
 - 2ème phase = accélération + pente maximale : durée moyenne de 2h30 (min. 1h, max. 6h45).
 - 3ème phase = décélération + expulsion : durée moyenne de 1h45 (min. 15 min, max. 4h45).

Les efforts expulsifs à proprement parler durent en moyenne 27 min.

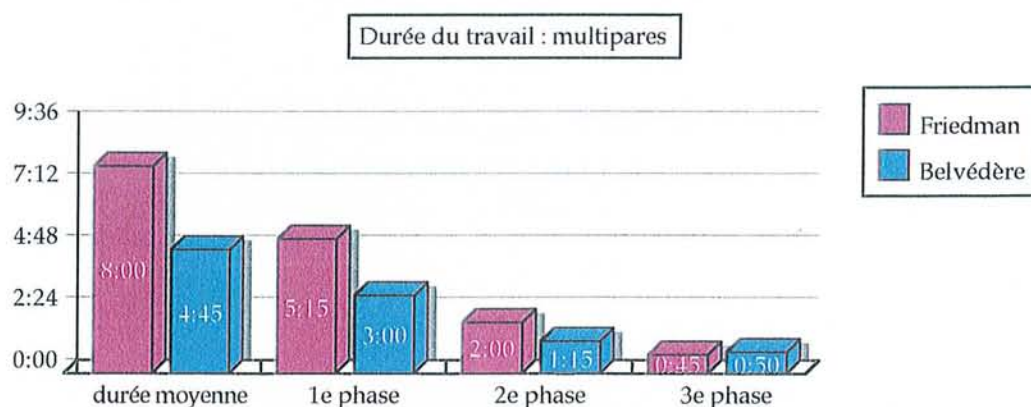
⁵¹ In FRIEDMAN - Functional divisions of labor, *J. Obstet. Gynaecol.* n°109, 1979, p. 274 à 280.



► Pour les multipares :

- durée moyenne du travail : 4h45 (min. 1h15, max. 7h).
- 1ère phase : durée moyenne de 3h (min. 30 min, max. 5h30).
- 2ème phase : durée moyenne de 1h15 (min. 30 min, max. 3h).
- 3ème phase : durée moyenne de 50 min (min. 5 min, max. 2h30).

Les efforts expulsifs durent en moyenne 15 min.



Si l'on prend comme référence les données de FRIEDMAN, les résultats de mon étude montrent une diminution de la durée du travail pour les primipares et les multipares. Elle est de 8h30 au lieu de 12h45 pour les primipares, de 4h45 au lieu de 8h pour les multipares.

Il est difficile de certifier que l'haptonomie y est pour quelque chose, mais la détente et la confiance en soi qu'elle procure permettent peut-être au travail de se faire plus rapidement.

III.2.3.6. Descente, engagement

Toujours d'après FRIEDMAN, la durée de l'engagement est de 10 heures pour une primipare et de 7 heures pour une multipare. La durée entre l'engagement et le début de l'expulsion est de 2h45 pour une primipare et de 1 heure pour une multipare.

Voici les résultats de mon étude :

- ▶ Durée de l'engagement :
 - 7h00 en moyenne pour une primipare
 - 4h30 pour une multipare
- ▶ Durée entre l'engagement et le début de l'expulsion :
 - 1h45 en moyenne pour les primipares
 - 1h00 pour les multipares.

Nous pouvons noter une légère amélioration.

III.2.3.7. Bien-être fœtal

Aucune étude n'a été réalisée au sujet de la relation entre haptonomie et prévention des troubles de rythme cardiaque fœtal. Il me semble hasardeux d'en parler ici sans faire une étude rigoureuse et détaillée des enregistrements du rythme cardiaque fœtal, bien que le bien-être fœtal soit un des objectifs de l'accompagnement haptonomique de l'accouchement.

III.2.3.8. Analgésie péridurale (APD)

74,5 % des patientes étudiées ont bénéficié d'une péridurale, contre 58 % en moyenne en France. Ce taux est tout de même relativement élevé, malgré le fait que la plupart des parents estiment que l'haptonomie les a aidé à gérer la douleur.

Mais la demande d'APD est différée dans le temps puisque 92,8 % des femmes ayant eu une APD l'ont demandée en cours de travail : au bout de 4h30 en moyenne pour les primipares et de 3h20 pour les multipares.

Les femmes n'ayant pas demandé d'APD ont évoqué plusieurs raisons :

- un accouchement pas particulièrement douloureux ou une douleur forte mais supportable ;

- un travail trop rapide ;
- ne le souhaitais pas, ne faisait pas partie du projet d'accouchement, voulait vivre la naissance le plus naturellement possible.

Dans l'étude du Dr DJALALI, aucune patiente n'a eu d'APD.

III.2.3.9. Correction thérapeutique du travail

L'utilisation d'ocytociques pour 62 % des accouchements étudiés s'explique par l'hypocinésie transitoire qui suit la pose de l'analgésie péridurale. Mais celle-ci n'a par été nécessaire pour 12,5 % des patientes ayant bénéficié d'une péridurale et dans 38 % des accouchements.

L'étude de Dr DJALALI montre que la correction thérapeutique du travail n'a pas été nécessaire.

III.2.3.10. Lésions périnéales

Présentes dans 84,5 % des accouchements, elles se décomposent en :

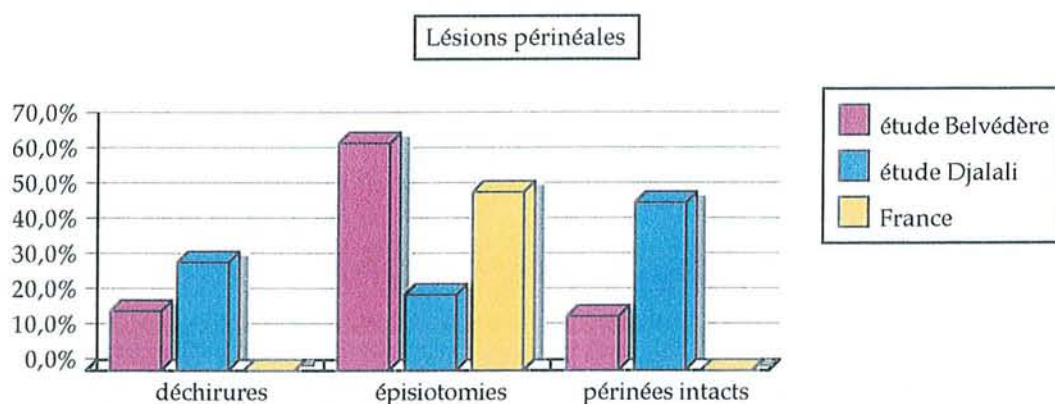
- déchirures : 17,2 % (dont 64,7 % de déchirures superficielles et 35,3 % de déchirures simples) ;
- épisiotomie : 64,5 % ;
- les deux : 2,8 % (dont 66,6 % de déchirures simples et 33,4 % de déchirures complètes).

Le taux de périnées intacts n'est que de 15,5 %.

L'épisiotomie est très largement pratiquée c'est-à-dire dans 64,5 % des cas. Ceci pourrait être expliqué par le grand nombre de primipares ayant participé à cette étude.

L'haptonomie se révèle être peu efficace comme moyen de prévention au niveau du périnée.

L'étude du Dr DJALALI montre des résultats plus concluants puisqu'il obtient 48 % de périnées intacts. L'accouchement effectué par un haptothérapeute semble davantage prévenir les lésions périnéales.



III.2.3.11. Présence d'une sage-femme haptothérapeute

Afin de mieux cerner ce que l'haptonomie peut apporter pendant le travail, j'ai étudié plus spécifiquement les dossiers où une sage-femme haptothérapeute était présente au cours de l'accouchement.

‣ Dans mon étude, je trouve 100 % d'accouchements par voie basse spontanée, mais ce chiffre est difficilement interprétable (seulement 10,3 % d'accouchements avec un haptothérapeute). Les primipares et les multipares sont également représentées dans cet échantillon.

‣ La durée du travail est en moyenne de 7h15 pour les primipares et de 4h30 pour les multipares. Ce qui est également en-dessous des valeurs de référence et inférieur aux moyennes des accouchements étudiés précédemment.

‣ L'analgésie péridurale a été demandée par la moitié des femmes, dont 80 % en cours de travail et 20 % en fin de travail. Celle-ci a été mise en place au bout de 4h30 de travail en moyenne, ce qui correspond aux résultats donnés pour l'ensemble des accouchements.

‣ Lésions périnéales :

- déchirures : 20 %,
- épisiotomies : 40 %,
- périnées intacts : 40 %.

Ces chiffres sont davantage dans la lignée des résultats du Dr DJALALI

puisque'ils montrent 40 % de périnées intacts. Ceci peut s'expliquer par la détente plus importante, le prolongement et l'ouverture du périnée.

Par contre le taux d'épisiotomie est encore élevé : 40 % contre 21,3 % pour le Dr DJALALI.

► Position d'accouchement :

- position gynécologique : 80 %,
- position à l'anglaise : 10 %,
- position haptonomique : 10 %.

Le fait que le travail soit suivi par une sage-femme haptothérapeute n'implique pas forcément que l'accouchement se déroule en position haptonomique, contrairement à ce que je pensais au départ.

La position gynécologique semble encore être la position la plus utilisée par les sages-femmes et/ou la plus demandée par les femmes.

Il ressort de l'étude de ces différents éléments que l'haptonomie prénatale a assez peu d'influence sur l'accouchement et ses mécanismes.

Les points positifs que je pourrais plus particulièrement retenir sont :

- le taux d'accouchement par voie basse spontanée de 86,5 %,
- l'arrivée à la maternité différée,
- la réduction de la durée du travail pour les primipares et les multipares.

Le suivi du travail par un haptothérapeute améliore sensiblement les résultats, par la guidance et le soutien qu'il apporte aux parents qui peuvent davantage "rester dans l'haptonomie".

Ceci étant, le faible échantillonnage de couples accompagnés pendant la naissance me permet difficilement de tirer des conclusions certaines.

Ainsi, je vais également aborder le vécu des parents pour compléter ces résultats.

III.2.4. Vécu des parents

III.2.4.1. Attentes pour la grossesse, l'accouchement, en postnatal

Elles ont été évoquées dans les questionnaires et sont principalement :

- la communication avec l'enfant, la rencontre, l'échange, la relation à trois ;
- la participation du père ;
- la préparation physique et mentale à l'accouchement ;
- un bébé bien dans sa peau, un bon démarrage dans la vie, une ouverture de l'enfant au monde, favoriser la sécurité affective ;
- une assurance, une confiance en soi pour les parents ;
- pas d'attente particulière, curiosité.

Ces attentes sont sensiblement identiques à ce que les parents ont formulé dans les apports de l'haptonomie développés précédemment. En effet, cette partie des questionnaires a déjà été exploitée dans le paragraphe II.4. Les mères les expriment ainsi :

"J'en attendais une réassurance perpétuelle de mon état de mère portant la vie", Florence, maman de Julien (5 ans) et Carmen (15 mois).

"Ce qui m'a attirée, c'est la possibilité d'appivoiser la vie que l'on porte en soi, pouvoir entrer en communication sans crainte", Mélanie, maman de Matéo (1 an).

"J'attendais de l'haptonomie de bien vivre la grossesse à trois ainsi que l'accouchement", Sophie, maman de Maud (8 mois).

"Permettre au bébé de savoir qu'il est attendu et que l'on est déjà à son écoute avant sa naissance", Virginie, maman de Corentin (1 an).

"J'attendais l'inconnu, je ne savais pas comment ça se déroulerait mais je savais que ce serait certainement très bien", Béatrice, maman de Nino (1 an).

Voici à présent les attentes des pères :

"Savoir comment se comporter, sans trop faire d'erreurs, face à cette révolution qu'est la naissance d'un enfant", Thierry, papa d'Etienne (4 mois et demi).

"Un autre regard face à la grossesse et à l'arrivée du bébé, un autre discours que le discours médical. Plus humain", Damien, papa de Mattéo (4 mois et demi).

“Une place dans un environnement plutôt féminin et un temps de préparation pour moi”, Eric, papa de Lucile (7 ans et demi), Johan (4 ans et demi) et Louca (8 mois et demi).

“Faire une réalité du slogan “le bébé est une personne””, Matthieu, papa de Briec (3 ans) et Théotime (7 mois).

“Rien de spécial, je n’avais jamais entendu parler de cette méthode. J’étais plutôt sceptique mais curieux quand même”, William, papa de Corentin (1 an).

Pour 86,5 % des mères et 75 % des pères, les bénéfices apportés par l’haptonomie correspondent à leurs attentes. Mais certains émettent quelques réserves telles que :

“L’haptonomie est toute une philosophie de vie qui n’est pas facile à rejoindre en huit séances”.

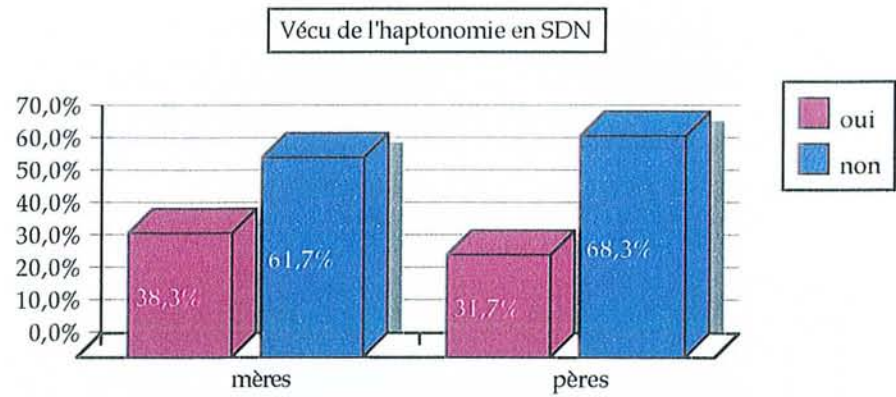
“Je pensais que cela servirait davantage lors de l’accouchement”.

“Nous avons eu du mal à sentir l’enfant et à communiquer avec lui. Nous n’étions pas prêts et ne nous sommes pas donné la possibilité de suivre correctement les séances”.

III.2.4.2. L’haptonomie pendant le travail

Différentes questions avaient pour but d’évaluer la pratique et les apports de l’haptonomie pendant le travail.

► “Avez-vous pu vivre l’haptonomie en salle de naissances ?”
La réponse est positive pour seulement 38,3 % des mères et 31,7 % des pères.



Les parents n'ayant pu mettre en pratique l'haptonomie évoquent les raisons suivantes :

- l'angoisse, la fatigue, le stress ;
- un accouchement trop rapide ;
- la douleur trop forte ;
- une césarienne ;
- la sage-femme de garde n'accompagnait pas l'haptonomie.

► "L'haptonomie vous a-t-elle aidé à mieux gérer le travail ?"

Malgré le fort taux de péridurales (74,5 %), la majorité des parents ont trouvé que l'haptonomie les a aidé à gérer les contractions puisqu'ils ont répondu "oui" à cette question dans 56,3 % des cas.

► "L'haptonomie vous a-t-elle aidé dans l'accueil du bébé ?"

Le bénéfice est largement plus important quant à l'accueil de l'enfant : 78,8 % des parents ont répondu "oui" à cette question. La rencontre semble plus facile avec le bébé qu'ils connaissent déjà.

III.2.4.3. Haptonomie et allaitement

J'ai remarqué en étudiant les dossiers que l'allaitement à la sortie de la maternité est à 81 % maternel et à 19 % artificiel (après un essai d'allaitement maternel dans 90 % des cas). Comme si l'allaitement maternel était le prolongement de ce contact initié in-utéro...

Le vécu de l'accouchement par les parents semble positif, notamment par rapport à l'accueil du bébé. Même si l'apport de l'haptonomie pour gérer la douleur paraît aléatoire selon les couples, il ressort des témoignages que cet accompagnement de la grossesse reste une bonne expérience. Une grande partie des couples est prête à renouveler celle-ci pour une prochaine grossesse.

Il est à noter que le Dr HURET a également lancé une étude à l'aide d'un questionnaire⁵² adressé aux couples suivis depuis quinze ans. Elle a pour but

⁵² Voir annexe 7.

d'évaluer l'impact de l'accompagnement haptonomique sur la grossesse, l'accouchement et le développement de l'enfant. Les résultats de cette enquête ne sont pas encore disponibles.

III.3. Discussion

L'haptonomie est une philosophie de vie. Il en découle deux remarques.

D'une part, les parents ayant bénéficié de l'accompagnement peuvent garder cet état d'esprit, avec leur enfant, dans leur vie de couple ou dans leur vie professionnelle. De ce point de vue, la "philosophie haptonomique" a des effets positifs sur le long terme.

D'autre part, il peut être difficile de s'imprégner de cette approche en seulement huit séances. De plus cet accompagnement reste encore peu développé et peu médiatisé, donc peu accessible pour les couples.

C'est pourquoi, sans forcément aller jusqu'à l'approche haptonomique, il me paraît important de sensibiliser tous les parents au toucher, au contact tactile avec leur enfant afin d'établir une relation avec lui. Ceci implique que le personnel soignant soit également sensibilisé au toucher, à la manière de le proposer aux parents.

Alors que l'haptonomie peut sembler incongrue à certains couples, il est aisé de prendre le temps de leur expliquer comment est positionné l'enfant et les inciter à le toucher. Le palper en consultation prénatale paraît être le moment idéal pour introduire cela.

Nombreux sont les couples qui, spontanément, ont déjà instauré ce dialogue et il me semble important de les soutenir et de les accompagner dans cette direction.

De plus, la connaissance de l'approche haptonomique nous incite dans notre pratique de tous les jours à davantage appréhender les patientes dans leur globalité. En plus du toucher objectivant, médical qui est indispensable à l'examen obstétrical, il est nécessaire de prendre en compte la personne toute entière et de considérer le bébé comme une personne !

Introduire le contact psychotactile dans le suivi de la grossesse demande un

investissement différent du praticien, mais en tenir compte permet d'optimiser l'accompagnement des parents.

Sensibiliser le personnel médical à l'haptonomie, c'est aussi modifier ses pratiques en salle de naissance.

L'ouverture d'esprit qu'elle propose nous permet d'accepter ce que le couple a envie de vivre. Il s'agit de rendre aux parents la naissance de leur enfant, de leur laisser la possibilité de vivre pleinement cet événement à trois et de les accompagner dans ce projet.

Ceci ouvre la réflexion autour des conditions d'accompagnement des couples pendant le travail et des conditions d'accueil du nouveau-né.

Cette ouverture d'esprit permet également de donner au père la place qui lui appartient auprès de la mère pendant la grossesse et l'accouchement. C'est lui permettre d'être acteur de la naissance et non pas seulement spectateur.

Or, actuellement, les salles de naissances sont ouvertes aux pères, mais nous pouvons nous poser la question des conditions de cette ouverture. En effet, ils sont là, mais les considère-t-on comme des acteurs de la naissance, assis sur un tabouret dans un coin ?

Encore un point sur lequel nous pourrions réfléchir et travailler dans notre pratique.

Enfin, mieux préparer l'accueil de l'enfant, c'est aussi mieux préparer son avenir. Pour terminer sur une note philosophique : *“Les êtres vivants supérieurs ont primordialement besoin d'un affermissement de l'existence (...) Se sentir accepté, reconnu, affermi et confirmé affectivement, c'est-à-dire se sentir aimé, est une condition sine qua non pour l'épanouissement harmonieux de l'enfant en toute autonomie, dès les premiers instants de sa venue au monde, et dans les premières années de vie (...) Priver, entraver ou empêcher ce comportement postnatal primordial et l'affermissement de l'existence qui lui est inhérent, est lourd de conséquences pour l'épanouissement de la vie et la possibilité de parvenir à une existence autonome⁵³”*.

⁵³ VELDMAN F. - *Haptonomie, science de l'affectivité*, PUF, 8ème édition, Juillet 2001, p.104-105.

Conclusion

L'objet de ce travail était de savoir si l'accompagnement haptonomique périnatal pouvait avoir une influence sur l'accouchement. Elle n'a pu être pleinement démontrée au vu des résultats mitigés de l'enquête. Cependant, il ne fait pas de doute que l'haptonomie améliore son vécu.

Les témoignages des parents m'ont permis de mieux cerner les nombreux apports de celle-ci sur un plan plus pratique au moment de l'accouchement. L'expérience vécue, tant pendant la grossesse que lors du travail, reste forte pour eux, parfois même plus d'un an après la naissance de leur enfant.

Les chiffres perdent un peu de leur importance face aux expériences, aux témoignages positifs des couples. Il serait à présent intéressant, pour prolonger la réflexion, de confronter pour chaque couple le déroulement de l'accouchement d'un point de vue obstétrical et son vécu, afin de savoir s'ils sont en phase.

En conclusion, je pense que l'amélioration du vécu de l'accouchement par les parents est un point suffisamment important pour conseiller cette approche de la naissance, et pour ouvrir la réflexion sur l'accueil des couples et des nouveaux-nés en salle de travail.

Annexes

- Annexe 1 : Expériences cliniques d'accompagnement haptonomique au cours de grossesses perturbées p.89
- Annexe 2 : Incidence de l'approche affectivo-confirmante sur le vécu de la douleur et sur les neuro-transmetteurs spécifiques p.94
- Annexe 3 : Analyse de 130 naissances accompagnées par l'haptonomie p.100
- Annexe 4 : Apports de l'hapto-obstétrique dans l'accouchement dystocique p.106
- Annexe 5 : Questionnaire destiné aux professionnels pratiquant l'accompagnement haptonomique périnatal p.112
- Annexe 6 : Questionnaires relatif à l'accompagnement haptonomique périnatal, destiné aux parents ayant bénéficié de l'accompagnement p.113
- Annexe 7 : Enquête du Dr HURET relative à l'impact de l'haptonomie sur la grossesse, l'accouchement, l'évolution des enfants et le couple parental p.119

présence haptonomique n°2 oct 1990

EXPERIENCES CLINIQUES D'ACCOMPAGNEMENT HAPTONOMIQUE AU COURS DE GROSSESSES PERTURBÉES

Dans une maternité universitaire, nous sommes souvent amenés à recevoir des femmes enceintes qui présentent des affections en rapport avec leur grossesse. Qu'il s'agisse de contractions prématurées, de retard de croissance du bébé in utero, de femmes atteintes de toxémie gravidique.

Les exemples suivants nous révèlent les possibilités qu'offre l'haptonomie dans le traitement de ces affections.

CONTRACTIONS PRÉMATURÉES

Une femme secondipare vient à ma consultation, avec son mari, à la 19^{ème} semaine de la grossesse. Des contractions sont apparues prématurément au cours de la 14^{ème} semaine. Depuis, cette femme suit un traitement à base de magnésium et reste alitée. Lors de la précédente grossesse déjà, cette patiente a dû rester alitée de la 20^{ème} semaine jusqu'à l'accouchement, à cause de contractions prématurées ; elle était soignée par un traitement de magnésium et de tocolytiques.

Le couple est venu à la demande du mari, étudiant en médecine, qui a assisté à une présentation de l'haptonomie que j'ai faite à Düsseldorf.

Tous deux acceptent de réaliser des dessins sur le thème suivant : « MOI, AUJOURD'HUI, AU SEIN DE MA FAMILLE ».

Cette méthode est proposée par Gregg Furth de New-York. On utilise des crayons en cire de dix couleurs (rouge, orange, jaune, vert, bleu clair, bleu foncé, violet, brun, noir et blanc) sur un bloc à dessin grand format. Un temps de 30 minutes est imparti.

Je commente ces productions :

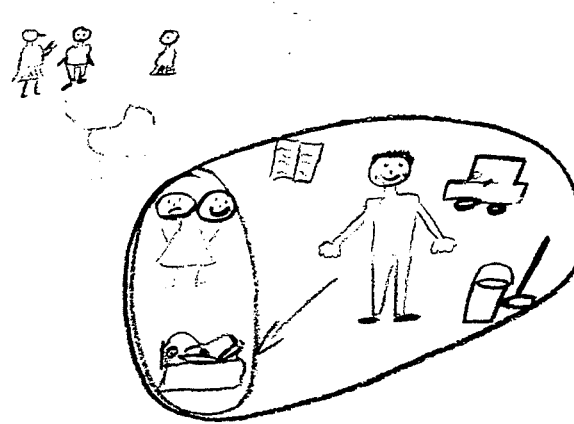
Diapo 1 : la patiente dessine son mari occupé aux tâches ménagères, et à ses études ; elle même est au lit. Son premier enfant dessiné en teintes rouges et vertes a le visage souriant et sceptique à la fois. Répondant à ma question sur le bébé à venir, elle dit qu'il est caché par sa main. En haut de la feuille sont représentés d'autres membres de la famille. Il n'existe aucun contact entre eux, en particulier aucun contact visuel.

Diapo 2 : le mari fait un dessin au crayon marron ; on voit le bébé dans le giron de sa femme ; cette-ci est allongée sur le divan ; lui vague aux tâches ménagères ; leur enfant joue.

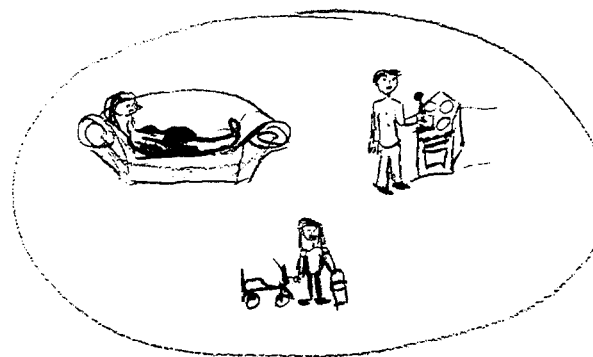
Là encore, aucun contact par le regard entre les membres de la famille.

J'ignore si les parents ont remarqué cela.

Cette « absence de contact » se confirme lors du travail haptonomique : la patiente n'avait aucun contact avec son corps ni avec son enfant à naître. Au début, elle a eu de grosses difficultés à comprendre en quoi consistait l'haptonomie. Ce n'est qu'à la troisième séance de guidance qu'elle a pu entrer en contact avec son enfant. Les contractions ont diminué, la patiente a pu se lever de plus en plus et n'a pas eu besoin de tocolytiques, seulement de magnésium. Le collègue-assistant qui suivait la patiente sur le plan gynécologique et obstétrical en fut étonné. Le couple a poursuivi la guidance au rythme d'une séance par semaine.



Diapo. 1



Diapo. 2

Expériences cliniques d'accompagnement haptonomique au cours de
grossesses perturbées

Annexe 1

Diapo 3 : Au cours de la 29^{ème} semaine, soit 10 semaines plus tard, la patiente représente sa famille d'une manière tout à fait différente : son premier enfant est devant elle, son mari est derrière, et le bébé à naître est représenté par un point jaune. Elle le nomme : « notre rayon de soleil ». Par opposition aux diverses couleurs précédentes, le mari et le femme sont maintenant dessinés en orange.

Diapo 4 : Le mari dessine la famille ; le contact par les mains est bien établi.

Diapo 5 : A la 36^{ème} semaine de grossesse, la mère figure l'enfant à naître par une forme jaune. Son mari prépare ses examens. Entre temps, la grand-mère est venue s'installer à la maison.

Diapo 6 : Ce même jour le père se dessine en train d'étudier. Il dessine également leur enfant, sa femme, le bébé à naître et la grand-mère.

La naissance s'est faite 2 jours après le terme prévu. Les contractions ont débuté vers 6 heures du matin, le couple est arrivé à la clinique vers 7 heures. 11 h 20 : admission en salle d'accouchement. 12 h 20 : rupture spontanée de la poche des eaux. 12 h 45 : naissance après trois poussées. La petite fille pesait 4,250 kg et mesurait 53 cm.

Cet exemple montre de façon frappante ce que j'ai également observé chez d'autres femmes présentant des contractions prématurées. Ces contractions précoces sont l'expression d'un rejet inconscient et éventuellement d'un refus d'accepter l'enfant ainsi que l'a montré Rottman en 1974. Quand la femme enceinte accepte son enfant et noue un bon lien avec lui, la matrice s'assouplit et les contractions précoces cèdent.

RETARD DE CROISSANCE

Une femme de 33 ans, primipare, est admise à l'hôpital à la 34^{ème} semaine de grossesse, pour retard de croissance de son enfant in utero.

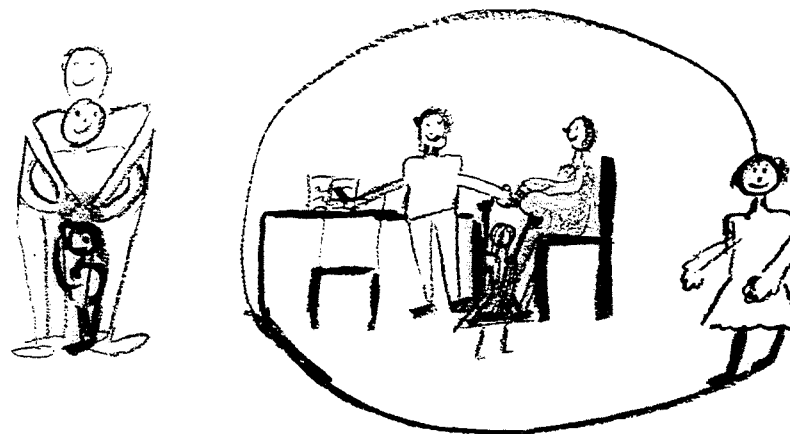
Diapo 7 : cette diapo indique, en haut, les mesures par ultra-son du diamètre transversal du thorax ; en bas les mesures du diamètre crânien. Malgré 11 jours de repos alité, la croissance de l'enfant stagne, si bien que l'on envisage de provoquer l'accouchement par césarienne au cours de la 35^{ème} semaine de grossesse. C'est par hasard que je vois la patiente alitée ; son regard est angoissé, son front baigné de sueur. Elle me permet de contacter haptonomiquement son ventre et se détend. Cette femme française a vu les émissions de F. Veldman à la TV hollandaise. Elle me demande si mon contact avec les mains est la « méthode Veldman » et si je le connais. Elle et son mari sont prêts à réaliser des dessins sur le thème proposé : « MOI, AUJOURD'HUI, AU SEIN DE MA FAMILLE ».

Diapo 8 : elle se dessine avec ses enfants rayonnants (en rouge et jaune), au milieu de la feuille. A ma question sur l'enfant à naître : « en bas à droite, ça pourrait être mon enfant ! ».

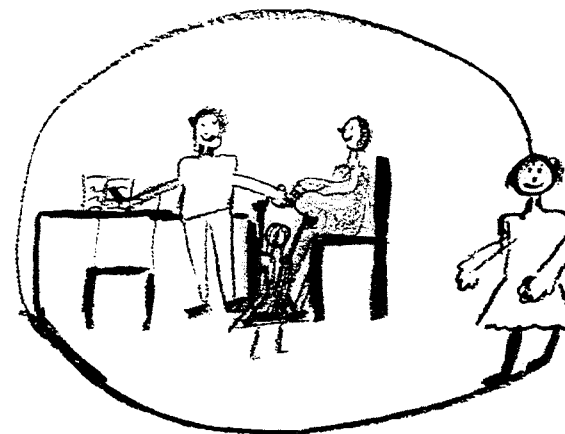
Le mari n'est pas sur le dessin.

Diapo 9 : le mari dessine sa femme à droite, en orange, et lui, à gauche, en violet, sur le canapé. Devant eux, trois enfants jouent au train électrique, bien que le couple n'ait pas encore d'enfant. C'est la première grossesse... A ma question sur l'enfant actuel, le mari dit qu'il n'a pas vu dans le texte le mot « aujourd'hui ».

Pendant 15 jours, j'ai proposé quotidiennement un travail haptonomique avec la femme enceinte. Le mari était malheureusement empêché de participer. Pendant le traitement haptonomique, la patiente est bien entrée en contact avec son enfant et elle a pu exprimer



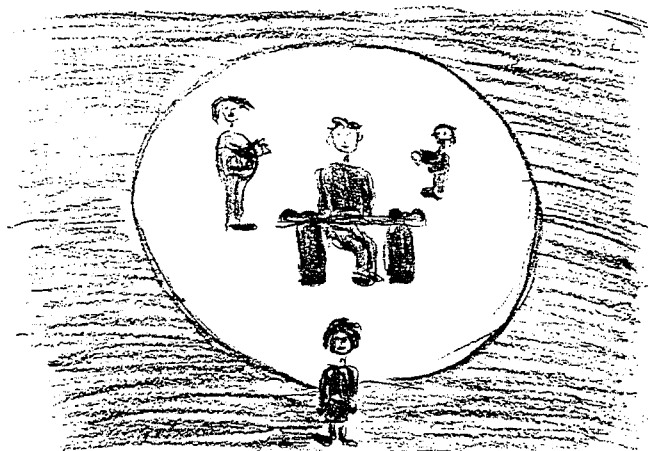
Diapo. 3



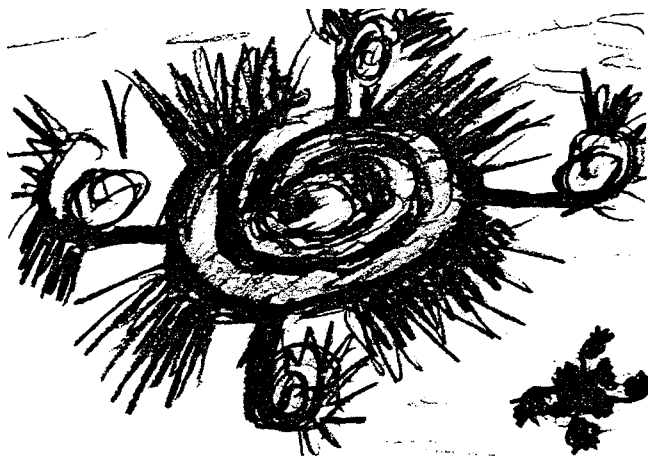
Diapo. 5



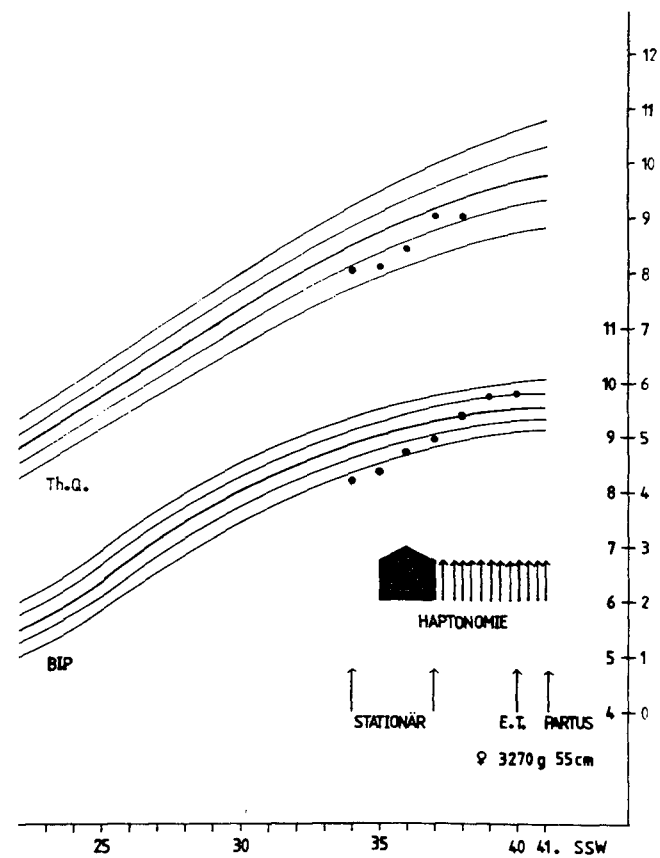
Diapo. 4



Diapo. 6



Diapo. 8



Diapo. 7

un conflit avec sa propre mère. L'enfant a rattrapé sa croissance. Nous avons pu la renvoyer chez elle au cours de la 37^{ème} semaine de grossesse. On a continué la guidance haptonomique deux fois par semaine. La naissance a eu lieu une semaine après la date calculée. C'était une fille de 3.270 kg pour 55 cm. Dans le giron, le bébé était en position transversale, au fond du bassin ; il ne s'est pas bien placé lors de l'épreuve de travail, il ne s'est pas engagé ; la naissance a donc eu lieu par césarienne.

Pour une autre femme de 34 ans — secondipare — un retard de croissance du bébé est constaté au cours de la 33^{ème} semaine. Le couple est prêt à venir une fois par semaine à une séance de guidance haptonomique. Les deux parents ont vite appris à entrer en contact avec leur enfant qui a continué sa croissance. La naissance s'est faite à la 41^{ème} semaine de grossesse ; rupture spontanée de la poche des eaux à la maison ; naissance 30 minutes plus tard d'une fille, Lisa, à la clinique. 3,400 kg ; 54 cm.

La mère m'a écrit après la naissance : « j'ai vécu la naissance sans douleur ! Ce que je ne croyais pas possible est arrivé : Lisa est née sans douleur et sans médicament. C'était un événement. Nous vous remercions.

Les parents heureux ».

TOXEMIE GRAVIDIQUE

Pour finir, le cas d'une patiente de 39 ans venue dans la 33^{ème} semaine de grossesse à cause d'une toxémie gravidique, pour envisager une césarienne, suivie d'une stérilisation. Malgré une thérapie médicamenteuse intense, elle a encore une tension élevée. Elle est suivie à l'extérieur par une gynécologue et un interne. Elle vient me consulter pour discuter de l'accouchement et de la stérilisation, d'autant plus que l'accouchement est prévu pour le 31 décembre. C'est la seconde grossesse. Il y a 7 ans, elle a déjà eu une césarienne à la 35^{ème} semaine, à cause de menaces d'éclampsie pour une tension artérielle élevée (200/140 mm Hg). La petite fille pesait alors 1,750 kg.

Je propose à la patiente de l'aider à entrer en contact avec son enfant par une invitation haptonomique. Je me base sur ce que la psychosomatique m'a enseigné : la toxémie gravidique a quelque chose à voir avec le refus de l'enfant, et la relation de la mère avec son enfant est une répétition de la relation avec sa propre enfance — nous ne pouvons répéter que ce que nous avons vécu —. Je demande à ma patiente si elle-même a été un enfant désiré.

Je vous communique ce que la patiente m'a écrit après les séances haptonomiques :

1^{ère} séance : « Je suis venue vous voir parce que vous avez sauvé mon enfant il y a sept ans. Cet enfant, je ne le voulais pas, et je le tiens maintenant dans un amour entier. J'attends de nouveau un enfant non désiré, pourtant il n'est pour moi pas question d'une interruption de grossesse. Je n'aurais jamais établi de relation entre l'hypertension, l'eczéma intermittent et mes problèmes de grossesse. Je les avais même si bien cachés qu'ils ne m'étaient pas conscients. Votre remarque, à savoir que je ne voulais pas mes enfants parce que j'avais été moi-même rejetée, a touché en plein dans le mille. Après avoir quitté la clinique, j'ai eu à peine le temps d'atteindre le tournant de la rue, et les larmes ont coulé sans arrêt pendant une semaine. J'ai chassé par les larmes tous mes soucis au sujet d'une enfance gâchée et de relations familiales cahotiques ».

2^{ème} séance : « Vos mains sur mon ventre : je pensais que je ne supporterais pas. J'étais en sueur et j'avais l'impression d'étouffer. La confiance en vous m'a aidée à me calmer. Tout d'un coup, une lumière a commencé à briller, d'une clarté inimaginable et d'un bleu turquoise. A la maison, j'ai pris conscience que ma mère ne m'avait jamais touchée, et

qu'aujourd'hui, à de rares exceptions près, je ne supporte pas les contacts physiques. J'ai de nouveau baigné, le restant de la semaine, dans les larmes ».

3^{ème} séance : « Je n'ai plus revu la lumière claire. Mais un nuage épais, jaune soufre, qui alternait avec du mauve foncé. Cette semaine, je n'ai pas pleuré. J'avais de terribles accès de colère contre tout et chacun, surtout contre moi qui avais laissé si longtemps les autres me faire souffrir. Et pourtant j'ai eu encore un rêve : mon mari, mon enfant et moi rentrions à la maison pour aller voir ma famille. J'ai ouvert la porte et j'ai vu un grand trou noir. Des sensations épouvantables se sont emparées de moi : la mort, l'abîme, la décomposition. J'ai doucement refermé la porte, pris mon enfant, et dit à mon mari « cours, sauve ta vie ». Nous avons couru à la voiture, j'ai jeté mon enfant sur le siège arrière, mon mari s'est assis sur le siège du passager ; j'étais au volant : James Bond, ce n'était rien à côté. Je roulais vers le port et voulais atteindre le bateau de sauvetage. Vous avez attendu sur le quai ; le bateau était parti, mais on pouvait encore le voir. Du bateau s'approchait un radeau sur lequel se trouvaient tous mes amis. Mon mari y fut d'un saut. Vous, M. le Docteur Potthoff, vous nous avez aidés, moi et mon enfant, à atteindre le radeau de sauvetage. Vous avez même fait un bout de trajet avec nous. J'avais attaché mon enfant solidement autour de mon ventre pour qu'il ne me quitte pas. D'une main, vous me teniez, et de l'autre, vous gouverniez le radeau jusqu'à ce que nous soyons hors de danger. Puis vous avez sauté. Mon mari s'est levé et a pris le gouvernail.

A mon réveil, il me revint que je m'étais réellement enfuie une fois de ma famille. Quand j'avais 18 ans, je m'étais engagée comme stewardesse pour un grand voyage sur un bateau.

Je n'avais encore jamais dormi si calmement que pendant cette nuit là. J'étais hors de danger ! »

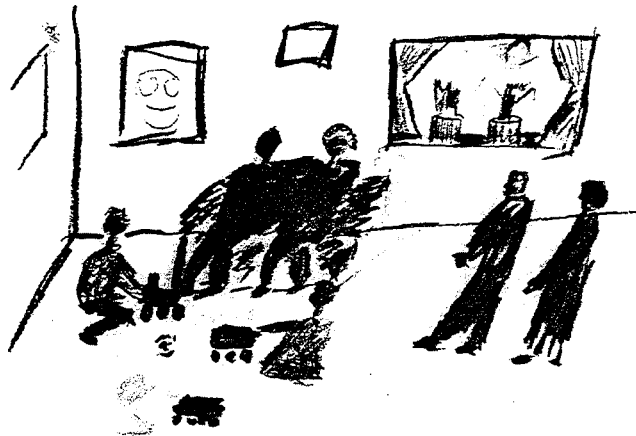
4^{ème} séance : « Les douleurs d'estomac ont déjà commencé lors de la consultation avec vous. J'ai mis mon enfant au lit et je me suis aperçu que c'était la première fois que je serais séparée de ma fille depuis mon séjour en clinique. Je suis vite sortie de la chambre d'enfant parce que je commençais à pleurer. Ça a duré un certain temps avant que je remarque que je pleurais pour de tout autres raisons. Je savais que mon enfant avait tout ce qu'il lui fallait à ce moment-là. Non, il s'agissait de ma mère qui m'avait toujours rejetée, mise en pension.

5^{ème} séance : « enfin le calme, enfin j'avais aussi le contact avec mon enfant à naître. Je le sentais dans mon ventre et quand je posais ma main dessus, il venait aussitôt à ma rencontre ».

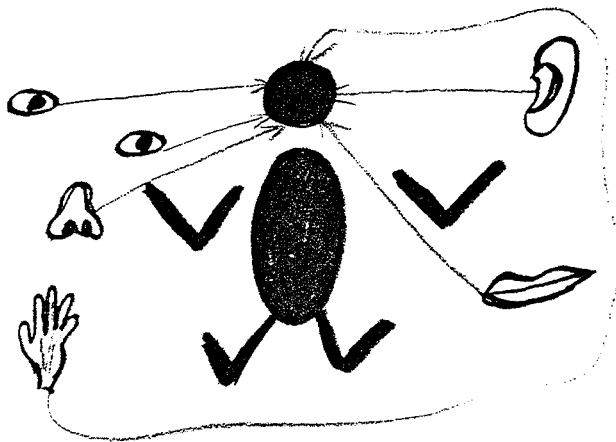
Ce rapport explicite combien une tristesse inconsciente, que l'on n'accepte pas, et aussi la colère, se somatisent dans l'hypertension, la toxémie gravidique, et se dirigent de manière auto-agressive contre soi-même, contre la mère et contre l'enfant. Cela confirme ce que DMOCH a découvert il y a plusieurs années lors de l'examen de la structure de personnalité de patientes atteintes de toxémie gravidique : il constata, chez près de la moitié des femmes, une colère et une agressivité rentrées, et chez près d'un tiers des femmes, une dépressivité réprimée.

Cela confirme les idées immunologiques sur l'apparition de la toxémie gravidique, à savoir que celle-ci représente une réaction abortive de rejet par la mère à l'égard de l'embryon.

Le rapport de cette patiente transcrit dans le rêve également le danger, le désarroi de l'enfant à naître et de l'enfant qu'elle a été. Ce n'est qu'après avoir accepté de reconnaître



Diapo. 9



Diapo. 10

ses sentiments refoulés qu'il lui a été possible d'entrer en contact haptonomique avec le bébé à naître.

C'est seulement quand le cœur est libre de rage, de haine, de deuil et de tristesse, que l'amour peut couler.

Diapo 10 : Une autre femme enceinte dessine (en noir) son enfant à naître de cette manière (diapo. 10).

Ces quelques exemples laissent présumer que le manque de contact interpersonnel entre la mère et l'enfant est corresponsable de l'apparition des troubles évoqués ci-dessus : contractions prématurées, retard de croissance et toxémie gravidique.

Dans la littérature psychosomatique, on manque d'expériences de contact direct entre la mère et l'enfant à naître. A partir de l'exemple de ces patientes, le traitement haptonomique semble avoir réussi dans la thérapie des femmes enceintes et de leurs enfants à naître pour les cas de contractions prématurées, de retard de croissance de l'enfant et aussi de toxémie gravidique. L'accompagnement haptonomique parents-enfant peut ainsi être également une mesure préventive appropriée pour éviter les symptômes que nous avons mentionnés.

Par les exemples cités, on a montré également que le manque de contact interpersonnel entre la mère et l'enfant à naître n'est d'aucune manière supprimé par la seule thérapie organique au sens de la médecine universitaire actuelle.

Siegfried Heinz POTTHOFF

Traduction : Françoise HANUS-BLONDEAU

présence haptonomique n°2 oct 1990

INCIDENCE DE L'APPROCHE AFFECTIVO-CONFIRMANTE SUR LE VECU DE LA DOULEUR ET SUR LES NEURO-TRANSMETTEURS SPECIFIQUES

est bien connu que la mission du médecin ne consiste pas seulement à essayer de résoudre les problèmes cliniques que la maladie nous pose, mais aussi à effectuer des recherches de pouvoir venir en aide aux patients.

Après une intense préparation en haptonomie sous la direction de notre maître Fransman, et après avoir étudié la douleur pendant de nombreuses années, nous avons entamé notre recherche vers un point précis : l'effet analgésique du contact haptonomique des parturientes.

Nous avons tout d'abord été frappés par le changement d'humeur de ces femmes, qui passaient d'un état d'alerte, d'alarme, ou de stress, à un état de sécurité. Nous avons pensé immédiatement à une possible corrélation entre l'anxiété et la douleur, qui serait en mesure d'expliquer cette action analgésique.

Le contact haptonomique réduisait l'anxiété, ce fait pouvait expliquer — du moins en partie — cette action analgésique. Mais il y avait autre chose : en même temps que cette action anxiolytique et analgésique, nous avons observé chez ces femmes une tendance à dormir, à se placer dans un état particulier de conscience — comme si elles s'isolaient de leur entourage. Certaines d'entre elles nous disaient que non seulement ce contact leur était agréable, mais qu'il leur procurait également du plaisir. Tout cela nous amena à diriger notre recherche vers une relation potentielle entre les systèmes narcotiques endogènes et le comportement émotionnel. Nous avons alors voulu savoir **quelle répercussion pouvait avoir le contact haptonomique** sur les niveaux de beta-endorphine dans le plasma sanguin.

CULTE DE LA RECHERCHE

Cette recherche présentait une grande difficulté pour les raisons suivantes : elle rendait indispensable la disposition d'un laboratoire et d'un analyste capable de réaliser cette détermination sanguine (ce qui était le cas pour le laboratoire d'hormones de l'hôpital « La Paz » de Madrid).

Il fallait disposer d'un échantillon suffisamment important de femmes « en travail ». Dans notre maternité — la plus grande d'Espagne — une moyenne de 35 femmes accouchent chaque jour).

La recherche devait être menée par un spécialiste ayant une formation haptonomique adéquate (notre formation répondait à cette condition).

La première étape consistait à déterminer trois échantillons de parturientes éprouvant différents états émotionnels :

1. Apparemment calmes.

2. Présente un degré d'anxiété moyen.

3. Très angoissées ou agitées.

Le but était de connaître la corrélation qui pouvait exister entre le niveau de beta-endorphines et l'état émotionnel (anxiété, stress, etc.). (tableau 1).

PRELEVEMENT CHEZ DES PARTURIENTES POUR LA DETERMINATION DES BETA-ENDORPHINES

(Les chiffres sont exprimés en micromoles (millionnièmes de milligramme))

PARTURIENTES APPAREMMENT SEREINES (détermination subjective)

A.A. 20	A.B. 40	A.C. 24	A.D. 23,3	A.E. 18	A.F. 21
A.G. 18	A.H. 13	A.I. 6	A.J. 3,6	A.K. 4,6	A.L. 18
A.M. 21	A.N. 18	A.O. 13	A.P. 15	A.Q. 15	A.R. 11
moyenne 16					

PARTURIENTES PRESENTANT UN TAUX D'ANXIETE MOYEN (détermination subjective)

B.A. 50	B.B. 40	B.C. 50	B.D. 50	B.E. 61,8	B.F. 34,4	B.G. 41
moyenne 46						

PARTURIENTES TRES ANGOISSEES — JUSQU'A L'AGITATION

C.A. 180	C.B. 120	C.C. 93	C.D. 89	C.E. 1258	C.F. 714	C.G. 360
C.H. 96	C.I. 160	C.J. 91	C.K. 65	C.L. 63		
moyenne 274						

Tableau 1

En voici le résultat :

1. Nous avons constaté une corrélation statistiquement significative entre les niveaux d'anxiété et de beta-endorphines.
2. Mais nous avons constaté aussi une claire corrélation entre beta-endorphines et sensation douloureuse. Ainsi pour :
 - le groupe A : la sensation était perçue comme « tout à fait supportable » ou simplement « supportable »,
 - le groupe B : les réponses allaient de « supportable » à « difficilement supportable »,
 - le groupe C : l'intensité oscillait entre « difficilement supportable » et « insupportable ».

Nous avons alors commencé immédiatement à travailler avec le groupe « expérimental ».

METHODE EMPLOYEE :

Les opérations effectuées par ordre chronologique sont les suivantes :

1. Première évaluation subjective du degré d'anxiété ou de stress de la femme faisant l'objet de l'expérimentation. Cette évaluation a été effectuée en donnant une ponctuation de croix de 4 à 0.
 - +++ + énorme anxiété ou agitation
 - +++ anxiété élevée
 - ++ anxiété moyenne
 - + anxiété faible
 - 0 absence totale d'anxiété.
2. Premier prélèvement de 3 c.c. de sang envoyé au laboratoire dans un tube entouré

Incidence de l'approche affectivo-confirmante sur le vécu de la douleur

Annexe 2

- de glace.
- Approche et contact haptonomique. Durée : minimum 5 minutes - maximum 20 minutes.
 - Seconde évaluation subjective du degré d'anxiété après le contact haptonomique.
 - Deuxième prélèvement de 3 c.c de sang qui, protégé dans la glace est envoyé au laboratoire dans les mêmes conditions.
 - Données recueillies dans chaque cas : nom de la parturiente, première évaluation subjective de l'anxiété, deuxième évaluation subjective de l'anxiété, existence ou non de contractions utérines, intégrité ou non de la poche des eaux, plan dans lequel se trouve la présentation, dilatation en cours, âge de la femme, chiffre en micromolles de bêta-endorphines dans le premier et le second prélèvement, durée en minutes de l'approche haptonomique, préparation ou non préparation à l'accouchement.

RESULTATS DU GROUPE EXPERIMENTAL (Tableau 2)

Prenons un exemple pour mieux comprendre les résultats.

Soit la femme dénommée A : évaluation de l'anxiété : 4 + ; on constate l'existence de contractions (oui). La poche des eaux est rompue. La présentation se trouve dans le premier plan ; la dilatation est à 3 cm. Il s'agit d'une primipare de 24 ans. Le premier prélèvement de bêta-endorphines indique un chiffre de 180 micromolles. Après 12 minutes de contact haptonomique, nous constatons que l'évaluation de l'anxiété est passée de 4 à 2 croix. Et le taux de bêta-endorphines est à 66.

Si l'on compare les colonnes d'évaluation de l'anxiété, on voit dans tous les cas une diminution. Cette même diminution se manifeste dans la baisse du taux de bêta-endorphines.

GROUPE DE CONTROLE OU TEMOIN

Pour confirmer ces résultats, il fallait confronter le groupe « expérimental » à un groupe « témoin » ou « de contrôle » avec lequel on allait agir de la même façon, mais sans la moindre participation haptonomique : notre présence n'était pas haptonomique, et il n'y eut aucun contact haptonomique. Les résultats en sont les suivants (tableau 3).

COMMENTAIRES

On constate que les trois nombres les plus élevés du premier prélèvement, dans le groupe expérimental, étaient respectivement 180, 160 et 120. Par contre, dans le groupe témoin, ils dépassent quasiment tous 200.

Après un temps de 10 minutes, on note, dans la grande majorité des cas, une augmentation nette du taux de bêta-endorphines.

Si l'on compare les taux du premier prélèvement dans chaque groupe, on voit qu'ils sont nettement plus bas dans le groupe expérimental, ce qui semble indiquer que les parturientes ont perçu une influence de la seule présence du médecin sur la situation de stress ; et ce, dans un sens positif.

Par contre, dans le groupe témoin, nous observons le phénomène inverse : la présence du médecin augmente le stress. On peut se demander pourquoi, et penser que les femmes ont été plus sensibles au fait que le praticien ne les aiderait pas, bien que sa présence physique et les paroles exprimées fussent les mêmes.

Nous accordons une très grande valeur à ce dernier résultat de la recherche, car il nous montre de quelle façon la présence d'un professionnel de la médecine : médecin, sage-

RESULTATS GROUPE EXPERIMENTAL

Tableau 2

	1 ^{er} Prélèvement	2 ^e Prélèvement	Minutes	Préparation
A	180	66	12	Oui
B	120	13	10	Non
C	24	6	12	Oui
D	93,6	34,4	15	Non
E	89,19	23,79	10	Oui
F	50	3,6	20	Non
G	40	4,6	20	Non
H	41	18	10	Non
I	35	21	10	Non
J	96	41	15	Non
K	26	18	20	Non
L	53	28	12	Non
M	160	10	13	Oui
N	91	50	15	Oui
O	65	51	15	Non
P	63	40	11	Non

Dans tous les cas, après un contact haptonomique variant entre 10 et 20 minutes, on a obtenu une diminution de l'anxiété.
 Dans tous les cas, après un contact haptonomique variant entre 10 et 20 minutes, on a obtenu une diminution de la douleur.
 Dans tous les cas, le chiffre de bêta-endorphines dans le sang a baissé, ce qui nous conduit à penser que leur captation et utilisation s'est effectuée comme conséquence du contact haptonomique.

(1) S.E.S. : au delà du supérieur
 (2) Col. eff. : effacement du col

BETA-ENDORPHINES. GROUPE TEMOIN										
	Evaluation	Anxiété	Contractions d'accouchement	Poche des eaux	Plan	Dilatation	Parité	1er Prélèvement	2 ^e Prélèvement	Age
A	++++	++++	Oui	rompue	S.E.S. (1)	16 cms	2ème	273	281	27
B	++++	++++	Oui	rompue	S.E.S.	4 cms	1er	242	277	18
C	++	++	Oui	rompue	S.E.S.	2 cms	1er	207	225	27
D	++	+++	Oui	rompue	1er.	4 cms	1er	152	384	21
E	+++	+++	Non	intacte	SES	CF(2)	1er	207	247	29
F	++++	++++	Oui	rompue	S.E.S.	2 cms	1er	260	329	33
G	+++	+++	Oui	rompue	1er	2 cms	1er	277	291	30
H	+++	+++	Non	intacte	S.E.S.	1 cm	1er	211	277	32
I	++++	++++	Oui	intacte	S.E.S.	1 cm	1er	242	328	21
J	++	++	Non	intacte	S.E.S.	CF	1er	166	238	26
K	+++	+++	Oui	rompue	1er.	6 cms	1er	519	400	26
L	++	++	Oui	rompue	S.E.S.	4 cms.	2ème	294	235	28

(1) SES = au détroit supérieur
(2) CF = col fermé

Tableau 3

femme ou infirmière, auprès de la femme qui accouche, peut accentuer sa situation de stress, en augmentant son anxiété et en même temps sa sensation douloureuse. Au contraire, elle peut réduire son stress, en agissant comme un véritable anxiolytique, en produisant une très nette action analgésique. L'efficacité maximum dans ce sens semble correspondre à l'approche haptonomique, comme la recherche nous le prouve.

Ce que nous disons n'est pas nouveau et tout professionnel qui accorde de l'importance à la relation thérapeute-patient en est conscient. Cependant, dans le cas précis de l'accouchement, il ne s'agit pas d'un thérapeute ni d'une patiente, mais d'une femme en train d'accoucher et d'un professionnel qui l'assiste ; cependant, les rapports humains à ce moment important — la naissance de son enfant — sont les mêmes.

Et, bien que nous ne l'ayons pas prouvé, puisque la recherche n'est pas allée si loin, nous pouvons en dire tout autant de la présence d'un parent aux côtés de la femme qui accouche. Cette présence peut réduire le stress et s'avérer positive ou, au contraire, accentuer le stress et devenir extrêmement négative.

Bien que la limite de temps nous en empêche, il faut rappeler le rôle que la technologie moderne : inductions, perfusions, monitorisations, détermination du PH, amnioscopie, etc... peut jouer en tant que facteur de stress, nous obligeant à en faire usage avec la plus grande précaution sur le plan affectif et humain.

En résumé, nous pourrions dire que l'organisme nous protège face à une situation de stress, en augmentant la production des « hormones de stress » et leur passage dans la circulation sanguine : norépinéphrine, épinéphrine, encéphalines, endorphines, bêta-lipotrophine, A.C.T.H., minéral-corticoïdes (aldostérone et doca), gluco-corticoïdes (cortisone et cortisol), prostaglandines, etc...

Chacun de ces neurotransmetteurs ou de ces hormones joue un rôle déterminé, mais nous allons nous centrer sur celles que nous avons étudiées, à commencer par la bêta-endorphine.

C'est l'étude de l'action de la morphine qui nous a menés à des découvertes très importantes. La morphine, à la différence d'autres produits considérés comme analgésiques spécifiques pour certaines douleurs, semblait efficace contre toutes les douleurs. La seconde découverte importante fut que la morphine se fixait de façon élective sur certaines zones du cerveau et de la moelle dans certains récepteurs. Dans le premier cas, cette préférence allait à la matière grise qui entoure l'aqueduc de Sylvius, ainsi que d'autres zones du cerveau.

Expérimentalement, on observait aussi que la stimulation électrique des zones mentionnées produisait une analgésie très similaire à celle de la morphine. A son tour, la Naloxone — antidote de la morphine — injectée à l'avance à l'animal d'expérimentation, empêchait l'action analgésique de la stimulation électrique.

Une découverte très importante fut que la stimulation électrique donnait lieu à la production d'une pseudo-morphine endogène qui fut baptisée du nom de bêta-endorphine, du fait qu'elle présentait une composition chimique très similaire à celle de la morphine, et qu'elle était captée précisément par les mêmes récepteurs.

Les endorphines procèdent d'une pro-hormone nommée pro-opium-mélanocortine, soit une grosse molécule de 31 kilodaltons. Cette pro-hormone est stimulée par un polypeptide de 41 aminoacides qui fut découvert par VALE en 1981 ; elle fut considérée comme l'hormone libératrice de la Corticotropine (ou Corticotropin Releasing Factor : CRF).

Tous les auteurs et chercheurs semblent être d'accord — à de rares exceptions près — sur le fait que, face à une situation de stress et à partir de la même pro-hormone, il se produit une libération parallèle de bêta-endorphine, bêta-lipotrophine et A.C.T.H. Cette même réponse était obtenue avec l'administration de Métirapone dans le cas d'hypoglycémie induite par insuline.

SHARON et la plupart des chercheurs considèrent que le rôle joué par les endorphines, et plus particulièrement la bêta-endorphine, doit être très important du fait qu'elle est impliquée dans de très nombreux processus :

1. Dans le stress.
2. Dans la sensation de douleur.
3. Du fait de sa nette corrélation avec d'autres hormones : FSH, LH, etc...
4. Etant donné son rôle dans l'activité cardio-circulatoire, respiratoire et digestive.
5. En raison de sa corrélation avec des neurotransmetteurs cérébraux, influant sur des processus dysrythmiques (dépression, manie).
6. Etant donné qu'elle participe dans la thermorégulation.
7. Parce qu'elle joue un rôle dans l'adaptation du nouveau-né, etc. etc...

Il nous est impossible de faire référence aux travaux de recherche effectués au cours de ces dernières années et que nous avons pu étudier au sujet des endorphines, de la grossesse, de l'accouchement et du nouveau-né. Nous essaierons d'en résumer quelques-uns et de les confronter avec notre recherche.

La plupart des chercheurs ont constaté une augmentation du niveau d'endorphines à mesure que l'accouchement avançait, mais en faisant cette affirmation, ils semblent ne pas avoir pris en compte le fait que, généralement, l'état de stress augmente à mesure que l'accouchement avance. Nous n'avons pas accordé trop d'importance à ce phénomène — bien que nous l'ayons étudié, comme nous le verrons plus tard — et nous avons porté notre

attention sur le degré d'anxiété ou de stress éprouvé par la femme.

Et qu'avons-nous constaté ? Que le taux de béta-endorphines est en rapport avec cette situation ; en effet, une femme très agitée au début de l'accouchement présentait des niveaux très élevés, alors que les niveaux étaient beaucoup plus faibles chez des femmes sereines et tranquilles à la fin de la dilatation.

Cependant, il semble que l'unanimité se fasse sur un point, à savoir l'expulsion, où l'on trouve les chiffres les plus élevés, ce qui est logique puisqu'il s'agit du moment de stress maximum.

Tous les chercheurs sont d'accord, et nous aussi, sur le fait que ces béta-endorphines que nous avons décelées dans le plasma pendant l'accouchement sont d'origine hypophysaire et ne doivent pas être confondues avec celles d'origine cérébrale, fondamentalement hypothalamique ; rappelons au passage que l'on a également rencontré des béta-endorphines : dans l'aqueduc de Sylvius, dans le système limbique, dans le lobe frontal, dans le corps strié. Mais aucun chercheur n'en a trouvé dans le cervelet. A l'instar d'autres hormones (comme le Cortisol), les béta-endorphines subissent des variations pendant le cycle circadien. Ainsi, les niveaux inférieurs se trouveraient entre dix heures du soir et trois heures du matin, le point le plus bas se situant à 24 heures. Ces variations n'ont aucune relation avec les étapes du sommeil, mais l'ingestion des repas y exerce une influence.

En ce qui concerne les niveaux de béta-endorphines pendant la grossesse — sauf quelques exceptions — les chercheurs partagent l'avis que les chiffres moyens sont légèrement inférieurs pendant le deuxième trimestre (37) que pendant les premier (47) et le troisième (49). Certains ont cru trouver une explication à ce fait en disant que c'est pendant le deuxième trimestre que l'hémophilulution atteint son point maximum. Cependant, notre hypothèse — simple hypothèse — est que le deuxième trimestre est en général moins conflictuel que le premier (acceptation-rejet) ou le troisième (proximité de l'accouchement).

HOFFMAN et ses collaborateurs ont observé que les niveaux moyens au cours des trois trimestres de la grossesse étaient significativement plus bas que ceux des femmes non enceintes. Chez celles-ci le chiffre moyen était de 58. Sur la base de ces résultats, ils ont abouti à l'hypothèse qui voudrait que la femme enceinte soit dotée pendant la grossesse d'une sorte de protection face à des situations de stress. Ils sont tous d'avis que le chiffre diminue, quoiqu'il reste relativement élevé, une fois l'accouchement terminé.

D'autres chercheurs — et sur ce point ils sont tous d'accord — ont constaté que les niveaux baissent lorsque l'anesthésie péridurale est appliquée. Dans un cas précis, on a injecté du sérum salin par le cathéter de l'épidurale au lieu de l'anesthésique, et obtenu également une réduction, quoique moins marquée. Sans doute, dans ce cas concret, faut-il admettre un effet placebo.

Les niveaux moyens de béta-endorphine immédiatement avant une césarienne « élective » (décidée à l'avance) chez des femmes qui n'étaient pas en travail, furent significativement plus élevés que les chiffres moyens du troisième trimestre dans un groupe de contrôle.

Finalement, HOFFMAN considère que le facteur qui, pendant l'accouchement, influe sur la sécrétion et le passage ultérieur dans le sang des béta-endorphines, ce ne sont pas les contractions, mais la douleur que celles-ci peuvent provoquer. N'oublions pas que la douleur est l'un des facteurs les plus stressants.

Afin de savoir comment la mère a pu vivre, du point de vue du stress, les progrès technologiques de l'obstétrique moderne, d'une part, l'application des protocoles utilisés dans les

maternités, d'autre part, certains chercheurs ont mené l'étude suivante : 149 femmes ont répondu à une enquête réalisée dans ce sens, faisant ressortir que pour 45 d'entre elles, (soit 29 %), chez qui l'accouchement avait été provoqué, 36 % l'ont ressenti comme modérément stressant, et 40 % très stressant. De même, un pourcentage très élevé de femmes a considéré comme stressant ou très stressant : la perfusion, c'est-à-dire, l'accouchement dirigé, l'administration d'anesthésiant, l'immobilité au lit, ainsi que les naissances à l'aide de forceps ou de ventouse. Ces chercheurs insistent, finalement, sur l'importance de l'éducation préalable de la femme enceinte et les bénéfices des soins humanisés face au stress.

Dans cette même ligne de recherche, en 1985, un groupe de spécialistes de Brooklyn, dirigés par Isaac DELKE, voulut déterminer, avec un groupe de femmes qui avaient suivi un cours de psycho-prophylaxie obstétricale, quels étaient leurs niveaux de béta-endorphines par rapport à un groupe de femmes enceintes non préparées. Ils se basaient sur le fait que le taux de béta-endorphines était plus faible dans le cas d'anesthésie épidurale.

Eh bien, le résultat fut le suivant : les niveaux étaient plus bas (37,2) chez les femmes préparées que chez les non préparées (86,5).

DELKE et ses collaborateurs considèrent que l'on peut accepter l'hypothèse qui veut que ces résultats soient dus à la diminution de la peur, de la tension émotionnelle et du stress dans le groupe des femmes préparées. Ils rappellent également l'influence du stress au moment de l'accouchement sur la douleur, la durée, les risques foetaux et l'augmentation des interventions obstétricales. Ils insistent sur le fait que la réduction du stress pendant l'accouchement reste un objectif important en obstétrique. Ils font aussi référence au fait que la simple pensée d'anticipation de la douleur agit comme un élément stressant capable d'accroître le niveau de béta-endorphines, tel qu'on le détecte avant une intervention chirurgicale.

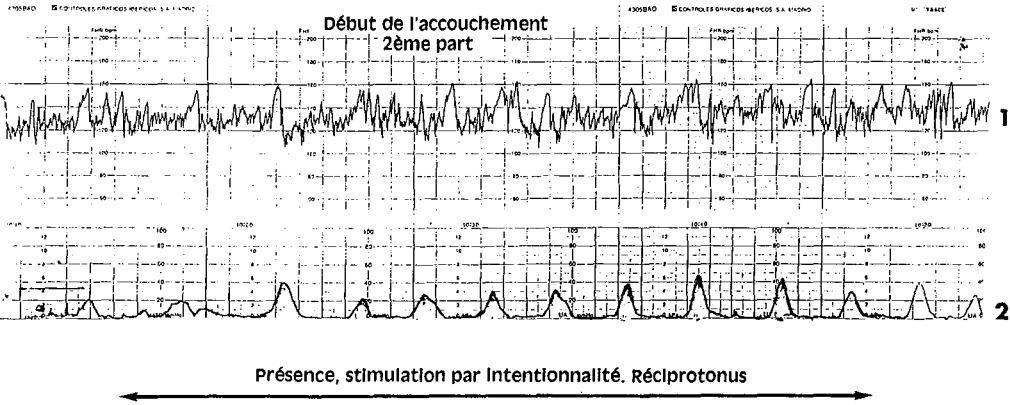
Dans un travail d'expérimentation animale sur des guenons enceintes soumise à des situations de stress, MORISHIMA a observé une réduction de la circulation placentaire. D'autres auteurs suggèrent que l'inertie utérine chez des femmes monitorisées peut être liée à la peur. Ceci, nous l'avons confirmé dans un grand nombre de cas, de même que nous avons constaté qu'« une peur profonde de mourir pendant l'accouchement » est responsable d'une grossesse prolongée.

Les béta-endorphines ont été retrouvées également dans l'hypophyse foetale, ainsi que dans le placenta et le liquide amniotique. Dans ce dernier, on n'a pas observé de différence entre les grossesses normales et les grossesses compliquées. Mais on y a remarqué une augmentation dans les cas d'accouchement prématuré et des grossesses avec un retard de croissance intra-utérine. Il ne semble pas probable que ces béta-endorphines qui se trouvent dans le liquide amniotique proviennent de la mère, puisqu'il est considéré comme un fait acquis que, à l'instar de l'ACTH, elles ne traversent pas la barrière placentaire.

Voici quelques exemples qui montrent comment l'haptonomie peut nous aider (fig. 1, 2, 3).

Fig. 1

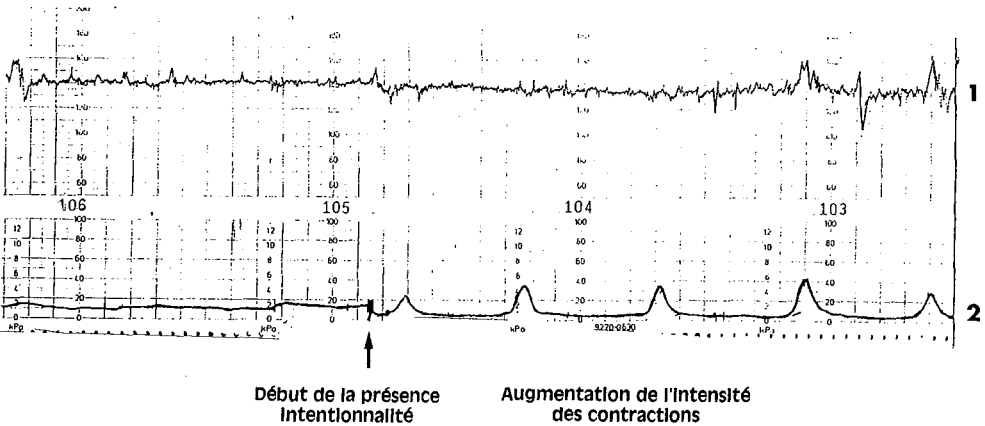
Après une phase hypotonique, les contractions reprennent
sous l'effet de la présence haptonomique



1 : rythme cardiaque de l'enfant (graphique du monitoring)
2 : contractions.

Fig. 2

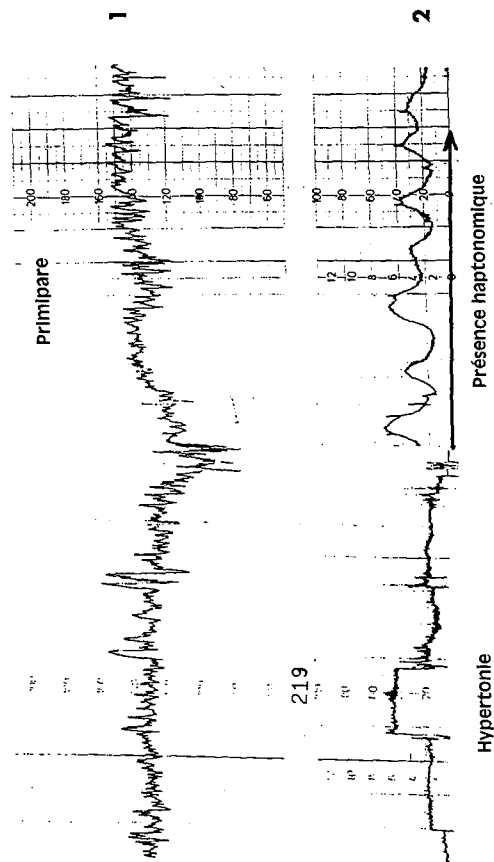
Après une phase hypotonique, les contractions reprennent
sous l'effet de la présence haptonomique



Accouchement Induit
sans réponse
césarienne antérieure
2ème part

Fig. 3

Le contact haptonomique entraîne la réapparition d'une dynamique utérine



En résumant, et pour ne pas rendre cet exposé interminable, nous dirons que :

1. Nous ne savons toujours pas exactement ce qu'est la douleur et quelle en est la signification dans de très nombreux cas.
2. La douleur est perçue à travers le prisme déformant de la subjectivité humaine. Or, ce prisme déformant, qui correspond à l'affectivité réfléchie, se manifeste différemment selon chaque individu et en fonction de sa personnalité. Une agression douloureuse considérée comme telle (c'est-à-dire en supposant qu'on puisse la mesurer et la quantifier objectivement, ce qui est impossible) donnerait lieu à des sensations très variables d'un sujet à l'autre.
3. Pendant l'accouchement, entre en jeu la personnalité de la femme à part entière.
4. L'entourage de la femme pendant l'accouchement (présence médicale, paramédicale, familiale) est un facteur décisif du niveau de stress, qui influence le comportement, la sensation douloureuse et le déroulement de l'accouchement (dystocie dynamique, inertie, durée, souffrance foetale, etc...).
5. Les chiffres de bêta-endorphines constituent pendant l'accouchement un paramètre d'une grande valeur pour connaître la situation de stress de la femme.
6. L'efficacité de l'approche haptonomique pendant l'accouchement — ce qui semble paradoxal — est plus grande avec des femmes très angoissées, ayant des chiffres très élevés de bêta-endorphines car leur captation consécutive à l'approche haptonomique a un effet analgésique en relation avec les chiffres de bêta-endorphines.
7. La préparation de la femme à sa maternité, à travers la guidance péri-natale haptonomique nous paraît la façon la plus naturelle, la plus humaine et la plus efficace.
8. Il est fondamental que l'approche soit une véritable approche haptonomique. L'affectivité et la sécurité de la présence et du toucher sont tout à fait décisives.

Alvaro AGUIRRE DE CARCER

Annexe 3

Analyse de 130 naissances accompagnées par l'haptonomie

in Prénatale haptonomique n°6 Mars 2021

Mehdi DJALALI

71

ANALYSE DE 130 NAISSANCES ACCOMPAGNÉES PAR L'HAPTONOMIE

Durant des milliers d'années, on a fait croire aux femmes qu'elles ne pouvaient accoucher qu'au prix de fortes douleurs. La douleur était une partie intégrante de la naissance, aussi il n'y avait pratiquement pas de femmes qui pouvaient témoigner d'une expérience positive de la naissance.

La médecine moderne promet depuis environ 30 ans une naissance indolore, grâce à l'emploi de puissants sédatifs de la douleur et de narcotiques. C'est ainsi que les femmes accouchent sous anesthésie péridurale, qui paralyse la moitié de leur corps, voire sous anesthésie générale.

Le nombre de césariennes et d'épisiotomies croît d'année en année dans le monde entier. Ce qui est effrayant, c'est qu'aux U.S.A., 25% des enfants naissent par césarienne. Ce qui signifie qu'aujourd'hui, une femme sur quatre ne serait pas capable de vivre une naissance normale, et cette tendance est en hausse. Ce développement s'accroît également en Allemagne où l'on trouve un taux de 20% de césariennes.

Dans de nombreux pays du tiers monde, dans lesquels la naissance était traditionnellement un événement tout à fait naturel, vécu au sein des familles, ce pourcentage de césariennes dépasse même les 50%. Et dans beaucoup d'autres pays, comme par exemple la France, l'anesthésie péridurale devient de plus en plus systématique.

Le taux de morbidité au décours d'une césarienne est significativement plus élevé (+ de 2 fois) qu'au cours d'une naissance normale.

La mortalité de la mère après une césarienne est deux à trois fois plus élevée qu'après une naissance par voie basse. En Allemagne ce pourcentage est de 0,2‰. Aux U.S.A. la mortalité maternelle liée aux complications de l'accouchement oscille de 2,2 à 10,5 pour dix mille. Concernant les césariennes, ce pourcentage est de 0,6 à 5,9 pour dix mille grossesses sans risques associés.

Ce pourcentage peut certes sembler minime, mais il signifie tout de même que d'après ces estimations, 475 000 césariennes inutiles sont pratiquées annuellement, et que 100 femmes le payent de leur vie¹.

Outre le fait que la naissance par césarienne demeure aujourd'hui encore la plus dangereuse des méthodes, il reste que dans de telles circonstances, les mères sont pratiquement empêchées de vivre positivement la naissance. Le rôle du père est réduit, par ces interventions chirurgico-techniques, à celui d'un spectateur impuissant. Malgré les efforts des médecins qui les invitent néanmoins à prendre part à la naissance, ils n'ont pas de rôle actif. Aucune place n'est réservée au vécu des sentiments affectifs des parents.

Et pourtant la façon dont les parents peuvent vivre leurs sentiments à la naissance de leur enfant influence de façon importante et durable la relation qui se développe entre eux, et avec leur enfant.

Il résulte de mes expériences qu'il n'est pas nécessaire que les femmes accouchent dans la douleur comme autrefois, ni qu'elles se laissent dérober totalement le vécu de la naissance de leur enfant. L'accompagnement haptonomique de la grossesse et de la naissance développé par Frans VELDMAN permet à la majorité des femmes de vivre les contractions sans appoint médicamenteux, de façon douce et supportable. Ainsi, le nombre des césariennes est-il réduit au strict minimum.

Les effets positifs de l'accompagnement périnatal haptonomique pour les parents et leur enfant, tant pendant la grossesse qu'après la naissance, sont tellement immenses et multiples qu'il ne m'est pas possible de parler de tous les aspects dans cet article. Cela est déjà relaté dans de nombreuses publications scientifiques et le sera bien sûr encore dans l'avenir.

Je me limite ici explicitement à l'acte obstétrical, et aux conséquences si bénéfiques de cet accompagnement sur le déroulement de la grossesse et de la naissance. Accompagnement qui offre le maximum de chances d'aboutir à une naissance normale.

Étude comparative de 130 naissances accompagnées haptonomiquement

Dans l'étude qui suit, seront examinées et comparées 130 naissances accompagnées haptonomiquement par nous, 130 naissances d'un hôpital régional dans le département fédéral de Rhénanie du Nord, Westphalie, (NRW.) durant la période du 27/07/99, au 10/09/99, en regard des pourcentages statistiques de périnatalité fournis par ce même département fédéral en 1998. Les pourcentages fournis par ces statistiques ne divergent pas de ceux des autres départements fédéraux, et sont donc représentatifs des résultats de toute l'Allemagne.

Nous comparerons en premier lieu les paramètres qui peuvent accroître l'indication d'une intervention durant le processus de naissance tels que :

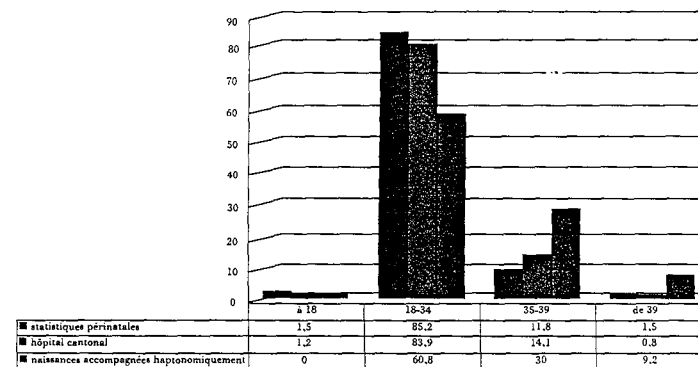
- L'âge de la parturiente.
- La parité de la mère.
- Les antécédents de césarienne ou autre intervention chirurgicale utérine.
- La position de l'enfant : tête, siège.

En second lieu nous comparerons l'incidence des recours aux médicaments ocytotiques, des médicaments antalgiques, ainsi que l'utilisation de l'anesthésie péridurale.

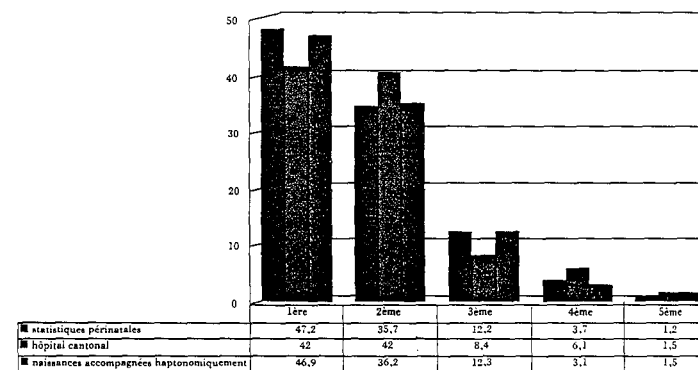
Premier tableau : âge de la mère

L'âge élevé de la mère est considéré comme un facteur de complication durant la grossesse et la naissance, et ainsi rendu responsable de l'élévation des indications opératoires à l'accouchement. Il est remarquable dans le premier graphique (figure 1) que la répartition des femmes enceintes dans la tranche d'âge des 35-39 ans est deux fois plus élevée dans mon groupe, que dans le groupe témoin (30%, dans mon groupe, 14% dans les statistiques du département périnatal, et 14,1% à l'hôpital régional).

Le pourcentage des parturientes de plus de 39 ans y est 4 à 9 fois plus élevé que celui du groupe témoin (9,2%) à 2,4% des statistiques périnatales du land NRW. et 0,8% concernant l'hôpital régional. Ceci devrait conduire, or ce n'est pas du tout le cas dans ma clientèle, à une élévation du nombre des interventions chirurgicales autour de la naissance.



Premier tableau : âge de la mère

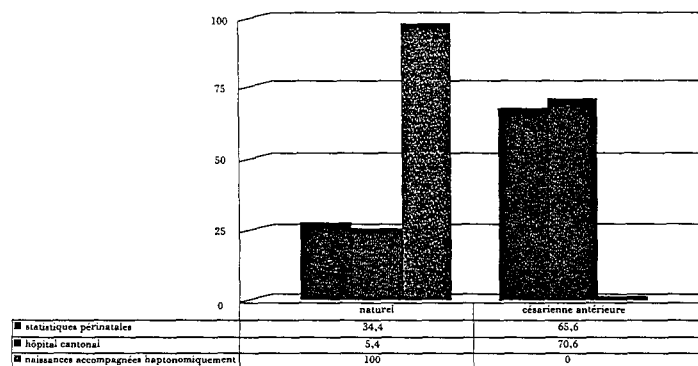


Deuxième tableau : parité de la mère

Deuxième tableau : parité de la mère

Sur ce graphique sont indiqués le nombre d'accouchements précédant cette grossesse. On ne trouve aucune différence notable entre les trois groupes. Ces chiffres confirment que la parité des mères qui accouchent chez moi correspond exactement à

la moyenne : de ce fait les conditions au départ sont les mêmes pour envisager l'apparition de complications ou la prescription de médicaments à l'accouchement.



Troisième tableau : femme enceinte après une césarienne antérieure

Troisième tableau : femme enceinte après une césarienne antérieure

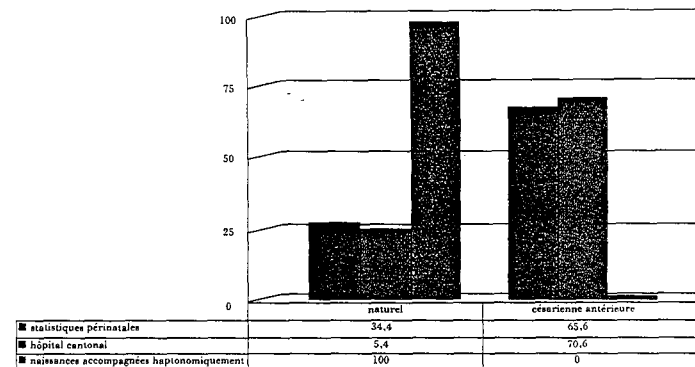
Une césarienne antérieure ou toute autre intervention utérine peut conduire à des complications lors de l'accouchement et en particulier à une nouvelle césarienne. Concernant les 130 femmes accompagnées haptonomiquement, 9 avaient auparavant subi au moins une césarienne et même une en a subi deux. Cela correspond donc à 6,9% des naissances.

Dans le groupe témoin des statistiques périnatales du Land NRW, 9,3% accouchements sont concernés, ce chiffre est de 12,8% pour le groupe hospitalier régional. C'est l'augmentation du quota de césariennes lors des premières grossesses, qui conduit automatiquement à une croissance du nombre de femmes subissant une nouvelle césarienne lors de la seconde grossesse, dans ces établissements. La plupart de ces femmes se résolvent par insécurité et angoisse à une nouvelle césarienne, et retournent ainsi dans les mêmes établissements. Seules très peu femmes font des efforts pour tenter d'aboutir à une naissance naturelle.

6,9 % des femmes ayant subi une césarienne antérieure (ces césariennes avaient été pratiquées dans d'autres maternités) ont été accompagnées haptonomiquement durant la seconde grossesse et pendant la naissance. Ces femmes sont venues me consulter lors de la deuxième voire la troisième grossesse, dans l'espoir d'une naissance par voie basse. Ces 9 femmes ont pu mettre au monde leur enfant de manière tout à fait naturelle, donc sans césarienne.

Quatrième tableau : type de naissance après une césarienne

Ce tableau montre que les femmes ayant suivi un accompagnement prénatal haptonomique ont pu vivre un accouchement normal pour le second enfant et même dans

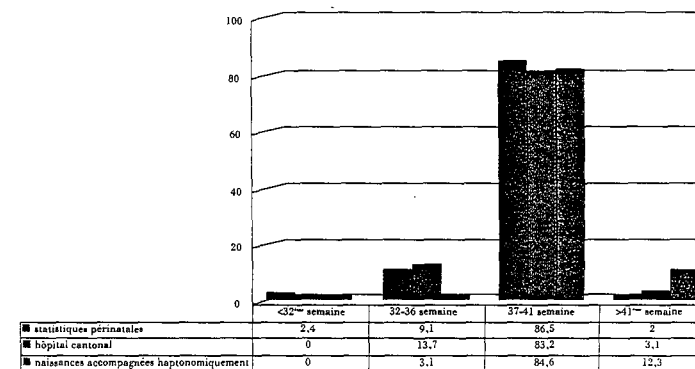


Quatrième tableau : type de naissance après une césarienne

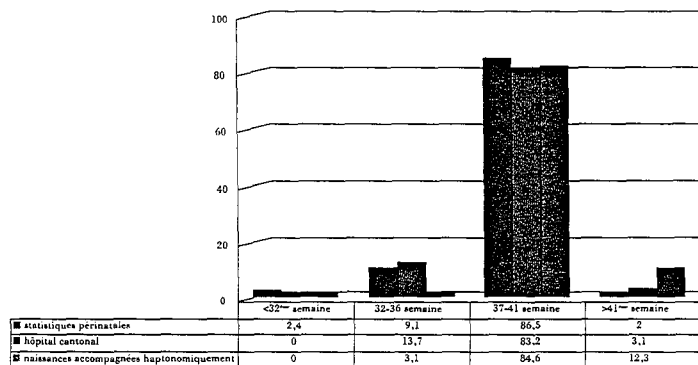
l'un des cas après deux césariennes, contrairement aux femmes du groupe témoin. Cet échantillon indique un pourcentage de 100%. A l'inverse, 24,9% seulement des femmes de l'hôpital régional et 34,4% des femmes dans les statistiques périnatales NRW. ont eu une délivrance normale au cours de la grossesse suivante.

Cinquième tableau : âge des grossesses, nombre des naissances prématurées, naissances tardives

Ce tableau met en évidence que dans ma clientèle comme à l'hôpital régional, il n'y a pas de naissances avant la 32^{ème} semaine de grossesse, en raison du fait que les naissances à un stade si précoce se font dans les hôpitaux pourvus de service de réanimation néonatale. Il y avait des naissances entre les 37 et 41 semaines donc à terme normal à l'hôpital régional pour 109 cas soit 83,2%. Dans les statistiques périnatales NRW., le pourcentage des naissances à terme normal s'élève à 86,5%. Les naissances accompagnées haptonomiquement, 110 cas, représentent un pourcentage de 84,6%.



Cinquième tableau : âge des grossesses, nombre des naissances prématurées, naissances tardives



Sixième tableau : pourcentage de grossesses en siège

Il existe une différence significative concernant le nombre des grossesses qui dépassent 41 semaines, à savoir : à l'hôpital régional quatre naissances, soit 3,1% ; dans ma clientèle 16 naissances soit 12,3%, et dans les statistiques périnatales du Land NRW. 2%.

Cette divergence importante, indiquée par le nombre et les pourcentages, est liée au fait que dans la plupart des hôpitaux, la naissance est déclenchée artificiellement au plus tard 7 jours après le terme échu et se termine d'ordinaire par une césarienne. J'ai constaté que chez les mères accompagnées haptonomiquement, selon toute probabilité, grâce à l'expérience très positive du contact psychotactile avec leur bébé, la tendance à la naissance prématurée est d'emblée réduite, car la mère voudrait bien prolonger cet état agréable. Ainsi peut-on comprendre le nombre élevé des grossesses qui se prolongent bien au-delà du terme prévu.

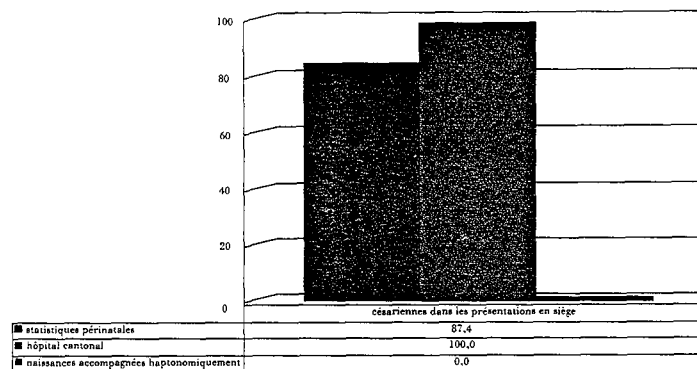
En obstétrique, le dépassement de plus d'une semaine du terme prévu est généralement considéré comme un facteur de risque et ces naissances mènent très souvent après de vains essais de déclenchement, à des naissances avec intervention vaginale, voire à des césariennes.

Sur 16 grossesses accompagnées haptonomiquement qui dépassaient largement le terme calculé, toutes sauf une, menèrent à une délivrance normale. Dans un cas (n°90) une césarienne fut nécessaire, mais le dépassement du terme ne jouait là aucun rôle, au contraire plusieurs facteurs de risques supplémentaires étaient en cause.

Sixième tableau : pourcentage de grossesses en siège

Ce tableau montre le pourcentage des grossesses avec présentation en siège. Sur ce graphique on peut noter le pourcentage élevé de présentation en siège dans ma clientèle (13 grossesses, soit 10%). En comparaison, à l'hôpital régional, ce taux est de 5,4% et dans les statistiques de la périnatalité du Land NRW. de 4,9%. Ce nombre significativement plus élevé de 10% provient du fait que beaucoup de femmes ayant une grossesse avec la complication que représente une présentation en siège sont venues vers moi dans l'espoir d'une naissance normale. A l'observation de ce graphique on devrait conclure que le nombre réellement élevé de grossesses en siège devrait en toute

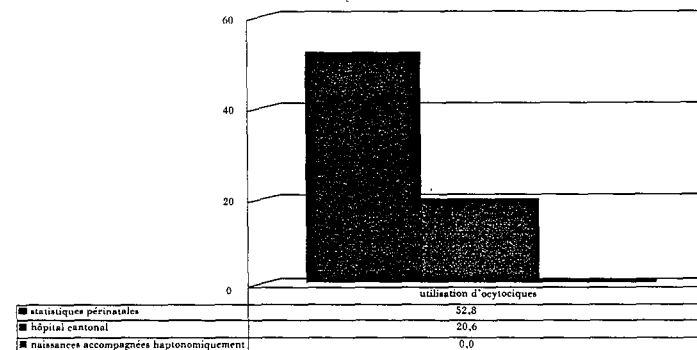
logique conduire à un pourcentage plus élevé de césariennes. Il est visible dans le graphique suivant que ce n'est pas le cas.



Septième tableau : quota de césariennes dans les présentations de siège

Septième tableau : quota de césariennes dans les présentations de siège

Ce tableau révèle une différence radicale entre les différents groupes comparés. Déjà le pourcentage de 87,4% Dans les statistiques périnatales du Land NRW. est à mon avis d'une importance absolument injustifiée. Par contre, me paraît totalement inacceptable le pourcentage de césariennes de 100% à l'hôpital régional. Au contraire, dans les 13 présentations en siège, parmi lesquelles 3 par les pieds, chez 9 primipares et 4 secondipares, les naissances se sont déroulées spontanément par l'accompagnement haptonomique. En plus d'autres critères, la préparation et l'accompagnement périnatal haptonomique rendent la plupart du temps possible une naissance en siège par voie basse.

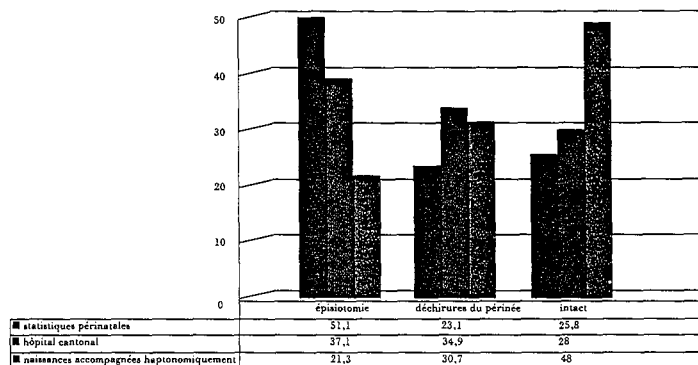


Huitième Tableau : utilisation d'ocytociques pendant la naissance et pour déclencher l'accouchement

Huitième Tableau : utilisation d'ocytociques pendant la naissance et pour déclencher l'accouchement

Sur ce graphique, il apparaît que dans la moitié des naissances en Allemagne (50,3% de la statistique périnatale du Land NRW. est représentative pour toute l'Allemagne) il est décidé : soit de déclencher l'accouchement, soit d'employer des ocytociques. Cela laisse entendre que la moitié des femmes enceintes en Allemagne n'ont pas de contractions suffisantes pour leur permettre de mener un accouchement naturel. Le faible pourcentage de déclenchements relevé en milieu hospitalier comparé au nombre fourni par les statistiques périnatales du Land NRW : 20,6% contre 50,3% résulte du fait qu'il y a davantage de césariennes à l'hôpital régional que dans la moyenne des hôpitaux fournie par les statistiques du Land NRW.

Dans mon groupe de 130 naissances, il n'y a eu aucun emploi d'ocytociques, non plus que de médicaments diminuant les contractions.

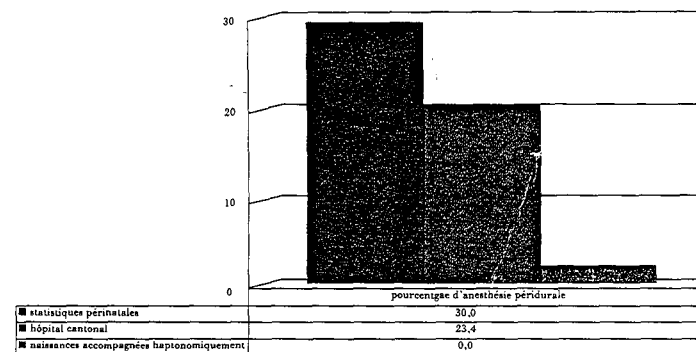


Neuvième tableau : lésions pendant l'accouchement, épisiotomie, déchirures du périnée

Neuvième tableau : lésions pendant l'accouchement, épisiotomie, déchirures du périnée

Ce graphique montre qu'en Allemagne, en moyenne, un accouchement sur deux est accompagné d'une épisiotomie. Dans 23,1 % des naissances, apparaît une petite ou grosse lésion du périnée et de la sphère vaginale nécessitant ensuite une suture. Dans seulement 25,8% des accouchements, le périnée reste intact. A l'hôpital régional, on trouve 37,1% d'épisiotomies, et 34,9% de déchirures du périnée. 28% des femmes seulement s'en sortent indemnes.

Dans tous les cas d'accompagnement périnatal haptonomique, près de la moitié des femmes (48 %) n'ont eu aucune lésion ; dans 27 cas (soit 21,3%) une épisiotomie a été pratiquée et dans ce groupe 13 des 27 épisiotomies étaient rendues nécessaires par une naissance en siège par voie basse.

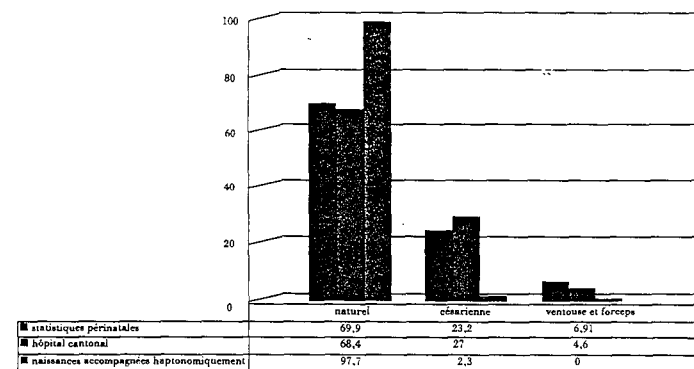


Dixième Tableau : pourcentage d'anesthésie péridurale

L'épisiotomie, dans la présentation finale en siège, est, du point de vue médico légal, une indication absolue. Le pourcentage élevé d'épisiotomies dans les groupes de comparaison est apparu presque exclusivement dans les naissances en présentation céphalique. Il est clair que dans les présentations céphaliques de naissances accompagnées haptonomiquement d'une façon optimale, il n'a été nécessaire de pratiquer une épisiotomie que pour 11% des femmes.

Dixième Tableau : pourcentage d'anesthésie péridurale

De ce graphique, il ressort que 28,1% des accouchements ont lieu sous péridurale dans toute l'Allemagne, dont 19,8% à l'hôpital régional. Pour les 130 naissances accompagnées haptonomiquement par moi-même, il a pu être totalement renoncé à l'anesthésie péridurale.



Onzième tableau : modalités de la naissance : naturelle, césarienne, épisiotomie

Onzième tableau : modalités de la naissance : naturelle, césarienne, épisiotomie

Ce dernier graphique compare les trois groupes étudiés en fonction de la modalité de la naissance. Le pourcentage des naissances naturelles diffère à peine entre l'hôpital régional et les statistiques du Land NRW : respectivement 72,4%, et 71,4%. Le nombre des naissances accompagnées haptonomiquement se distingue nettement avec un pourcentage de 97,7%.

Le quota le plus élevé de césariennes est celui du groupe hospitalier régional avec 27%, suivi par le pourcentage des statistiques périnatales du Land NRW. avec 20,4%. Lors des naissances accompagnées haptonomiquement, ce chiffre tombe à 2,3% seulement (Soit 3 sur 130). L'usage d'une ventouse ou de forceps n'a été nécessaire dans aucun des accouchements que j'ai accompagnés haptonomiquement. Le pourcentage annoncé par les statistiques de la périnatalité en NRW. est de 7,2%. A l'hôpital régional 1,6% des accouchements s'est terminé avec l'aide d'une ventouse. Ce pourcentage relativement bas comparé au pourcentage des statistiques périnatales en NRW. tient au fait que dans cet hôpital régional, comme je l'ai déjà mentionné, le pourcentage de césariennes est plus élevé que la moyenne.

J'ai effectué moi-même, dans tous les cas l'accompagnement haptonomique de la naissance. En moyenne 7 séances d'accompagnement haptonomique furent pratiquées. La première séance a eu lieu avant la 24^{ème} semaine de grossesse. La majorité des naissances (110 cas) a eu lieu dans les lits d'une clinique privée, les 20 restantes ont eu lieu à domicile. 128 femmes furent accompagnées de façon haptonomique durant la grossesse et l'accouchement, par leur partenaire, une par sa sœur, une autre par une amie.

Le changement décisif qu'apporte l'accompagnement pré et périnatal haptonomique, est d'après mes observations, et ainsi décrit par Frans VELDMAN, que les sentiments maternels s'établissent déjà très tôt par le contact psychotactile entre la mère et l'enfant. Ces sentiments se renforcent au cours de la grossesse, au point que la mère, dès la naissance achevée, dispose d'une faculté de relation naturelle, rassurante avec son enfant ; Cette faculté inspire confiance à l'enfant et le sécurise. De la même façon se développe précocement une sollicitude pleine d'amour pour son enfant.

Le développement de ces sentiments est une condition sine qua non pour que la mère soit capable, après la naissance, de vivre avec son enfant une proximité intime peau à peau.

Cette capacité est la base d'un allaitement intense de longue durée. Car le problème principal de l'allaitement est l'incapacité de la mère à transmettre cette proximité affective à l'enfant. Malheureusement lorsqu'il y a des problèmes d'allaitement, on ne recherche pas ces facteurs mentionnés, fondamentaux, mais on rend responsables des différences individuelles du sein maternel, comme sa taille ou la nature et la qualité du mamelon.

Un second bénéfice important de l'accompagnement haptonomique de la naissance, - c'est toujours fascinant à observer -, est l'augmentation de la tolérance à la douleur, qui peut avoir comme conséquence la réduction de l'usage des antalgiques de 100% ! Cette tolérance à la douleur résulte principalement du contact psychotactile établi entre la mère et l'enfant.

D'après mes observations chez les couples bien préparés, le seul contact psychotactile entre la mère et l'enfant réduit déjà de 40 à 50% la douleur des contractions, surtout dans la phase initiale de l'accouchement. Le contact psychotactile du partenaire pendant la naissance permet de diminuer les 40 à 50% restants, notamment pendant la période de dilatation. Lorsque le couple n'arrive pas à réduire la douleur pendant les contractions, à les rendre supportables, ce qui est souvent le cas dans la phase d'expulsion ou lors de la sortie proprement dite du bébé, la sage femme qui a eu une formation haptonomique ou l'hapto-obstétricien, a la possibilité, par sa présence et son contact psychotactile, de favoriser la réduction de la douleur de l'accouchée de façon optimale.

Presque toutes les femmes ainsi accompagnées racontent qu'elles ont vécu la naissance comme un "travail laborieux", mais que ce n'était pas douloureux.

Pour les femmes non accompagnées haptonomiquement, l'enfant n'existe malheureusement que dans l'imaginaire au travers de la représentation mentale de la mère. L'enfant n'existe pas dans toute sa dimension. Ce n'est qu'après la naissance que la mère découvre, comme dans un chou, son enfant dans son intégralité, car alors seulement il devient pour elle réel, saisissable. C'est alors seulement qu'elle commence à en porter et accepter la responsabilité. C'est pourquoi ces mères vivent au début une plus grande insécurité dans le rapport avec leur enfant, et sont moins sûres d'elles, moins à l'aise, et connaissent souvent plus de problèmes d'allaitement.

Résumé

De cet article, il ressort que les couples qui ont pratiqué l'accompagnement pré et périnatal haptonomique (outre de nombreux avantages décrits par Frans VELDMAN, concernant le développement des sentiments affectifs entre le père, la mère et l'enfant) tirent également bénéfice du déroulement purement médical obstétrical, quel que soit le mode d'accouchement appliqué à ce moment. La façon dont se passe la naissance, et le vécu qu'en ont les parents, revêt une importance énorme pour le développement de la relation affective mentionnée (entre les parents et leur enfant), ce dont témoignent leurs nombreux récits.

Remarquable dans cette étude de parents accompagnés haptonomiquement, est le pourcentage plus élevé de femmes âgées. En outre, il y a davantage de naissances en présentation de siège comparées avec l'hôpital régional et les statistiques de la périnatalité en NRW. Tous ces facteurs auraient dû conduire à un pourcentage de césariennes plus élevé, alors qu'il a été possible de ramener ce pourcentage à un minimum de 2,3%. Il en est de même pour le pourcentage d'épisiotomies et déchirures du périnée et du vagin, qui est considérablement diminué en comparaison avec les autres groupes. Il a été possible de renoncer totalement à l'usage de l'anesthésie péridurale, et autres antalgiques, ainsi qu'aux ocytociques et aux médicaments qui déclenchent ou soutiennent la contraction. Pour atteindre ces résultats il a été important que les couples en plus de l'accompagnement périnatal haptonomique aient été accompagnés durant toute la grossesse et la naissance, par la même équipe. L'accompagnement haptonomique peut souvent prendre beaucoup de temps à l'accoucheur, mais compte tenu des avantages et de l'importance des effets de l'haptonomie, c'est un investissement tout à fait précieux. Cet article veut témoigner de l'apport capital de l'haptonomie et de ses effets dans la pratique de l'obstétrique quotidienne, et inciter les sages femmes et accoucheurs à s'intéresser à l'haptonomie.

Annexe 4

Apport de l'hapto-obstétrique dans l'accouchement dystocique

in Présence haptonomique n°5 avril 99

Patrick STORA

53

APPORT DE L'HAPTO-OBSTÉTRIQUE
DANS L'ACCOUCHEMENT DYSTOCIQUE*A propos de six cas cliniques***Introduction**

L'hapto-obstétrique est une application spécifique de la *Science haptonomique*, dans le domaine de la *périnatalité*, pendant la naissance de l'enfant.

Définie comme "*Science de l'Affectivité*", l'haptonomie a été développée depuis une cinquantaine d'années par Frans VELDMAN, son fondateur. Elle ouvre à une façon d'être-au-monde qui favorise la disposition libre des *facultés affectives* spécifiquement *humaines*. Facultés innées en germe chez chacun, mais qui exigent une *confirmation* principale de l'être. Par le *sentiment de sécurité* qu'elle instaure, l'haptonomie fait appel aux facultés vitales de survie, inhérentes à l'instinct de conservation, et par conséquent au *désir de vivre*.

Le contact tactile très spécifique de l'haptonomie - dit : *psycho-tactile* - (qui n'est en aucun cas réductible à un "toucher" !) sollicite, par l'accompagnement prénatal haptonomique, "*l'intentionnalité vitale*" de l'enfant.

L'hapto-obstétrique, bien que mettant en œuvre une "*méthodologie*" bien précise, ne représente en aucun cas une "technique" ou une "méthode" d'accouchement.

En effet, bien que facilitant aussi bien le vécu de la grossesse et de l'accouchement, et favorisant une naissance naturelle, elle prend tout son sens et sa signification par l'actualisation des facultés affectives. Ceci, dans un enrichissement et un approfondissement de la relation affective entre l'enfant, la mère et le père. Pour cette raison, elle s'inscrit logiquement dans la ligne de *l'accompagnement pré-, péri- et postnatal haptonomique des parents et de leur enfant*.

Cet accompagnement, qu'il est souhaitable de commencer dès le début de la grossesse - ou, au plus tard, avant la fin du 6ème mois - est progressif et adapté aux phases de développement du bébé dans le giron de la mère. Les parents découvrent, au fur et à mesure, comment mettre en œuvre le contact *psychotactile affectivo-confirmant haptonomique* - plein de tendresse et d'amour - et échanger des rapports interactifs avec leur enfant. Ainsi se crée une relation affective qui donne à l'enfant, déjà tôt avant sa naissance, des sentiments et des vécus d'individualité et de sécurité, essentiels pour son épanouissement-de-soi harmonieux.

Auteur de cet article, et formé à cette approche haptonomique, tant dans le domaine de *l'accompagnement pré- et postnatal* que dans celui de *l'hapto-obstétrique*, je souhaite témoigner ici de cas de naissances, où l'hapto-obstétrique s'est avérée d'un grand intérêt dans des *situations d'urgence*, avec *dystocie*, laquelle aurait dû conduire conséquemment à une césarienne. Bien que, normalement, la mise en œuvre de l'hapto-obstétrique pendant l'accouchement soit précédée par l'accompagnement haptonomique prénatal, les cas présentés dans cette étude relèvent de situations d'exception. Ils ont la particularité de sortir du contexte habituel d'une naissance dans les conditions hapto-obstétricales, laquelle fait habituellement suite

à un accompagnement haptonomique prénatal. En effet il faut remarquer que dans aucun des 6 cas présentés, il n'a été question de cet accompagnement ! Les séances, réalisées *en urgence*, ont néanmoins également consisté en un contact affectif haptonomique avec l'enfant dans le giron maternel. Ce contact lui permet, par l'invitation tactile haptonomique, de se sortir de situations embarrassantes, comme une position de siège, ou tout autre cas de dystocie. Comme le montre cette étude, l'enfant peut alors descendre de manière active dans la filière maternelle et naître par les voies naturelles. Ainsi, l'*hapto-obstétrique* montre son utilité et sa valeur dans les cas aigus, d'urgence pressante.

Présentation de six cas de dystocie.

Cette présentation porte sur 6 cas, rapportés sur une période comptant 215 accouchements, réalisés dans une maternité publique de niveau 2 en Bretagne. Elle se propose d'étudier l'influence importante de l'hapto-obstétrique en situation d'échec de la dilatation du col et d'engagement de l'enfant dans le bassin maternel, et son retentissement sur le déroulement de l'accouchement par voie basse.

Le lieu et les moyens.

Il s'agit d'une maternité publique, réalisant environ 900 accouchements annuels, comprenant 2 médecins-gynéco-obstétriciens à temps plein et un médecin à mi-temps. Une sage-femme de garde en salle-de-travail assure une permanence de 24 heures.¹

Je rappelle que, comme dans toute maternité de ce type, les accouchements *euto-ciques* sont réalisés par les *sages-femmes* ; les *médecins* ne sont appelés qu'en cas de *problème* ou de *dystocie*.

Le suivi des grossesses est réalisé :

- soit par le médecin-généraliste traitant (MT), et dans ce cas, seules les deux dernières visites du 8ème et 9ème mois, ainsi que les 3 échographies obligatoires sont pratiquées par le gynéco-obstétricien (GO).

- soit par un gynécologue-médical (GM) en libéral ; les deux dernières visites sont alors elles aussi pratiquées par le GO de l'hôpital.

- dans un dernier cas de figure, encore plus rare, c'est l'un des GO de l'établissement qui assure en totalité le suivi de la grossesse. (L'idéal serait qu'un GO, en ce cas, soit formé en accompagnement haptonomique prénatal et en hapto-obstétrique).

Dans cette étude - comme déjà mentionné - aucune des femmes ne connaissait au préalable ni l'*haptonomie*, ni le *médecin* ayant, dans l'*urgence*, pratiqué la séance hapto-obstétricale.

L'intervention haptonomique est donc réalisée, *en urgence*, par le GO formé, après appel de la sage-femme de garde, en raison d'une situation bloquée, de dilatation stagnante et de présentation haute. La séance haptonomique est brève, *moins de 10 minutes* : sa valeur est dans sa qualité de *rencontre affective*.

Le GO prend un contact haptonomique *psychotactile affectivo-confirmant* avec la mère, et, au delà dans son giron, avec son enfant. Il invite la mère à ce même contact de l'extérieur par ses mains et de l'intérieur dans un sentiment affectif de tendresse, vis-à-vis de son enfant. Il propose ensuite à la mère d'inviter son enfant, par ce contact, à se placer affectivement "sur son cœur" (i.e. : en haut vers le cœur maternel).

Cette *invitation affective* - acte spécifique haptonomique, qui ne peut être autre qu'authentique dans l'intentionnalité de la mère - reçoit une "réponse" de la part de l'enfant, qui se libère du bassin de sa mère (petit bassin où il était enclavé).

Puis l'enfant est invité, bien accompagné par sa mère et guidé haptonomiquement par le GO, à gagner la région périnéale, où le diaphragme pelvien - détendu et plein d'une *tendresse accueillante* - favorise son engagement. Ayant un espace de mouvements, l'enfant peut ainsi mieux s'orienter et se fléchir, s'engager et solliciter la dilatation du col maternel.

Dans cette rencontre, l'enfant n'est plus un "*mobile*", voire un "*projectile*" et la mère une "*filière*". L'enfant descend de *manière active et participante* dans le sens des *invitations affectives guidantes* qui lui sont faites.

Quelque temps après l'accouchement, le dossier obstétrical a été complété par une petite enquête - limitée à deux questions - auprès des mamans et conformément à leur vœu.

Enquête :

1. - Voulez-vous raconter votre vécu lors de la naissance de votre enfant, et, si des difficultés sont survenues lors de votre accouchement, comment, selon vous, ont-elles été résolues ?
2. - Quelles sont vos impressions positives et négatives vis-à-vis de l'accouchement, et plus particulièrement dans le domaine du vécu affectif de la relation avec votre enfant ?

Les résultats de cette enquête sont présentés dans la *conclusion* à la fin de cet article sous B : "d'un point de vue relationnel et affectif".

Les Parturientes

Les 6 dossiers d'accouchement, qui sont présentés ci-après, sont constitués de :

- 5 primipares et 1 deuxième-pare.
- l'âge maternel s'échelonne entre 22 et 33 ans.
- seule une femme (cas n° 2) a subi une préparation classique, dite psycho-prophylactique, à l'accouchement.
- les milieux socioprofessionnels sont divers.

Ces 6 cas présentent tous une stagnation de la dilatation en rapport avec une présentation qui ne sollicite pas le col et pour lesquels, sur cet échec, le médecin (GO) appelé par la sage-femme conclut qu'une séance hapto-obstétrique peut débloquer la situation.

Seuls ces 6 cas ont bénéficié d'une telle intervention, les autres cas de dystocie n'ayant pas été jugés comme pouvant en bénéficier car n'étant pas a priori liés à un problème d'accommodation materno-foetale.

1. Etablissement dans lequel, en tant que gynéco-obstétricien, j'ai exercé à titre de remplaçant contractuel pour une période de 8 mois.

Cas N° 1. : Madame S.D., 26 ans, vétérinaire, *primipare* ;

Suivi de la grossesse par GM et GO, sans particularité, hormis :

- une amniocentèse à 20 SA pour triple test à 1/244,
- une suspicion de macrosomie à 33 SA.

Accouchement à 39,5 SA, déclenché pour rupture prématurée des membranes (RPM) et sous APD.

Naissance d'un garçon de 3790 g, Apgar 10, BIP 98.

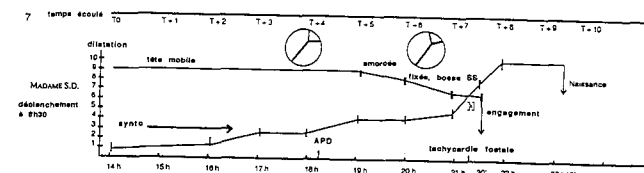
Durée du travail : 9h30 ; ouverture de l'œuf : 19h ; liquide amniotique clair, (LAC).

Stagnation de la dilatation à 5 cm. : 2h30. *Tête non engagée*, amorcée, mais bien fléchie ;

Bosse séro-sanguine présente, pas de modifications du rythme cardiaque fœtal (RCF) ;

Après séance haptonomique : dilatation complète et engagement en 30 mn.

Support actif par la mère (SAM) = efforts expulsifs : 40 mn. // Episiotomie.



Courbe d'accouchement, Partogramme.

H = intervention haptonomique du GO.

Cas N° 2. : Madame D.B., 22 ans, étudiante, *primipare* ;

Suivi de grossesse par MT et GO, sans particularité.

Accouchement dirigé à 37,5 SA, sous APD.

Naissance d'un garçon de 3800 g, Apgar 10, BIP 98.

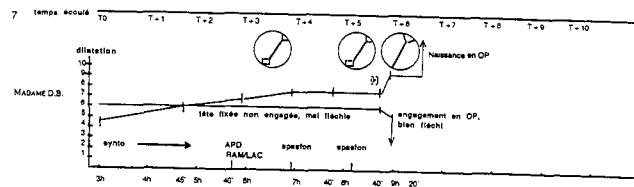
Durée du travail : 8h30, ouverture de l'œuf : 6h. LAC.

Stagnation de la dilatation à 8 cm. : 1h40, sur présentation en *bregma*, non engagée, fixée ;

Pas de modifications du RCF.

Après séance haptonomique : dilatation complète et engagement-flexion en 5 mn.

SAM ; efforts expulsifs : 25 mn. // Episiotomie.



Partogramme

Cas N° 3. : Madame J.M., 33 ans, laborantine, *primipare*.

Suivi de la grossesse par MT et GO, sans particularité.

Accouchement dirigé à 40,5 SA et sous APD ; forceps de Tarnier pour efforts expulsifs inefficaces.

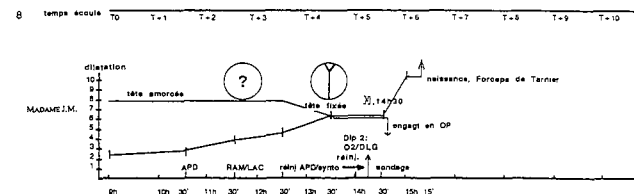
Naissance d'un garçon de 3600 g. Apgar 9 à 1 mn., 10 à 3 mn., BIP 96.

Durée du travail : 15h., ouverture de l'œuf : 3h45 ; LAC.

Stagnation de dilatation à 7 cm. : 1h40, avec un col qui s'épaissit, sur présentation bien fléchie, mais non-engagée.

Séance haptonomique devant le non-dégagement et la présence de bradycardie fœtale (Dip de type 2) : Après la séance dilatation complète, engagement en 20 mn, et récupération du RCF.

SAM ; efforts expulsifs : 25 mn. // Episiotomie et pose de forceps de Tarnier au détroit moyen.



Partogramme

Cas N° 4. : Madame B.R., 31 ans, ouvrière, *primipare*.

Suivi de grossesse par GM, puis GO, sans particularité, bon pronostic selon visite du 9ème mois, (tête plongeante).

Accouchement spontané à 39 SA, dirigé en fin de travail par perfusion de *syntocinon*, pas d'APD.

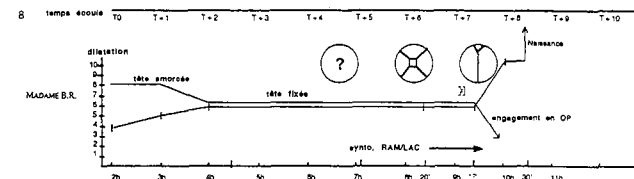
Naissance d'une fille de 3360 g. ; Apgar 10, BIP 98.

Durée du travail : 10h, ouverture de l'œuf 3h30, LAC.

Stagnation de la dilatation à 6 cm. : 5h20, avec *tête non-engagée en bregma*, sans anomalie du RCF.

Après séance haptonomique : dilatation en 5 mn., avec engagement en flexion de la tête fœtale.

SAM ; efforts expulsifs : 20 mn. ; déchirure superficielle vulvaire



Partogramme

Cas N° 5. : Madame C.D., 31 ans, Préparatrice en pharmacie, *deuxième-pare*.
(Déclenchée lors de sa première grossesse pour terme dépassé, naissance d'un garçon de 3750 g.).

Suivi de la grossesse par GO, sans particularité, bon pronostic de l'accouchement, émis à 37,5 SA.

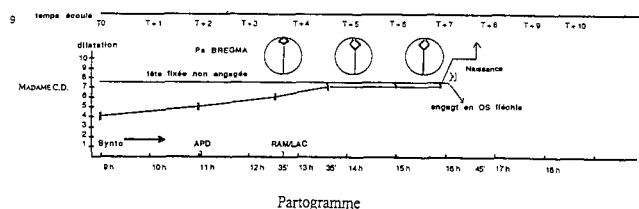
Accouchement dirigé à 41 SA+1 jour, sous APD.

Naissance d'un garçon de 3450 g. ; Apgar 10, BIP 95.

Durée du travail : 13h30 ; stagnation de la dilatation à 7 cm. ; 2h25, tête fixée, non-engagée, en bregma et variété postérieure ; sans altération du RCF.

Séance haptonomique, suivie de l'engagement, flexion de la tête sans rotation en dilatation complète en 15 mn.

SAM ; efforts expulsifs : 20 mn. // Episiotomie.



Cas N° 6. : Madame R.B., 26 ans, Employée de bureau, *primipare* ;

Suivi de la grossesse par MT, puis GO, sans particularité.

Accouchement dirigé à 39,5 SA, sous APD.

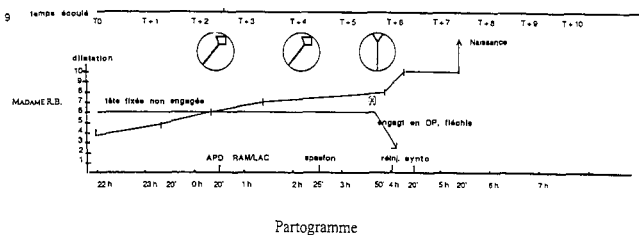
Naissance d'une fille de 2590 g. ; Apgar 10, BIP 95.

Durée du travail : 9h30, ouverture de l'œuf : 4h, LAC.

Pas de stagnation de la dilatation ; mais non-engagement de l'enfant en bregma, variété postérieure.

Séance haptonomique (suivie de ré-injection péridurale).

Après séance : Engagement, flexion, rotation de la tête, et dilatation complète en 40 mn. SAM ; efforts expulsifs : 20 mn. // périnée intact.



Conclusion

1 - d'un point de vue obstétrical

Cinq cas de cette étude présentent une stagnation de la dilatation cervicale d'au moins 100 mn, avec un maximum de 320 mn. ; tous font état d'un défaut d'engagement du "mobile fœtal", que le crâne soit bien ou mal fléchi. (quatre enfants se présentaient en bregma).

La dilatation cervicale est obtenue en 10 minutes en moyenne, sur des cols dont la dilatation a stagné vers 6 à 8 cm. (stagnations assez longues, puisque allant jusqu'à 5h20 minutes). Aucune radiographie de bassin n'a été réalisée, et nous supposons donc qu'aucun obstacle mécanique osseux n'existait.

Aucune souffrance fœtale n'est à déplorer. Au contraire, dans le cas N° 3, une amélioration du RCF a pu être enregistrée par "libération" de la tête fœtale du bassin maternel.

Tous les bébés, après la séance haptonomique, fléchissent leur tête et effectuent leur descente en quelques minutes ! Tous les accouchements se font en variété antérieure, seul un enfant n'a pas effectué de rotation et naquit en occipito-sacrée.

Ces situations ont évité une extraction par voie haute. Celle-ci aurait été licite puisque tous les moyens médicamenteux et positionnels classiques avaient été tentés sans succès. Ces moyens sont, outre l'APD :

- ocytotiques pour diriger ou renforcer les contractions utérines ;
- antispasmodiques cervicaux type Spasfon (R) ;
- mise en position assise de la mère,
- sondage vésical.

On pourrait se demander, comme le font beaucoup de praticiens, si le col n'aurait pas fini par "lâcher" avec de la patience et du temps, c'est-à-dire attendre que la dilatation cervicale cède et cela tant qu'aucune souffrance fœtale ne survient. Si cette attitude aboutit parfois à un accouchement par voie basse, c'est toujours dans un délai plus long que celui observé dans notre étude.

2 - d'un point de vue relationnel et affectif

J'ai souhaité ne pas faire de commentaire (qui deviendrait objectivant) des vécus des mamans - ils parlent d'eux-mêmes. J'ai aussi tenu à respecter les témoignages dans leur intégralité, dans leur expression et dans leur vocabulaire.

Je me limiterai seulement à exprimer mon étonnement de voir à quel point le récit des femmes révèle l'intérêt, voire la surprise qu'elles ont eu vis-à-vis de la séance haptobstétricale. Elles disent clairement avoir eu conscience de son influence décisive sur l'issue de l'accouchement et sur l'établissement ou le rétablissement de la relation avec leur enfant.

N° 1 : Madame S.D.

"Même si l'attente a été longue et que la césarienne a été évitée de justesse, à mon grand soulagement, j'ai un bon souvenir de mon accouchement dans son ensemble ; tout s'est bien passé dans une très bonne ambiance.

C'est un moment unique et inoubliable.

L'enfant ne s'était pas placé dans l'alignement et n'appuyait donc pas sur le col. Après des mouvements d'haptonomie (communication avec le bébé, position des mains, mouvements des jambes) l'enfant était remis en place et l'accouchement à proprement parler a pu débuter.

Cette "communication" avec le bébé durant la séance d'haptonomie m'a paru très étrange mais en fin de compte positive, comme une impression de relation avec le bébé avant qu'il ne vienne au monde, ce qui ne m'était pas du tout naturel durant ma grossesse (Certaines femmes parlent avec leur "bébé", moi pas.)".

N° 2 : *Madame D.B.*

"Avec trois semaines d'avance, je suis arrivée à la maternité dans la nuit du 25 au 26 mars 1998. Le travail était bien avancé (7 cm) j'ai tout de même désiré une péridurale, plus dans la perspective d'un éventuel problème que par souci de souffrance. En effet, avant la péridurale, les contractions étaient très supportables et je me trouvais très détendue. Puis la dilatation s'est ralentie, la péridurale me permit alors d'attendre tout en me reposant comme je ne l'avais pas fait depuis longtemps. Ayant été prévue pour un temps plus court, l'anesthésie perdit tout effet une heure avant que je commence à pousser. Après deux heures de quiétude, cette vague de douleur est des plus surprenantes.

Mais dans l'ensemble, tout se passait extrêmement bien et dans la bonne humeur. La dilatation achevée, mon petit bonhomme ne semblait pas décidé à sortir, (lui qui même quand j'étais sous calmant continuait à me faire part de sa présence par de nombreux petits coups). Initialement bien placé, il semblait buter à présent, la sage-femme profita du passage du Dr STORA pour lui demander conseil. C'est là que je découvris cette approche de l'enfant qui m'étais totalement inconnue.

Le simple fait d'entendre une voix calme me dire de poser mes mains sur mon ventre et de ne faire qu'un avec mon enfant m'a surpris et à la fois paru si naturel et beau. En ces moments de douleur il m'a semblé que j'avais oublié l'essentiel, le lien merveilleux et intense d'une maman pour l'enfant qu'elle met au monde.

Le geste semble m'apaiser, et j'ai réellement l'impression, que l'enfant aussi. Puis le médecin effectua avec l'aide de la sage-femme une manipulation sur mes jambes, geste totalement indolore.

Mon corps et mon esprit semblaient calmés, relaxés, comme si j'avais pris une grande bouffée d'air frais.

Les contractions semblaient même moins douloureuses même si elles étaient toujours aussi intenses. Le geste avait le plus simplement du monde débloqué la situation. La manipulation est arrivée à point nommé et la fin de l'accouchement se passa sans problème. Après 20 minutes, j'avais accouché d'un beau garçon de 3800 g. Et pour me combler de joie, la sage-femme, après avoir extrait la partie supérieure de l'enfant, pris mes mains pour les mettre sur les épaules de mon fils. Je pu ainsi tirer mon fils, d'un côté je tenais dans mes mains cet être fragile, de l'autre je sentais ses derniers coups de pieds dans mon ventre. C'est moi qui ait complètement sorti mon fils. Ce geste restera pour moi plein de signification.

La "magie" fut complète, je n'ai rien à redire, l'équipe fut formidable et je garde de ce moment un très bon souvenir.

De plus, dans la perspective d'une prochaine grossesse, j'aimerais en savoir plus sur l'haptonomie dont les quelques signes que j'ai pu voir m'ont conquise".

N° 3 : *Madame J.M.*

"Avec autant d'injections de péridurale, je pensais que quelque chose ne tournait pas rond. La sage-femme me rassurait, et à la fin, j'ai appris que mon bébé supportait mal les

contractions et on m'a fait respirer de l'oxygène. Puis le docteur est venu me proposer une manœuvre douce pour le bébé pour essayer de le dégager de mon bassin. Bien qu'ayant très peur à la fois pour mon enfant et d'avoir mal, j'ai mis les mains avec celles du docteur et celles de mon mari et le bébé a répondu, il a pu se libérer et descendre.

Bien qu'un peu angoissant, j'ai perçu que mon accouchement a été bien mené et cela a été très positif, surtout pour le bébé, je pense. D'ailleurs j'appréhende maintenant mon enfant comme une vraie personne puisqu'il participait lui aussi à cet intense moment".

N° 4 : *Madame B.R.*

"J'ai vécu beaucoup de gentillesse de la part de toute l'équipe soignante et, malgré la longueur de mon accouchement, je n'ai pas eu peur. Je ne voulais pas de péridurale. Quand la sage-femme a appelé le médecin, j'ai cru qu'ils voulaient me faire quelque chose, mais il m'a seulement proposé d'aider Lucille à descendre, car pour lui, c'est pour cela que le travail n'avancait pas. La manœuvre a été douce.

Il a suffi de quelques secondes pour sentir ma fille se mettre à bouger et j'ai été soulagée lors de sa descente car elle me comprimait l'estomac.

C'est drôle comme elle a mis peu de temps à naître ensuite".

N° 5 : *Madame C.D.*

- 9h00 Entrée en maternité, la sage-femme examine et constate une dilatation à 2 cm.

- 10h00 Dilatation à 3 cm et elle me propose de passer en salle d'accouchement afin d'avoir la péridurale. Les contractions sont supportables.

- 11h00 pose de la péridurale par l'anesthésiste. La sage-femme passe régulièrement afin de s'assurer que le travail s'effectue bien.

- 15h00 dilatation à 7 cm et le bébé ne s'engage pas. Le bébé va bien mais ne s'engage pas. La sage-femme appelle le Dr STORA, qui me pose quelques questions à savoir si je communique avec mon bébé, il me demande de poser mes mains sur le ventre et de suivre le mouvement. A ce moment il applique ses mains sur les miennes et fait un mouvement de bas en haut répété 2 fois, puis me met sur le côté en attente. Je ne croyais pas trop au miracle ! et pourtant à 15h30 le bébé était engagé et la dilatation à 10. Pendant cette 1/2 heure j'ai senti comme un déploiement, une gêne sous le diaphragme, je me demandais ce qu'il m'arrivait.

Mes impressions positives : d'avoir évité la césarienne ; d'avoir eu la péridurale ; c'est vraiment super. C'est le second accouchement sous péridurale, et celui-ci m'a laissé vivre les vraies contractions d'expulsion, sans doute que la péridurale touchait à sa fin.

N.B. Ce n'est pas évident de raconter cela par écrit, j'espère que vous comprenez, merci".

N° 6 : *Madame R.B.*

"La douceur de la sage-femme et de l'aide soignante m'a mise en confiance et bien détendue, l'accouchement a été vécu de façon exceptionnelle.

Après la péridurale, le travail s'est arrêté, et, avec l'aide du Dr STORA et de mon mari, nous avons pratiqué des mouvements pour faire descendre le bébé. C'était si particulier et si émouvant que je n'ai pu exprimer mes sentiments immédiatement après : on a aidé à remonter mon bébé puis le "lâcher" et cela m'a provoqué une sensation étrange.

Après avoir réalisé et "revu" mon accouchement, je me suis rendue compte que ce mouvement a été exceptionnel, non pas sur le fait que le travail s'est ensuite très vite accéléré, mais également sur le bonheur que cela m'a apporté.

On m'a fait, par les sentiments et la douceur exprimés, ressentir probablement pour la dernière fois mon bébé dans le ventre.

Il est difficile d'exprimer par des mots, la sensation et les sentiments qui m'ont envahie et m'envahissent encore.

J'espère sincèrement vivre un nouvel accouchement comme celui-ci et retrouver tant de bonheur". ▲

Références

La formation en *hapto-obstétrique* n'est dispensée qu'au C.I.R.D.H. (Centre International de Recherche et de Développement de l'Haptonomie, 66400 OMS - FRANCE). Elle est assurée par Frans VELDMAN, fondateur de l'Haptonomie et par le collège Scientifique et Professoral.

Elle s'adresse aux sages-femmes et gynéco-obstétriciens ayant au préalable suivi la formation à l'*accompagnement pré- et postnatal haptonomique des parents et de leur enfant* au C.I.R.D.H.

Bibliographie

VELDMAN F.

"*L'Haptonomie, Science de l'Affectivité, Redécouvrir l'Humain*" ; 7^e édition, révisée et pourvue des dernières évolutions ; PUF - Septembre 1998.

AGUIRRE DE CARCERA.

"*Incidence de l'approche affectivo-confirmante haptonomique sur le vécu de la douleur et sur les neuro-transmetteurs spécifiques*" ; in : Présence Haptonomique N° 2 ; Actes du 1er Congrès International d'Haptonomie à L'UNESCO - Paris, Octobre 1990

ROBERT TORRES J. -

"*Influence de l'Accompagnement haptonomique prénatal sur la santé mentale, l'anxiété et le risque de dépression lors de grossesses normales*" in : Présence Haptonomique N° 3, Actes du 2ème Congrès d'Haptonomie, Palais de Congrès, Paris, Janvier 1995

Légende

APD = Anesthésie péridurale.

INDICE D'APGAR = méthode d'évaluation globale de l'état de l'enfant à la naissance, fondée sur la recherche des signes cliniques les plus caractéristiques afin d'établir un bilan général ; un total de 10 points étant considéré comme le meilleur résultat.

BIP = Diamètre bipariétal du bébé.

BREGMA = grande fontanelle en présentation défléchie.

DYSTOCIE = naissance anormale

EUTOCIE = naissance normale

LAC = liquide amniotique clair

MACROSOMIE FOETALE = gros enfant

SA = semaines d'aménorrhée

COMMENTAIRE EXPLICATIF

F. VELDMAN

Pour les lecteurs de notre revue qui ne sont pas familiarisés avec les termes obstétricaux, je pense opportun d'ajouter quelques informations supplémentaires.

La *présentation* est la partie de l'enfant *in statu nascendi* - le moment de sa naissance - qui occupe l'aire du détroit supérieur pour s'engager et évoluer ensuite suivant un dynamisme qui lui est propre. Il existe deux variations principales, mise à part la position transversale, à savoir :

1. la présentation la plus normale qu'est la *présentation de la tête*,
2. la *présentation de l'extrémité pelvienne du bébé*, qui implique donc une présentation en siège ; i.e. interprétée comme une anomalie par le public. En fait, la présentation en siège n'est pas considérée comme une présentation *dystocique*.

La *position transversale* implique que la descente dans le détroit supérieur ne se réalise pas. Ce qui "se présente", alors est une partie corporelle du bébé - le plus souvent le dos, ou une région plus ou moins proche du dos, couramment, dans ce cas, la partie scapulaire et dans certains cas, on pourra donc parler de la présentation de l'épaule, ce qui est généralement l'usage et qui est une *présentation dystocique*. Elle impose une intervention obstétricale spécifique, inéluctable pour éviter les complications qui entraîneraient la mort de la mère et de son enfant. C'est donc une *anomalie* que je tiens à l'écart de mon commentaire.

Sub. 1. La présentation la plus *eutocique* (environ 98% des cas) : c'est la "*présentation du sommet*" qui signifie une présentation de la tête en position fléchie. C'est l'*occiput* qui descend en première instance, tandis que l'enfant se trouve normalement dans l'utérus en position longitudinale.

Cependant, la présentation de la tête, aussi nommée "*présentation céphalique*" connaît trois variantes :

- a - La présentation du *sommet*, par laquelle la tête est en position hyperfléchie.
- b - La présentation du *front* qui a deux modalités ; ce sont des présentations défléchies :
 1. La *présentation frontale vraie* qui est une présentation *dystocique* ne permettant pas l'accouchement par les voies naturelles.
 2. La *présentation bregmatique* (c'est-à-dire le sommet en position intermédiaire entre flexion et déflexion de la tête).
- c - La *présentation de la face*, impliquant la tête en position *totalelement défléchie*.

Sub. 2. La *présentation du siège* connaît deux variantes à savoir :

- a - Le siège complet qui montre l'enfant assis en tailleur,
- b - Le siège décompleté qui montre l'enfant les jambes relevées en attelle devant le thorax.

Annexe 5

Questionnaire destiné aux professionnels pratiquant l'accompagnement haptonomique périnatal.

1) Comment définissez-vous l'haptonomie ?

2) Quelles motivations vous ont amené à vous former en haptonomie ?

3) Que vous a apporté la formation ?

- sur le plan personnel :

- sur le plan professionnel :

4) Pensez-vous que la confirmation affective des parents au cours de cet accompagnement puisse avoir une influence sur les mécanismes physiologiques lors de l'accouchement ?

Merci pour votre participation.

Annexe 6

Questionnaire relatif à l'accompagnement haptonomique périnatal.

Madame, Monsieur,

Actuellement en quatrième année d'études à l'école de Sages-femmes de Nancy, je réalise un mémoire de fin d'études relatif à l'influence possible de l'haptonomie sur les modalités d'accouchement.

Afin d'avoir des données pratiques et des témoignages à exploiter, je me permet de vous soumettre ce questionnaire.

Je vous remercie de bien vouloir le compléter ensemble et me le faire parvenir assez rapidement.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations.

Estelle OBERLIN-HEINTZ.

Questionnaire destiné aux parents ayant bénéficié de l'accompagnement.

1) Vous :

- votre prénom :
- votre âge :
- votre profession :
- votre situation familiale : célibataire ☐ mariée ☐ concubinage ☐ autre ☐

2) Votre conjoint :

- son prénom :
- son âge :
- sa profession :

3) Avez-vous déjà des enfants ?

oui ☐

non ☐

Si oui, combien ? 1 ☐

2 ☐

3 ☐

4 ☐

5 et plus ☐

Quels sont leurs prénoms et leurs âges ?

4) Par qui avez-vous été suivie pour cette grossesse ?

- gynécologue-obstétricien ☐
- médecin généraliste ☐
- sage-femme ☐
- autre (précisez) ☐

5) Le choix de cet accompagnement était-il une décision :

- de couple ☐
- individuelle ☐
- imposée par un praticien ☐
- autre (précisez) ☐

6) Par qui avez-vous entendu parler de l'haptonomie ?

- | | vous | votre conjoint |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - famille, amis | ☐ | ☐ |
| - votre conjoint | ☐ | ☐ |
| - revue, magazine | ☐ | ☐ |
| - médecin, sage-femme | ☐ | ☐ |
| - autre professionnel de santé | ☐ | ☐ |
| - autre (précisez) | ☐ | ☐ |

7) Avez-vous déjà bénéficié de cet accompagnement pour votre (vos) grossesse(s) précédente(s) ? oui ☐ non ☐

Si non, pourquoi ?

8) Comment définissez-vous l'haptonomie ?

- VOUS :

- votre conjoint :

9) Qu'est-ce qui vous a attiré dans cet accompagnement et qu'en attendiez-vous ?

- vous :

- votre conjoint :

10) Quels bénéfices avez-vous tiré de cet accompagnement ?

*** au cours de la grossesse:**

- vous :

- votre conjoint :

Avez-vous noté une différence par rapport à une grossesse précédente ?

oui ☐ non ☐

Si oui, laquelle ?

*** au cours de l'accouchement :**

- vous :

- votre conjoint :

Avez-vous noté une différence par rapport à un accouchement précédent ?

oui ☐ non ☐

Si oui, laquelle ?

*** après la naissance de l'enfant :**

- vous :

- votre conjoint :

Cela correspondait-il à ce que vous attendiez ?

- vous :

- votre conjoint :

11) Votre accouchement s'est-il déroulé dans un établissement où l'haptonomie était connue ? oui ☐ non ☐

12) Votre accouchement s'est-il déroulé en présence d'un haptothérapeute ou d'une personne habilitée à effectuer des accouchements dans des conditions hpto-obstétricales ? oui ☐ non ☐

13) Votre accouchement s'est déroulé :

- par les voies naturelles ☐

- par césarienne ☐

*** Si vous avez accouché par les voies naturelles :**

- le travail a-t-il été déclenché ? oui ☐ non ☐

si oui, pourquoi ?

- l'utilisation de forceps ou d'une ventouse a-t-elle été nécessaire ?

oui ☐ non ☐

si oui, pourquoi ?

- avez-vous bénéficié d'une péridurale ? oui ☐ non ☐

si oui, à quel moment de travail ? en début ☐ en cours ☐

en fin de travail ☐

si non, pour quelle raison ?

- avez-vous eu des lésions périnéales ? oui ☐ non ☐
 si oui, s'agit-il : d'une déchirure ☐ d'une épisiotomie ☐

*** Si vous avez accouché par césarienne :**

- quel a été le motif de la césarienne ?
 - a-t-elle été décidée avant ou pendant le travail ?
 - de quelle analgésie avez-vous bénéficié ? péridurale ☐ rachianesthésie ☐
 anesthésie générale ☐

14) Avez-vous pu vivre l'haptonomie en salle de naissances ?

- vous : oui ☐ non ☐
 - votre conjoint oui ☐ non ☐

- si non, pourquoi ?

- si oui, comment ?

Vous a-t-elle aidé : - à mieux gérer le travail ? oui ☐ non ☐
- dans l'accueil de l'enfant ? oui ☐ non ☐

15) Vous semble-t-il qu'il faudrait davantage informer les couples attendant un enfant sur cet accompagnement de la grossesse ?

- vous :

- votre conjoint :

16) Avez-vous un témoignage à apporter ?

- vous :

- votre conjoint :

Merci pour votre participation à mon étude.

Annexe 7

**Enquête du Dr HURET relative à l'impact de l'haptonomie sur la grossesse,
l'accouchement, l'évolution des enfants et le couple parental**

I

Dr Jean-Claude HURET
12 rue des Terrasses
76130 – MONT SAINT AIGNAN
Tél. 02-35-71-77-99

Le 26/06/01

Madame, Monsieur,

J'ai eu le plaisir de faire de l'haptonomie avec vous pour préparer la naissance de votre bébé.

Je fais une enquête pour essayer d'apprécier l'impact éventuel de l'haptonomie sur **la grossesse, l'accouchement, l'évolution des enfants, le couple parental.**

Si vous acceptez d'y participer, voudriez-vous répondre à ce questionnaire.

L'anonymat est de règle dans cette enquête ce qui vous permet de choisir, en toute liberté, d'y participer ou non ou encore de ne pas prendre en compte certaines des questions posées. Même s'il est incomplet, même si seulement l'un des deux parents y a répondu, votre réponse me sera précieuse.

Je vous remercie vivement.



- Age du ou de la petit(e) "haptonomiste" à la date de cette enquête :
- Age de ses parents au moment de la naissance → mère : → père :
- Diplômes ou niveau d'études des parents
→ mère
→ père :
- Profession :
→ mère :
→ père :
- Comment avez-vous connu l'haptonomie ? (lectures, reportages, témoignages d'amis, conseil donné par un membre du corps médical, un professionnel du travail social, etc.) :

LA GROSSESSE :

- Etait-ce votre premier enfant ?
→ Mère : oui ☐ Non ☐ - → Père : oui ☐ Non ☐
- Si non, quelle place ce bébé occupait-il dans la fratrie ? (aîné, second, troisième etc.) :
- L'haptonomie vous a-t-elle aidé(e) à vivre la grossesse ? :
→ Mère : oui ☐ Non ☐ - → Père : oui ☐ Non ☐
- Si vous aviez déjà eu d'autres enfants, avez-vous noté une différence ? :
- pas de différence : → Mère : oui ☐ Non ☐ - → Père : oui ☐ Non ☐

- si vous avez noté une différence :
 - Vous avez mieux vécu cette grossesse : → **Mère** : oui ☐ Non ☐ → **Père** : oui ☐ Non ☐
 - Elle vous a semblé plus difficile : → **Mère** : oui ☐ Non ☐ → **Père** : oui ☐ Non ☐
- Pourquoi ?

• **L'haptonomie vous a-t-elle aidé(e) à préparer :**

- l'accueil de bébé : → **Mère** : oui ☐ Non ☐ → **Père** : oui ☐ Non ☐
- l'accouchement : → **Mère** : oui ☐ Non ☐ → **Père** : oui ☐ Non ☐

L'ACCOUCHEMENT :

- Où a-t-il eu lieu ? :
- A-t-il été normal ? : oui ☐ non ☐
- si oui, combien de temps a-t-il duré ? (depuis le début des contractions jusqu'à la naissance)
- sinon que s'est-il passé ? :

- Avez-vous demandé une péridurale ? : oui ☐ non ☐
- Si vous avez demandé une péridurale, l'avez-vous obtenue ? oui ☐ non ☐
- si oui a-t-elle été bénéfique ? : oui ☐ non ☐
- sinon pourquoi ? :

- L'accouchement vous a-t-il paru : facile ☐ - acceptable ☐ - difficile ☐ - très difficile ☐
- Quel souvenir vous a-t-il laissé ?
- Avis de la mère :

→ Avis du père :

- Si vous avez eu d'autres enfants, avez-vous noté une différence pour cet accouchement ? (sensiblement semblable, mieux, moins bien...)
- Avis de la mère :

→ Avis du père :

ACCUEIL DU BEBE A LA NAISSANCE :

→ MÈRE

- les premières relations avec votre bébé après l'accouchement
- Avez-vous pu le prendre dans vos bras dès sa naissance ? oui ☐ non ☐
- Si non, pourquoi ?
- A-t-il pleuré longtemps ? oui ☐ non ☐ (combien de temps environ ?) :
- A-t-il eu un bain ? : oui ☐ non ☐
- Avez-vous mis le bébé au sein ? oui ☐ non ☐
- Avant d'aller dans votre chambre, le bébé est-il resté près de vous ? : oui ☐ non ☐
- Quel souvenir avez-vous gardé de cette première prise de contact avec le bébé ? :

→ **PERE**

- Étiez-vous présent au moment de la naissance de votre bébé ? oui ☐ non ☐
- Sinon, pourquoi ? Impossibilité : travail etc. ☐ Choix de votre part ☐
- Si vous étiez présent, quel souvenir gardez-vous de cette naissance ?

- Si ce bébé n'est pas votre premier-né, avez-vous vécu cette naissance différemment de celle de votre ou vos autre(s) enfant(s) ?

→ Mère : Pas de différence ☐ - Mieux ☐ - Moins bien ☐

→ Père : Pas de différence ☐ - Mieux ☐ - Moins bien ☐

- Avez-vous déjà participé à des séances d'haptonomie pour l'autre ou les autres enfants ? (y compris ceux éventuellement issus d'une autre union)

→ mère oui ☐ non ☐ → père : oui ☐ non ☐

ALLAITEMENT :

- Madame, avez-vous allaité votre bébé ? oui ☐ non ☐

Si oui, comment s'est passée la mise en route ?

- Facilement ☐ Difficilement ☐

- (Pourquoi ?)

- Avez-vous été bien « accompagnée » (autrement dit, « aidée », notamment par les soignants) ?

- Combien de temps avez-vous allaité ?

- Comment s'est passé le sevrage ?

- L'allaitement maternel vous a-t-il semblé être une expérience

→ MERE : Très positive ☐ Positive ☐ Difficile ☐ Pénible ☐

→ PERE : Très positive ☐ Positive ☐ Difficile ☐ Pénible ☐

LE SEJOUR EN MATERNITE

- Madame, au bout de combien de jours êtes-vous sortie ?

- Avez-vous été fatiguée ? : oui ☐ non ☐

- Avez-vous pu dormir et vous reposer ? : oui ☐ non ☐

- Le bébé est-il resté avec vous ? : oui ☐ non ☐

- Pleurait-il beaucoup ? : oui ☐ non ☐

- Avez-vous confié votre bébé à l'infirmière de nuit pour dormir ? : oui ☐ non ☐

- Avez-vous été déprimée ? (baby blues) : oui ☐ non ☐

- Si oui, cet état s'est-il prolongé ? oui ☐ non ☐ Combien de temps environ ?

- Comment ont été les relations avec votre bébé pendant les premiers jours ?

→ MERE : harmonieuses ☐ agréables ☐ difficiles ☐ angoissantes ☐

→ **PERE** : harmonieuses ☐ agréables ☐ difficiles ☐ angoissantes ☐

• **Comment s'est passée la première visite du pédiatre ?**

- Vous a-t-elle rassurée sur l'état de votre bébé ? oui ☐ non ☐

- Vous a-t-il donné toutes les explications que vous souhaitiez avoir ? oui ☐ non ☐

• **Pendant votre séjour en maternité :**

- Avez-vous été : bien soignée ? oui ☐ non ☐

- Bien « accompagnée » ? oui ☐ non ☐

• **Bilan de ce séjour :**

LE RETOUR A LA MAISON :

→ **MERE**

• Avez-vous été heureuse de rentrer chez vous ? : oui ☐ non ☐

• Comment se sont passés les premiers jours avec votre bébé ? :

- Etiez-vous sereine ☐ tranquille ☐ heureuse ☐

- ou, au contraire anxieuse ☐ tendue ☐ ou même triste ☐ :

• Vous sentiez-vous très fatiguée ? : oui ☐ non ☐

• Avez-vous été aidée dans vos tâches ménagères ? oui ☐ non ☐

Si oui par : une travailleuse familiale ? ☐ Votre compagnon ☐ De la famille ☐ Une amie ? ☐

- Sinon, auriez-vous souhaité être aidée ? oui ☐ non ☐

→ **PERE**

• Comment avez-vous vécu ce retour à la maison ? :

• Comment jugez-vous l'état dans lequel se trouvait la mère ?

• Avez-vous pu l'aider dans la prise en charge du bébé ? : oui ☐ non ☐

- l'avez-vous fait avec plaisir ? : oui ☐ non ☐

• Avez-vous l'impression que cette naissance a eu une incidence (positive ou négative) sur vos relations avec votre compagne ? oui ☐ non ☐

- Pouvez-vous préciser ?

LE BEBE : Comment s'est-il comporté pendant les premiers temps de sa vie ?

• A-t-il pleuré beaucoup ? : oui ☐ non ☐

- Si oui, à quels moments de la journée ? :

• A quel âge a-t-il fait ses nuits ? :

• Le sentiez-vous à l'aise (sécurité affective) ? : oui ☐ non ☐

• Y a-t-il eu des problèmes pour l'alimenter ? : oui ☐ non ☐

• A-t-il pris régulièrement du poids ? : oui ☐ non ☐

• Avez-vous fait de l'haptonomie postnatale ? oui ☐ non ☐

• Si oui, combien de séances ?

- Comment résumer cette première période de sa vie ?:

ET ENSUITE ... Le comportement général de bébé :

- Pour les mères qui travaillent, Quel âge avait votre bébé lorsque vous avez repris votre activité ? :

- Quel mode de garde a été adopté ? Crèche ☐ Nourrice ☐ Famille ☐

- Comment s'est passée la séparation ?

- Le bébé a-t-il eu des troubles du sommeil ? : oui ☐ non ☐
- A quel âge a-t-il fait ses premiers pas ?:
- A quel âge a-t-il prononcé ses premiers mots ?
- Si cet enfant n'était pas votre premier-né, avez-vous noté une différence avec votre ou vos autre(s) enfant(s) ? oui ☐ non ☐
- Si oui, voudriez-vous préciser dans quel(s) domaine(s) ? (sourire, langage, marche, sommeil, alimentation, séparation etc.)
- Le cas échéant, si cet enfant est d'âge scolaire,
- à quel âge a-t-il fait sa première « rentrée » ?
- A-t-il eu du mal à s'adapter à l'école ? oui ☐ non ☐
- S'il y avait d'autres enfants au foyer, comment ont-ils accepté ce bébé ?

SANTÉ DE L'ENFANT

- Maladies (angine, otite, rhume, ou autres) :
- Si vous avez un autre ou d'autres enfants, notez-vous une différence ? oui ☐ non ☐
- Si oui, dans quel sens ? (meilleure santé ou moins bonne santé etc.)
- Voyez-vous autre chose à ajouter par rapport à cet enfant ?

- Bilan général :

PARENTS :

→ MERE :

- Que vous a apporté cet enfant ? satisfactions ☐ bonheur ☐ soucis ☐ fatigue ☐ regrets ☐
 - Avez vous rencontré des difficultés dans son éducation ? Oui ☐ - Non ☐
- Si oui, lesquelles ?

→ PERE :

Que vous a apporté cet enfant ? : satisfactions ☐ bonheur ☐ soucis ☐ fatigue ☐ regrets ☐

Avez-vous rencontré des difficultés dans son éducation ? Oui ☐ - Non ☐

Si oui, lesquelles ?

COUPLE PARENTAL

- S'agit-il d'une première union ?

→ Mère : Oui ☐ - Non ☐ → Père : Oui ☐ - Non ☐

- Si non avez vous eu des enfants d'une autre union ?

→ Mère : Oui ☐ - Non ☐ → Père : Oui ☐ - Non ☐

• Comment vous êtes-vous « retrouvés » après cette naissance ? A-t-elle eu une incidence, (positive ou négative) sur votre vie de couple (bien vouloir préciser)

• Les parents du petit “haptonomiste” vivent-ils toujours ensemble ? Oui ☐ - Non ☐

QUE POUVEZ-VOUS DIRE DE VOTRE EXPERIENCE HAPTONOMIQUE ?
Il faut être très sincère :

→ Mère :

expérience comme une autre ☐ expérience positive ☐ expérience fondamentale ☐

→ Père : expérience comme une autre ☐ expérience positive ☐ expérience fondamentale ☐

• L'haptonomie vous a-t-elle apporté des connaissances nouvelles sur le bébé et le petit enfant ? :

→ Mère : Oui ☐ - Non ☐ → Père : Oui ☐ - Non ☐

• Vous a-t-elle aidé(e) à vous adapter à votre bébé ?

→ Mère : Oui ☐ - Non ☐ → Père : Oui ☐ - Non ☐

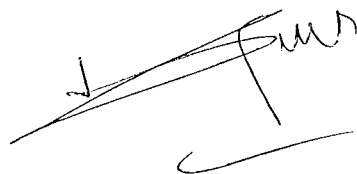
• En avez-vous parlé autour de vous ? :

→ Mère : Oui ☐ - Non ☐ → Père : Oui ☐ - Non ☐

Vous pouvez, si vous le désirez, ajouter sur une autre feuille tous les commentaires qui vous sembleraient pouvoir compléter cette enquête.

Je vous remercie très vivement pour votre participation.

Dr Jean-Claude HURET



Bibliographie

* Ouvrages :

HERBINET E., BUSEL M.-C.

L'aube des sens, Cahiers du nouveau-né n°5.

Ouvrage collectif sur les perceptions sensorielles fœtales et néonatales.

Stock, 1991, 414 p.

HURET J.-C.

Naissances, paroles d'un obstétricien.

Desclée De Brouwer, 2000, 221 p.

VELDMAN F.

Haptonomie, science de l'affectivité - 8e édition.

Presses Universitaires de France, 2001, 590 p.

* Mémoires :

TRABAC E.

Des mains pour préparer un père.

Mémoire de fin d'études de Sage-Femme.

Juin 2000, Nancy.

GRANDIN S.

A la découverte de l'accompagnement haptonomique de la grossesse et de la naissance.

Mémoire de fin d'études de Sage-Femme.

Juin 1996, Caen.

*** Actes de congrès d'haptonomie :**

Actes du congrès d'haptonomie n°1
1990, p.8.

Présence haptonomique n°2.
Octobre 1990, p.48 à 57 et 136 à 147.

Présence haptonomique n°5.
Avril 1999, p.53 à 62.

Présence haptonomique n°6.
Mars 2001, p.71 à 81.

*** Articles de revues et périodiques :**

DOLTO-TOLITCH C.
Haptonomie pré et postnatale.
Journal de pédiatrie et de puériculture n°1, 1991, p. 36 à 46.

DOLTO-TOLITCH C.
Apport de l'haptonomie périnatale à la médecine d'enfant.
Dossiers de l'obstétrique n°155, Octobre 1988, p.3 à 11.

FRADIN-MERMANS P.
La préparation à la naissance : l'haptonomie.
Bulletin des sages-femmes de l'Association amicale des élèves et anciennes
élèves de l'Ecole d'accouchement de la Maternité de Nancy n°157, Juin 2000,
p.21 à 24.

FRIEDMAN
Functional divisions of labor.
Journal Obstet. Gynaecol. n°109, 1979, p.274 à 280.

PICARD M.

Tout ce que l'haptonomie peut vous apporter.

Parents, Août 1999, p.78 à 82.

SALQUE D.

Haptonomie périnatale : l'épanouissement par l'affectivité.

Naître et grandir n°4, Janvier-Février 1998, p.28 et 29.

VELDMAN F.

L'influence de l'haptonomie sur la douleur et sur la prévention de la souffrance et de la détresse périnatale de l'enfant et de sa mère.

Cahiers de la puéricultrice n°120, Décembre 1993, p.14 à 18.

*** Autres :**

Données de travail du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

1999-2004 :Thème périnatalité.

Décembre 1999.

Dictionnaire :

Petit Larousse, 1994.

Compact disc :

DOLTO-TOLITCH C.

L'haptonomie périnatale.

CD Voix Haute

Gallimard, 1998.

Vidéo :

MARTINOT B., LAUZUN G., LAINE T.

Le bébé est une personne.

TFI Vidéo, 1984.

Sites internet :

www.babyboom.com

www.haptonomy.org

www.liewensufank.com

www.sfmp.net

Table des matières

Remerciements	p.2
Sommaire	p.3
Préface	p.6
Introduction	p.7
I. L'haptonomie, science de l'affectivité	p.8
I.1. Définitions	p.9
I.1.1. Selon Frans VELDMAN	p.9
I.1.2. Selon les praticiens haptothérapeutes	p.9
I.2. Origine	p.11
I.3. Concepts	p.11
I.3.1. L'affectivité	p.12
I.3.2. Le contact psychotactile	p.12
I.3.3. Affirmation existentielle, affermissement rationnel et confirmation affective	p.13
I.3.3.1. L'affirmation existentielle	p.13
I.3.3.2. L'affermisssement rationnel de l'existence	p.14
I.3.3.3. La confirmation affective	p.14
I.3.4. La base haptonomique	p.14
I.3.4.1. La base	p.14
I.3.4.2. Le sentiment de base et le sentiment de la base	p.16
I.4. La formation, les haptothérapeutes	p.16
I.5. Applications de l'haptonomie	p.17
I.5.1. L'accompagnement pré et post natal haptonomique	p.17
I.5.2. L'hapto-obstétrique	p.17
I.5.3. L'hapto-puériculture	p.18

I.5.4. L'hapto-psychothérapie	p.18
I.5.5. L'haptosynésie	p.18
I.5.6. L'accompagnement des personnes âgées et des mourants	p.18
I.5.7. La kinésionomie clinique	p.19
II. L'accompagnement haptonomique périnatal	p.20
II.1. Définitions	p.21
II.1.1. Selon Frans VELDMAN	p.21
II.1.2. Selon les praticiens	p.21
II.1.3. Les parents définissent l'haptonomie	p.22
II.2. Principes	p.24
II.2.1. Le contact psychotactile	p.24
II.2.2. Sentiment et sécurité de base	p.24
II.2.3. L'importance des sens	p.24
II.2.4. Le souffle	p.25
II.2.4. Les engrammes	p.26
II.3. Modalités pratiques de l'accompagnement	p.27
II.3.1. Introduction	p.27
II.3.1.1. La présence du père	p.27
II.3.1.2. Tous les couples ne sont pas prêts	p.27
II.3.1.3. L'intimité	p.28
II.3.2. Quel praticien ?	p.28
II.3.3. Le nombre de séances	p.28
II.3.4. Quand commencer ?	p.29
II.3.5. Le détail des séances	p.29
II.3.5.1. Première séance	p.29
II.3.5.2. Deuxième séance	p.33
II.3.5.3. Troisième séance	p.35
II.3.5.4. Quatrième séance	p.38
II.3.5.5. Cinquième séance	p.39
II.3.5.6. Les séances postnatales	p.43

II.4. Les apports de l'haptonomie	p.44
II.4.1. Au cours de la grossesse	p.44
II.4.1.1. La place donnée au père	p.44
II.4.1.2. Préparer l'accueil du bébé, se sentir parents plus tôt	p.45
II.4.1.3. Communication avec l'enfant, relation à trois	p.46
II.4.1.4. Rapprochement du couple	p.47
II.4.1.5. Meilleur vécu de la grossesse	p.47
II.4.1.6. Aide au diagnostic prénatal et traitement de pathologies gravidiques	p.48
II.4.2. Au cours de l'accouchement	p.49
II.4.2.1. L'aide à la gestion de la douleur	p.51
II.4.2.2. Sérénité, détente, confiance en soi	p.52
II.4.2.3. Accompagnement de la descente, ouverture du périnée	p.53
II.4.2.4. Participation active du père	p.54
II.4.2.5. Aucun bénéfice !	p.55
II.4.2.6. Expériences et études	p.56
II.4.3. En post natal	p.57
II.4.3.1. Etre plus à l'écoute du bébé, répondre à ses besoins	p.57
II.4.3.2. Plus de spontanéité dans les gestes, contact facile, confiance	p.58
II.4.3.3. Des bébés plus calmes, plus éveillés, ouverts	p.59
II.4.3.4. L'impression de déjà connaître l'enfant	p.60
II.4.3.5. Le portage, l'ouverture au monde	p.60
II.4.3.6. Des bébés plus précoces	p.60
II.4.3.7. Retrouver ses repères	p.61
II.4.3.8. Aucun bénéfice	p.61
II.5. Les limites de l'accompagnement haptonomique périnatal	p.62
II.6. Témoignages de praticiens	p.62
II.6.1. Les motivations	p.63
II.6.2. Les apports de la formation	p.63
II.6.2.1. Sur le plan personnel	p.63
II.6.2.2. Sur le plan professionnel	p.64

II.6.3. La place de la sage-femme	p.64
III. Etude de dossiers, exploitation et analyse des questionnaires	p.65
III.1. Présentation de l'étude	p.66
III.1.1. Objectif	p.66
III.1.2. Difficultés rencontrées	p.66
III.1.3. Population étudiée	p.67
III.1.4. Outils utilisés	p.67
III.1.5. Biais pouvant modifier les résultats	p.68
III.2. Résultats, analyse	p.69
III.2.1. Situation socio-économique et familiale	p.69
III.2.1.1. Age des couples	p.69
III.2.1.2. Situation familiale	p.69
III.2.1.3. Profession	p.69
III.2.2. Parité, suivi de la grossesse	p.70
III.2.2.1. Parité	p.70
III.2.2.2. Suivi de la grossesse	p.71
III.2.2.3. Découverte de l'haptonomie	p.71
III.2.3. Déroulement de l'accouchement	p.73
III.2.3.1. Mode d'accouchement	p.73
III.2.3.2. Déclenchement de l'accouchement	p.74
III.2.3.3. Motifs de césarienne	p.74
III.2.3.4. Arrivée à la maternité	p.75
III.2.3.5. Durée du travail	p.76
III.2.3.6. Descente, engagement	p.78
III.2.3.7. Bien-être fœtal	p.78
III.2.3.8. Analgésie péridurale	p.78
III.2.3.9. Correction thérapeutique du travail	p.79
III.2.3.10. Lésions périnéales	p.79
III.2.3.11. Présence d'une sage-femme haptothérapeute	p.80
III.2.4. Vécu des parents	p.82
III.2.4.1. Attentes pour la grossesse, l'accouchement, en postnatal	p.82



III.2.4.2. L'haptonomie pendant le travail	p.83
III.2.4.3. Haptonomie et allaitement	p.84
III.3. Discussion	p.85
Conclusion	p.87
Annexes	p.88
<u>Annexe 1</u> : Expériences cliniques d'accompagnement haptonomique au cours de grossesses perturbées	p.89
<u>Annexe 2</u> : Incidence de l'approche affectivo-confirmante sur le vécu de la douleur et sur les neuro-transmetteurs spécifiques	p.94
<u>Annexe 3</u> : Analyse de 130 naissances accompagnées par l'haptonomie	p.100
<u>Annexe 4</u> : Apports de l'hapto-obstétrique dans l'accouchement dystocique	p.106
<u>Annexe 5</u> : Questionnaire destiné aux professionnels pratiquant l'accompagnement haptonomique périnatal	p.112
<u>Annexe 6</u> : Questionnaire relatif à l'accompagnement haptonomique périnatal, destiné aux parents ayant bénéficié de l'accompagnement	p.113
<u>Annexe 7</u> : Enquête du Dr HURET, relative à l'impact de l'haptonomie sur la grossesse, l'accouchement, l'évolution des enfants et le couple parental	p.119
Bibliographie	p.125
Table des matières	p.129

Ecole de Sages-Femmes A. FRUHINSHOLZ
10 rue du Dr Heydenreich
NANCY

Mémoire de fin d'études présenté pour l'obtention du Diplôme d'Etat de
Sage-Femme par :
Estelle OBERLIN-HEINTZ
Promotion 1998-2002

***L'accompagnement haptonomique périnatal :
quelle influence sur l'accouchement ?***

Mots-clés

- haptonomie périnatale
- sécurité affective
- contact psychotactile
- toucher
- accompagnement de la grossesse et de l'accouchement

Résumé

L'haptonomie se définit comme la science de l'affectivité.

L'accompagnement haptonomique périnatal est une de ses applications. Elle permet au couple d'entrer en contact par le toucher avec son enfant bien avant sa naissance.

Cette communication prénatale permet aux parents de confirmer l'enfant dans son existence. En retour, l'enfant les confirme en tant que parents, en leur répondant.

En quoi cette sécurité affective réciproque peut-elle avoir une influence sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement ? Comment les parents vivent-ils cette expérience ?