

## Transcription du débat de l'atelier 14

# Influences à long terme des conditions de la naissance et de la vie in-utero

États généraux de la naissance  
Châteauroux, le 23 septembre 2006

Présidente : Claude DIDIERJEAN-JOUVEAU (La Leche League)

Intervenants :

- André SOLER, psychologue clinicien, haptothérapeute.  
Texte lu : « *Naître trop tôt ou pas, mais n'être pas privé du contact affectif* » (voir site)
- Juliette PLANCKAERT, psychanalyste et haptothérapeute.  
Texte lu : « *Influences à long terme des conditions de la naissance et de la vie in-utero* » (voir site)
- Jean-Pierre RELIER, professeur de médecine à la retraite, ancien chef de service de néonatalogie à Port-Royal.

Echanges, discussions :

Andréine BEL : Vous permettez que j'intervienne, le temps doit être donné pour un espace de critique, ce que vous lisez en ce moment, je pense que c'est écrit sur le site, n'est ce pas ? Plusieurs d'entre nous l'ont lu, ou peuvent le lire ensuite, et je vous invite à formuler des questions, afin qu'il puisse y avoir cet espace critique.

Jean-Pierre RELIER : Je voudrais vous dire deux choses importantes : d'abord la capacité fantastique de ce qu'on appelle la plasticité cérébrale du fœtus et du nouveau-né. Cela veut dire que le fœtus et le nouveau-né sont capables de récupérer totalement, et que grâce à l'amour des parents, cette plasticité cérébrale se manifeste à tous les âges de la grossesse. Et c'est une capacité d'amélioration et de guérison totale, et vous avez des femmes qui ont des grosses agressions psychiques pendant la grossesse et qui pensent à mettre leur enfant en dehors du coup.

Je me souviens que j'avais fait un exposé dans l'Est, et un couple m'a dit : « Nous étions en camp de concentration pendant la guerre et comment expliquez vous que ma femme ait donné naissance à un enfant normal de 3.5 kg ? » Pendant toute cette grossesse, cette femme qui été soumise à un moment à une agressions psychologique et bien sûr physique, surtout psychologique, dramatique, je ne sais pas si vous vous souvenez, l'atmosphère des camps de concentration était dramatique. Et grâce à ce désir qu'elle avait de protéger son enfant pendant toute la grossesse, elle a pu aboutir à une grossesse normale.

Dans notre service à Port Royal, on voit la différence qu'il y a entre les enfants dont les mamans viennent tous les jours et qui pratiquent éventuellement le peau à peau, et d'autres enfants pour lesquels la maman ne peut pas venir tous les jours. Je cite

cet exemple : pour 2 enfants de 1200 grammes qui avaient la même maladie, qui recevaient les mêmes traitements et pour lesquels l'un la mère venait tous les jours, tirait son lait... elle est devenue une belle jeune fille de 18 ans, et l'autre... l'enfant est mort.

Aux États-Unis, Mme Als a démontré que la présence de la mère pendant la période néonatale permet de diviser par deux la durée de la maladie. Elle a des statistiques irréprochables, elle a publié en 1980, c'est un travail extraordinaire. Je dis toujours, quand je fais un exposé, que 50 % de la pathologie est due à la séparation de l'enfant de sa mère. La présence de la mère, vous avez pu le voir dans les cassettes, est absolument essentielle, car l'enfant a besoin de reconstituer son univers sensoriel à la naissance, par l'odorat, par le goût, par le toucher, par la vue. La période critique de la vue, c'est 40 SA, le moment de la naissance normale à terme, alors que la période critique de l'odorat est beaucoup plus précoce. *In utero* la sensorialité olfactive est la première sensorialité importante. On a parlé des conséquences d'un abandon pendant la grossesse, je n'ai pas parlé des conséquences d'un abandon à la naissance parce que je comptais en parler maintenant.

Il y aussi une chose dont je voulais vous parler, c'est les conséquences de ce qu'on appelle la sur-stimulation, par exemple visuelle : le fait d'éclairer un enfant peut être dramatique, certains se sont intéressés au développement de la vision chez des enfants qui sont nés dans des unités classiques de naissance, hospitalières, de niveau 3.

Une chose dont j'aimerais vous parler rapidement aussi : c'est l'importante du transgénérationnel dans la survenue d'une anomalie de la naissance. Dans l'abandon *in utero*, j'ai parlé de la constellation familiale d'Hellinger, qui est absolument fantastique et qui permet d'expliquer beaucoup de naissances prématurées. Sans doute la prématurité n'est pas une fatalité, si le couple a conscience de la possibilité d'un accouchement prématuré du fait d'un héritage transgénérationnel — qui quelquefois est complètement méconnu parce que le non-dit fait partie de toutes les générations, de toutes les classes sociales. Dans l'expérience que j'ai acquise à Port royal, j'ai eu des enfants de différentes classes sociales et je me suis rendu compte qu'il y avait des non-dits totalement méconnus de la part des parents.

L'autre chose dont je voudrais vous parler, et après je vous donne la parole, parce que j'espère vous avez beaucoup de questions à poser, c'est le rôle de la péridurale en général, quel est l'impact de la douleur sur le nouveau né ?

Aux États-Unis, Mr Anand a démontré que la douleur peut être bénéfique, quand c'est une douleur très forte. Il a démontré que, si on traite systématiquement la douleur de la femme et du nouveau-né sans tenir compte de la gravité de la douleur, eh bien on s'expose à des conséquences sur le développement cérébral de l'enfant. C'est-à-dire que le traitement systématique de la douleur de l'accouchement (il est certain qu'au moment de l'accouchement, la femme souffre et l'enfant aussi, on ne peut pas sous-estimer la douleur de l'enfant, le cri à sa naissance est un cri de douleur) favorise la souffrance cérébrale par hypoxie, c'est-à-dire insuffisance d'oxygénation qui est inévitable à la naissance, c'est-à-dire aggrave cette fameuse

chaîne excito-toxique. Par contre, si vous soignez la douleur qui est très grave, par exemple si vous êtes obligés d'intuber un enfant, de le perfuser, de mettre un drain pleural, même *in utero*, à ce moment-là vous avez intérêt à soigner la douleur, parce qu'une douleur trop grave consomme le risque de mésantalgie, c'est ça qui est très important.

Actuellement, je suis impressionné par le caractère presque systématique dans certaines maternités de la péridurale : 95 % des accouchements dans ma maternité se font sous péridurale. C'est quand même dramatique et quelquefois les femmes ne sont même pas au courant que la piqûre dans le dos fait mal, sans se rendre compte des conséquences. D'abord dans l'immédiat, bien sûr, car on est obligé de perfuser des ocytocines périphériques. Et la femme qui ne contracte pas assez par elle-même parce qu'elle n'a pas mal, eh bien on est obligé de provoquer de façon artificielle ses contractions, c'est-à-dire que ces ocytocines qui sont périphériques n'agissent pas. Michel Odent insiste beaucoup sur l'impact d'ocytocine sécrétée par le cerveau de la mère dans l'action visant à contracter l'utérus. C'est l'hormone de l'amour, cet amour est une question hormonale, l'attachement que la mère a pour l'enfant est une question hormonale.

Quand on voit les possibilités d'interrompre ces relations chez le mammifère inférieur, chez le rat par exemple, ou le mouton (j'ai travaillé pendant un temps avec des moutons) : il suffisait de badigeonner la mamelle de la mère pour que l'agneau ne reconnaissant pas l'odeur de la mamelle de la mère, ne puisse pas se nourrir et se laisse mourir de faim. Et si on intervenait sur un agneau en lui mettant des cathéters, en lui mettant de l'antiseptique, à ce moment l'agneau avait une odeur différente et la mère pouvait lui donner des coups, elle refusait son agneau. Bien sûr, nous, nous sommes des mammifères supérieurs, heureusement.

Mais le drame de l'analgésie systématique existe — et je ne dis pas cela pour vous, parce que bien sûr, tout ce que nous a montré Max avec ces merveilleux accouchements avec des pères présents, dans des positions les plus invraisemblables possibles. Mais, dans ma clinique, bien sûr, on fait des péridurales en fin de travail, lors de l'expulsion, pour éviter la douleur.

Mais je me souviens toujours que, quand j'étais à Perpignan, M. TOURNÉ a fait un accouchement naturel après 3 césariennes. C'est possible, on dit toujours que l'on ne peut pas faire d'accouchement naturel après une césarienne parce qu'il y a un risque de rupture utérine. Eh bien non, M. TOURNÉ a fait des accouchements naturels après des césariennes, parce qu'une femme est venue le voir et lui a dit : « Je voudrais accoucher naturellement par voie basse et sans péridurale, je voudrais sentir ce que c'est qu'un accouchement ».

Il y a beaucoup de femmes qui disent : « C'est ça mais j'ai rien senti ». Quel est l'impact de la douleur ou de l'absence de douleur sur le devenir ? Il y a perte de cette action commune entre la mère et l'enfant, puisque la mère ne souffre pas, elle est tranquille, fumant sa cigarette si elle fume, enfin j'exagère, mais le fœtus il a mal, lui. On ne sait pas très bien quel est l'impact de la péridurale sur la sensibilité du fœtus, quel est l'impact de ces analgésiques injectés systématiquement sur le devenir psychologique de l'enfant. Il y a eu des publications bien sûr qui ont montré

que la partie systématique de l'analgésie péridurale au cours de l'accouchement [donne] une possibilité de sensibilité aux drogues dès l'âge de 12-13 ans.

Donc, vous voyez, je ne peux pas m'empêcher de poser la question, je ne la résouds pas forcément, devant cette violence qu'il y a à l'heure actuelle, la péridurale est en cause depuis assez longtemps.

Vous avez certainement des questions, j'espère.

Echanges, discussions :

— Je voudrais faire un commentaire par rapport à la douleur. « Douleur » est une erreur de traduction [dans la Bible], en fait c'est « travail ». Je pense qu'il y a beaucoup de choses dans le transgénérationnel que les mères passent à leurs filles : « Tu vas voir, ma fille, ça fait mal... » J'ai beaucoup travaillé sur ce concept et cette croyance collective, et je peux vous dire que je ne peux pas dire que j'ai souffert en accouchant.

Jean-Pierre RELIER : Vous avez raison, de toute façon on pourra toujours trouver des cas particuliers concernant l'impact de la douleur sur la naissance. Moi je vous parle d'une manière générale, et dans le livre « Le bébé et l'amour » (qui est épuisé), l'auteur qui est aussi psychiatre et psychanalyste, a démontré, par régression au moment de l'accouchement, ce que certains adultes ont pu vivre, et c'est très intéressant.

— On ne parle pas assez des conséquences sur l'adulte, quand on fait l'inventaire des pratiques, ça touche le bébé et éventuellement l'enfant, alors que moi je peux dire que j'ai été maltraité... C'est important de pouvoir en parler sur le long terme, notamment les conséquences sur les adultes que nous sommes, ou que nous tentons d'être... Par exemple, pour parler de la péridurale, moi je peux vous dire que ça crée de l'impuissance à vivre, générale, ça attaque la vitalité de l'individu. Et plus précisément par exemple quand on sait que les réflexes d'expulsion sont les mêmes lors de l'interaction mère-bébé et de l'orgasme, et bien il faut savoir que la péridurale crée de l'anorgasmie.

— Chez la mère ou chez le bébé ?

— Chez le bébé.

— Oh !

— Il y a des conséquences sur les sociétés aussi. On peut dire, voilà, la société est malade, ne va pas bien et évidemment comment pourrait-elle bien se porter puisqu'elle est faite d'individus qui ne vont pas bien ? Il est très rare de faire le lien entre les malaises de la société et tout ce que l'individu subit à la naissance et tout au long de son existence. On ne peut pas imaginer une société qui fonctionne bien avec des individus qui sont névrosés... Et à l'inverse on peut encore aujourd'hui observer des sociétés sans névroses, où justement les individus sont respectés. Cela existe encore, il faut voyager un peu loin, mais cela existe. [Pas très audible, pas de micro]

Alain SOLER : Je voudrais simplement préciser, quand vous demandez quelles sont les conséquences à long terme, il est particulièrement difficile d'étudier des statistiques là-dessus, donc si vous voulez, nous les psys, nous entendons ces choses-là, on en parle aussi, c'est dans la clinique que ça se rencontre.

Jean-Pierre RELIER : Tout d'abord, je vous remercie de votre intervention, Monsieur, qui est particulièrement justifiée. Je vous précise que j'ai parlé des conséquences de la péridurale, et j'ai parlé aussi des possibilités de guérison, de la plasticité cérébrale. Ce n'est pas du tout une invention de l'esprit, la capacité de guérison est énorme. Autrefois, il était habituel d'isoler l'enfant de la mère et du père, vous n'avez pas connu cela, vous êtes trop jeune, mais moi je l'ai connu et les conséquences pour l'enfant sont dramatiques, et [pour] l'adulte qui suivra.

Mais je pense qu'à l'heure actuelle, nous avons ces possibilités de guérison. Peut-être qu'à l'époque on ne connaissait pas cette possibilité, mais on la connaît maintenant, en particulier à partir de l'amour des parents, aussi bien du père que de la mère. Bien sûr, cela semble un petit peu aberrant ce que l'on dit, mais je vous rappelle qu'il y a 50 ans, le père n'avait pas le droit d'entrer en salle de travail, n'avait pas le droit d'assister à la naissance de son enfant, n'avait pas le droit de voir son enfant pendant les jours qui suivaient la naissance.

— Vous avez parlé de la plasticité cérébrale, pendant la période périnatale, à partir de quand n'est-elle plus possible ?

Jean-Pierre RELIER : Cette récupération est possible toute la vie, je pense. On va faire un peu de neurobiologie si vous voulez, vous savez, moi je ne demande pas mieux ! Chez le fœtus, le prématuré et le nouveau-né, on assiste à une production exagérée de neurones, aboutissant à une redondance neuronale. Il semble que ces neurones dits supplémentaires serviraient en physiologie à l'organisation de la mémoire, de certains réflexes, et en pathologie, ils servent à la récupération. Mais pour servir la récupération, elle doit être finalisée par l'amour des parents, ce n'est pas l'amour égoïste, il doit être dirigé vers cet enfant, l'enfant en tant que lui-même, en tant qu'un enfant. Il y a un film dans la présentation de Max qui m'a un petit peu choqué : c'est quand le père présente son enfant à la femme. [Chez] nous, c'est la femme qui doit prendre les soins nécessaires à son enfant, le père est là bien sûr, mais il va intervenir de façon différente, et tout est orienté vers l'enfant. L'enfant doit reconstituer son univers sensoriel, et il faut respecter au maximum cet univers sensoriel.

Après il y a encore des chances, bien sûr ! On le voyait bien, nous, dans la surveillance de ces enfants très prématurés, vous voyez, et qui étaient handicapés. Quand il était retourné dans le milieu social dramatique (absence, taudis, alcoolisme), l'enfant ne pouvait pas récupérer, alors que dans des milieux plus valorisés, cela allait avec le temps.

— Je voulais vous dire que j'avais l'impression que le discours était très poétique, voire poli, par rapport au fait de la réalité plus difficile que nous rencontrons tous, dans les cabinets, dans les institutions. Et c'est vrai qu'on entend parler de plasticité, c'est très poétique, mais...

Jean-Pierre RELIER : Ce n'est pas de la poésie, Monsieur, c'est de la biologie élémentaire ça !

— J'ai l'impression que la situation est beaucoup plus alarmante que la poésie.

Jean-Pierre RELIER : Vous avez raison Monsieur, il faut dire ce que vous ressentez, si vous l'avez perçu comme une poésie, tant mieux, mais c'est une poésie efficace quand même.

Pourquoi cette situation est alarmante ? C'est parce qu'on n'en a pas pris conscience avant — je l'ai bien vu dans les consultations de pédiatrie néonatale, que la majeure partie des consultations se passent en 10 minutes. Or c'est un travail de longue haleine !

— Je suis pédiatre à Roubaix, je voulais simplement faire le rapprochement : notre pays, qui consomme le plus de neuroleptiques chez les adultes, est celui aussi qui médicalise le plus la naissance, parmi tous les pays d'Europe. Donc c'est peut-être un raccourci, mais ça peut être intéressant de regarder un peu plus près.

Mais il ne faut pas non plus désespérer ! J'ai l'impression que tout le monde va sortir de là en se disant : « Oh la la, en faisant une péridurale, on devient zinzin ! » En effet il y a la plasticité, ce sont les livres merveilleux de Boris Cyrulnik, c'est tout le principe de la résilience. En effet on peut vivre des catastrophes, pendant la période nazie par exemple, et s'en sortir très bien quand-même ; parce qu'à l'occasion de hasards, on va rencontrer des situations qui vont nous permettre de nous raccrocher, de sortir de la situation... Ce qui n'empêche, il faut quand-même être très vigilant en tant que professionnels, nous, nous avons un devoir, pour les usagers, il ne faut pas non plus aller dans un catastrophisme pas possible.

— C'est très poétique !

— Je comprends bien, mais en même temps en tant que psychologue pour enfant, je considère que la situation est alarmante et qu'il faut faire quelque chose maintenant...

— Je voulais dire que le mot « travail » me paraît beaucoup plus juste que la « douleur », en ce qui concerne l'enfantement.

— D'accord, mais il faut dire ça aux accoucheurs !

— Je voulais revenir sur la souffrance *in utero*, j'ai une amie qui a dû interrompre sa grossesse à 5 mois, car son enfant n'était pas viable et elle souhaiterait un second enfant. Quelles conséquences pour le second enfant d'être là où il y a eu un enfant mort avant ?

— D'abord, il n'y a pas deux cas qui se ressemblent, et je crois qu'il est très important que pendant la grossesse la femme ait conscience des capacités de perception de son enfant. Les capacités sensorielles du fœtus sont absolument extraordinaires, et pendant la période de la grossesse, la relation entre la mère et son enfant est fantastique. Bien sûr le père va arriver, mais quand une mère est

obligée d'interrompre une grossesse soit par avortement spontané, soit thérapeutique, la mère bien évidemment peut avoir l'angoisse, et c'est à nous de lui dire qu'il n'y a pas de risque de prématurité...

Juliette PLANCKAERT : « L'histoire de Violette, c'est une jeune femme qui avait eu un bébé mort *in utero* l'an dernier, et effectivement elle n'avait pas osé être avec son bébé, pour différentes raisons qu'elle explique au fur et à mesure : parce qu'elle a peur que le bébé qui est mort en veuille au bébé qu'elle porte. Il faut que le bébé qu'elle porte, elle le sente exister elle-même, et ça, ça s'est fait par le temps qu'on a passé ensemble et où elle a pu être avec son bébé et le sentir. Il est important d'éprouver, c'est-à-dire qu'affectivement le bébé est confirmé qu'il est là, et que c'est bien lui qu'on attend et que ce n'est pas celui d'avant. Ce travail se fait à deux niveaux : à la fois par Violette qui a d'abord senti son bébé ; et de l'avoir senti, elle s'est mise à pouvoir enfin parler de toute cette horreur qu'elle avait par rapport au bébé mort. Chaque histoire est différente. Ce qui est important, c'est que la personne à qui cela arrive puisse aller quelque part pour en parler.

— Je voulais revenir sur l'oubli de la mère et l'abandon *in utero*, et faire un lien avec la prématurité, est ce qu'on peut dire que l'abandon *in utero* peut être une cause de prématurité ?

— Oui, c'est l'enfant qui décide de naître, je peux vous raconter des tas d'histoires, sur la raison de la prématurité, on dit que c'est une infection urinaire, une otite... Mais pourquoi il y a ce biais de l'infection ? Le fœtus choisit, c'est un être tout à fait particulier, exceptionnel et je pense que c'est lui qui décide de naître prématurément.

— La prématurité n'est pas une fatalité, parce que dans notre expérience, il n'y a pas de reproduction de la prématurité, parce qu'on explique à la mère qu'il n'y a aucune raison qu'elle n'accouche prématurément une deuxième fois, et c'est exceptionnel que les femmes accouchent deux fois de suite prématurément.

— Même dans une fausse-couche qui s'ignore, [avec] la mémoire de l'engramme de la mort de l'enfant précédent, qu'est ce que l'enfant qui vient ressent de ça ? Que la mère l'excuse ou l'excuse pas, en prenne conscience, n'en prenne pas conscience, qu'elle le raconte, qu'elle ne le raconte pas, qu'est-ce que le bébé lui vit par rapport à cette mémoire de mort qui est dans l'utérus ?

— Il y a une étude qui a été faite par un pédiatre. Il a voulu étudier dans une petite maternité les enfants qui avaient des coliques, qui pleurent — on dit toujours « coliques » parce qu'on ne sait pas trop de quoi il s'agit. Il a été voir les médecins généralistes pour qu'ils lui signalent ces enfants qui avaient des coliques, et ensuite il a été voir en maternité les dossiers : et dans 80 % des cas, il y avait une fausse couche. Ça ne veut pas dire que quand il y a [eu avant] une fausse couche, les enfants ont des coliques. 80 % c'est au-delà de la moyenne. Ça montre, en tous cas, qu'il y a une souffrance au départ et que la maman en souffre, et que le bébé pleure. Quand on fait parler la mère, quand on lui demande de raconter son histoire, là on voit des bébés qui s'arrêtent de pleurer, c'est quelque chose que je vois régulièrement dans les consultations en pédiatrie.

— Vous avez un livre qui s'appelle : « De mémoire de fœtus » et qui traite de justement de la question qu'on soulève aujourd'hui.

— Je suis sage-femme et j'ai fait une formation sur l'accompagnement des mamans en post fausse-couche ou en post avortement, ou post IVG, et effectivement il [l'auteur] appelle ces enfants-là, qui viennent après : les « survivants d'avortements ». Et, selon lui, beaucoup de violence chez ces enfants-là est causée par ça : parce qu'il n'y a pas d'expression, [que] ces mamans ne sont pas guéries de ce qu'elles ont vécu, et qu'elles n'ont pas pardonné à leurs bébés, ni à elles-mêmes, qu'elles n'ont pas nommé ce bébé. C'est tout un travail que l'on peut aider à vivre, et qui peut guérir les « survivants d'avortements. »

Juliette PLANCKAERT : Je voulais continuer pour bien redire ce qu'il se passe là, c'est psychique, c'est très important, c'est l'essentiel de notre vie psycho-affective ; c'est pas notre utérus qui a dedans une espèce de mauvaise bête qui va se transmettre après. J'insiste bien car votre question demandait « cet utérus ? ». L'utérus effectivement, il a vécu ce qu'il a vécu, mais ce n'est pas lui qui va transmettre. [C'est] comme dans le temps, on disait qu'une chienne qui avait été saillie par un chien d'une autre race, après, ne pourra mettre [bas] jamais que des enfants (lapsus) que des chiens bâtards, même avec un chien de la même lignée. Devenir mère et père, c'est un événement psychique.

— Mr le Député a voté au mois d'août un amendement autorisant l'utilisation du prozac chez les enfants à partir de 8 ans...

— Par rapport à tout ce qu'on a dit, existerait il une mémoire cellulaire ?

Juliette PLANCKAERT : Je tiens beaucoup à ce terme, beaucoup de gens travaillent là-dessus, mais pour l'instant ça ne veut rien dire, je crois que cette mémoire existe, je ne sais pas si c'est au niveau de la cellule ou d'autres parties de la cellule. Au moment de la fécondation, que se passe-t-il dans la trompe utérine de la femme ? C'est le temple de la procréation, il y a l'union de deux patrimoines génétiques qui sont fantastiques, et ces patrimoines vont se localiser au niveau d'un ovule fécondé, et où se situe cette mémoire cellulaire, cette mémoire transgénérationnelle ?

Un psychiatre, il y a bien longtemps, avant la guerre, interprétait beaucoup les dessins des enfants, une fille d'un de ses collègues de 5 ans a dessiné des choses que son père n'était pas capable d'interpréter, et elle dessinait des choses qu'on dessinait au 14<sup>e</sup>, 15<sup>e</sup> siècle. Il y a des mémoires transgénérationnelles qui remontaient, pas au niveau des parents, des grands-parents, mais il y a très longtemps. Mais alors où se situe cette mémoire cellulaire ? Je n'en sais rien.

— Je viens juste de lire un livre, qui s'appelle « La divinité d'action », et pour l'auteur la mémoire cellulaire serait dans le cosmos.

— C'est une réponse tout à fait imprécise.

Jean-Pierre RELIER : Désolé, si certaines réponses vous ont paru imparfaites, et merci d'être restés si longtemps.