

BERNADETTE DE GASQUET

« Il faut encourager la mobilité des femmes »

Depuis près de vingt ans, Bernadette de Gasquet, médecin et professeur de yoga, étudie la biomécanique des postures d'accouchement. L'objectif : protéger le périnée, faciliter la naissance et proposer une approche antalgique de l'accouchement. Rencontre avec une professionnelle aux confins de l'intuition, de l'expérience et de l'observation.

Qu'est-ce qui vous a amenée à travailler sur les positions de l'accouchement ?

C'est mon vécu de mère. Au départ je suis économiste. J'ai eu mon premier enfant il y a 31 ans. J'ai accouché à Foch, pour ainsi dire seule. Lorsque je suis arrivée à la maternité, tout se présentait bien, les professionnels ont écouté le cœur du bébé et puis ils sont repartis. A l'époque il n'y avait pas de perfusion ni de monitoring. Comme je voyais l'équipe très occupée je me disais : « Il ne faut pas les déranger ! » Le travail a été long mais pas violent. Je n'avais bénéficié d'aucune préparation à la naissance, à part ma pratique de yoga en amateur. Je ne savais pas qu'il fallait respirer d'une façon particulière. Quand, tout à coup, j'ai eu vraiment la sensation du bébé entre les jambes, j'ai appelé. La sage-femme est arrivée en courant, m'a retournée sur un bassin et le bébé est sorti sans que je pousse. Je n'ai rien eu à faire. Je ne sais pas combien de temps je suis restée à dilatation complète. On ne m'a pas dit : « Il faut faire ci ou ça. » Pour mon deuxième enfant, qui se présentait en siège, cela a été encore plus rapide. J'ai rompu la poche des eaux peu après mon arrivée à la maternité. Le temps que la sage-femme m'installe, les pieds dans les étriers, et qu'elle parte chercher le médecin, l'enfant est arrivé. De retour, elle n'a eu que le temps d'attraper le bébé qui sortait. C'est après ce deuxième accouchement que j'ai appris que l'on conseillait aux femmes le bloquer-pousser. Ensuite j'ai cheminé. J'ai visionné des

films ethnologiques lors d'une rencontre avec Michel Odent. Il y avait notamment l'accouchement d'une femme guinéenne, qui accouchait seule, dans la nature. On la voyait bouger, mais jamais pousser. Je me suis dit que c'était ça que j'avais ressenti. On était au moins deux. Puis je suis devenue professeur de yoga et j'ai rencontré une obstétricienne à Baudelocque à qui j'ai parlé de mes deux accouchements. Elle était convaincue qu'il fallait remettre du corporel dans la préparation à la naissance, alors essentiellement basée sur de la parole. J'ai donc commencé à travailler avec son équipe sur les postures du yoga. Quand ils m'ont demandé : « Et pour pousser vous faites quoi ? » J'ai répondu "rien", en insistant sur la nécessité de s'étirer. Mais là mon discours n'a pas été compris. Entre temps j'ai eu mon troisième enfant. Et comme je n'étais pas crédible dans ma recherche de dialogue avec le monde médical, j'ai songé à me former. J'ai pensé devenir sage-femme mais je me suis aperçue que dans le cursus ne figurait pas l'apprentissage de la globalité du corps. J'ai ensuite regardé du côté des kinésithérapeutes. Mais leur formation n'intégrait pas l'obstétrique, ni le périnée à l'époque. Alors à 38 ans, j'ai finalement décidé de me lancer dans des études de médecine que j'ai terminées en 93 avec une thèse sur les problèmes d'incontinence dus à l'accouchement. Après ça, on a commencé à m'écouter plus sérieusement. J'ai créé une consultation de périnéologie au sein de la maternité des

Bluets à Paris. Je fais de la formation dans les maternités depuis 1995. Aujourd'hui je suis débordée par la demande, ce qui prouve l'intérêt des équipes pour la mobilité et la naissance physiologique.

Qu'est-ce que la méthode APOR ?

Il s'agit de l'approche posturo-respiratoire. Pour moi, la respiration dépend de la posture. Cette logique est toujours présente dans mon travail qu'il s'agisse de périnéologie, des positions du travail et de l'accouchement, de rééducation abdominale et périnéale... : il faut s'étirer pour avoir une respiration correcte et limiter les pressions. Mon apport a été d'expliquer la biomécanique des postures. Bien sûr il n'y a pas que le corps. Le psychisme, l'histoire personnelle et familiale, tout cela intervient dans l'accouchement. Mais la posture, c'est le plus facile à standardiser, à décrire. Et ce n'est pas incompatible avec l'accompagnement. C'est une approche à la limite entre kiné, ostéo et obstétrique. J'ai voulu aider la femme qui accouche dans toutes les situations, faire en sorte de trouver des postures plus antalgiques et qui génèrent moins de résistance au niveau du périnée. Il se trouve que ce que la femme fait spontanément pendant le travail correspond à quelque chose. Si le bébé est haut, elle aura envie de déambuler, de se verticaliser, s'il est bas, elle prendra des postures plus horizontales de type quatre pattes (parce qu'elle a mal au dos, ou qu'elle ressent trop de pression sur le



Bernadette de Gasquet

périnée). Quand le bébé n'est pas bien dans l'axe elle va effectuer des balancements, prendre une position asymétrique... Parmi les principes de base, lorsque les choses n'avancent pas pendant la phase d'engagement, il faut changer de position, qu'on utilise ou non des accessoires. Il faut varier les postures pour permettre l'étirement et libérer le sacrum. Pendant la descente, ce qui est important c'est évidemment l'ouverture du bassin ; il faut savoir que celui-ci s'ouvre vers l'arrière. Il y a donc deux postures à éviter : assise avachie ou le décubitus dorsal. Il faut trouver le moyen d'enlever les obstacles au niveau du bassin. Or, la position gynécologique est celle qui ferme le plus le détroit moyen. Par exemple, j'ai montré, grâce à des radios que selon la position des genoux (en dedans ou en dehors) on pouvait gagner 1 cm au niveau de l'ouverture du bassin (bi-épinox). J'ai fait ces tests sur moi, alors que je n'étais pas enceinte, et donc moins laxé que les femmes en train d'accoucher. Une école de sages-femmes a réalisé sous ma direction des études plus poussées chez des femmes enceintes : elle a montré qu'on pouvait gagner jusqu'à 2 cm ! Et puis, au dernier moment, l'idéal, j'en suis convaincue, c'est un changement brutal de position. C'est ce que j'ai vécu dans mes accouchements et c'est illustré par de nombreux films ethnologiques...

A part vos recherches, existe-t-il une littérature sur le sujet ?

Pour tout ce qui est de l'ordre de la mesure de l'ouverture du bassin, je ne crois pas. Par exemple, la différence lorsque les genoux sont en dedans ou en dehors, il n'y avait rien... Cela paraît évident aujourd'hui, tout le monde le reprend, mais je ne l'ai trouvé nulle part. Les étudiants qui rédigent des mémoires et cherchent une bibliographie ne trouvent pas non plus. Il n'en existe pas davantage sur la fonction de la partie basse des abdos, cette contraction du transverse responsable du réflexe expulsif.

Pourquoi cette méthode, qui semble tellement intuitive et évidente, a-t-elle mis si longtemps à se diffuser ?

Il y a toujours eu des sages-femmes très intéressées mais bon... ça n'a pas révolutionné les pratiques. Je crois que les obstétriciens trouvaient que cela restait du domaine du confort. Après avoir intégré l'équipe du DU de mécanique obstétricale à Besançon en 1999, nous avons commencé à travailler l'accouchement sur le côté. Ma rencontre avec Roselyne Lalauze, ostéopathe spécialiste du crâne du nouveau-né, a permis de voir la mécanique non seulement du point de vue maternel mais aussi du point de vue du fœtus. On s'est aperçu que tout était modifié. La mécanique est complètement changée. Le bébé ne tourne pas, il ne défléchit pas, il descend tout droit. Comme toute la mécanique obstétricale avait été pensée sur le dos, on a dû tout réétudier.

Pourquoi dites-vous que vous êtes dépassée par le succès de l'accouchement sur le côté ?

C'est devenu le truc à la mode. Tous les médias en parlent. Mais l'idée de base, c'était d'encourager la mobilité des femmes. On ne veut pas les figer sur le côté, même si c'est mieux que sur le dos... C'est une option, une proposition que l'on peut faire à celles qui ne sentent pas dans leur corps ce qui leur convient... Et puis il n'y a pas que l'expulsion, mais aussi tout ce qui peut être fait avant et qui va diminuer le taux de dystocies, éventuellement accélérer le travail, le rendre moins douloureux. Enfin, le problème c'est que nombre de professionnels se mettent à faire des accouchements sur le côté sans bien connaître son fonctionnement. Ils s'attendent à procéder sur le côté comme sur le dos, alors qu'on n'a pas encore décrit tous les gestes à faire si une dystocie se présente malgré tout. Avec l'équipe de Besançon, et d'autres comme Lille, Villeneuve-Saint-Georges... nous

commençons tout juste à avoir des repères. On est en train de décortiquer des films d'accouchement pour essayer de voir ce qu'il se passe. C'est une nouvelle dynamique. Beaucoup de questions se posent à nous alors qu'avec l'accouchement sur le dos on avait cessé de se questionner.

Mais toutes les femmes ne ressentent pas forcément cette nécessité de bouger...

C'est vrai. Je ne sais pas pourquoi certaines vont passer à côté. Des femmes pourtant trouvent toutes seules leur position même avec la péridurale. Mais si ça ne vient pas de la dame, et que le travail ne progresse pas, il faut savoir lui proposer. C'est alors que les repères que j'enseigne, le raisonnement biomécanique sont importants. Car les sages-femmes ne peuvent pas sentir les choses à la place de la femme, mais elles peuvent raisonner à partir de l'examen, de la position du bébé, etc.

L'objectif est-il que votre méthode soit enseignée dans les écoles de sages-femmes au niveau national ?

Il y a déjà des écoles qui l'ont intégrée au programme de deuxième année. Et l'accouchement physiologique fait partie de la formation. Mais mon objectif, c'est surtout de montrer que cela peut se faire à l'hôpital, avec la perfusion, le monitoring, la péridurale, si besoin. L'approche n'est pas synonyme de tout naturel. Mais si c'est possible à l'hôpital, ce sera encore plus facile à la maison.

■ Propos recueillis par Sandra Mignot

→ Bibliographie récente

- *Gym autour d'une chaise, Guides du vivre bien Robert Jauze, Paris 2004.*
- *Bébé est là, vive maman. Les suites de couches, Collection santé Robert Jauze, Paris 2005.*
- *Abdominaux, arrêtez le massacre, Collection santé Robert Jauze, Paris 2003.*