



Université Fernando Pessoa

Faculté de Sciences Humaines et Sociales

Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive

**Fasciathérapie et problématiques abdomino-
lombo-pelviennes chez la femme enceinte**

**Etude de ma pratique auprès des femmes enceintes en cabinet de
kinésithérapie-fasciathérapie**

Christine Barbier-Godard

Porto, 2013



Université Fernando Pessoa

Faculté de Sciences Humaines et Sociales

Dissertation de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive

**Fasciathérapie et problématiques abdomino-
lombo-pelviennes chez la femme enceinte**

**Etude de ma pratique auprès des femmes enceintes en cabinet de
kinésithérapie-fasciathérapie**

Directeur : Prof. Dr. Emmanuelle Duprat

Co-director : Professor Doutor Danis Bois

Christine Barbier-Godard

Porto, 2013

Résumé

Ce mémoire porte sur l'étude des modalités de ma pratique de fasciathérapie auprès des femmes enceintes consultant pour des problématiques abdomino-lombo-pelviennes. Un premier volet de la recherche a pour objectif d'apporter une vision panoramique sur une vingtaine d'année des principaux motifs de consultation des femmes enceintes et de l'organisation des séances. La majeure partie de ce travail qualitatif est ensuite consacrée à l'analyse approfondie de données pratiques ancrées dans des descriptions de séances, dans l'objectif de construire *une modélisation des différentes catégories* d'informations (perceptives ou cognitives) et de connaissances recrutées, des actes effectués, *ainsi que des différents niveaux d'interaction repérés*. Cette modélisation cible les spécificités d'une prise en charge fasciathérapique propre au terrain étudié.

Resumo

Esta dissertação sobre o estudo das modalidades da minha prática de fasciaterapia junto de mulheres grávidas com problemas lombo-pélvico-abdominais. Uma primeira parte da investigação tem como objectivo oferecer uma visão panorâmica dos últimos vinte anos acerca dos principais motivos de consulta das mulheres grávidas e da organização das consultas de fasciaterapia. A segunda e principal parte deste trabalho, de natureza qualitativa, incide sobre a análise aprofundada dos dados práticos extraídos das descrições das sessões de fasciaterapia, no âmbito de construir uma *modelização das diferentes categorias de informações* (perceptivas ou cognitivas), de conhecimentos recrutados e de ações efectuadas, *bem como dos diferentes níveis de interação observados*. Esta modelização concentra-se numa área específica de intervenção fasciaterapêutica própria ao terreno estudado.

« Bref, quelle est cette vie en mon sein qui n'est pas mienne et qui intensifie pourtant sans mesure ma propre vie ? »

Natalie Depraz – *L'autre intime, Phénoménologie de la grossesse*

« Car c'est bien dans cette aventure universelle et fondatrice qu'est la naissance que se fondent les racines de notre être, de notre vie familiale et sociale et notre relation au monde. Retrouver le sens de la naissance, c'est retrouver le sens de notre humanité. »

Doris Nadel – *Transmettre et accueillir la vie*

« La naissance d'un enfant nous convie au plus secret de nous-mêmes, au cœur de notre intimité la plus profonde, où se transmet la mémoire de nos ancêtres et où se renouvelle l'histoire de l'humanité »

Doris Nadel – *Transmettre et accueillir la vie*

« Attendre un enfant, c'est faire de la place en soi à un autre, c'est apprendre progressivement à se mettre en état de réceptivité à quelqu'un qu'on ne connaît pas encore »

Nicole Ferry – *Devenir mère, une formidable rencontre*

Remerciements

Au Professeur Danis Bois, fondateur de la fasciathérapie et de la psychopédagogie perceptive, pour la richesse et la qualité de son enseignement.

Au Docteur Emmanuelle Duprat, pour son amitié sincère et profonde et en tant que directrice de mémoire pour son accompagnement et son soutien tout au long de ce travail de recherche.

Aux Professeurs Eve Berger, Karine Grenier, Didier Austray et Marc Humpich, pour leur enseignement.

A mes collègues de Master pour cette aventure partagée.

A Marie-Christine Astruc-Marty, pour son amitié sincère et profonde, ses encouragements et ses relectures attentives.

Un grand merci à Catarina Santos, Sylvie Dumoulin, Michèle Cluse, Nathalie Salvart.

J'associe également Isabelle, Marie-Andrée, Myriam, Marie-Josée et Bertrand qui ont participé à leur manière à la réalisation de ce projet.

A Jean-Luc, mon compagnon de route.

A mes parents pour leurs encouragements et leur soutien.

A mes deux enfants, Théo et Fanny, pour leur amour et tous ces instants si précieux qu'ils m'ont offerts dès leurs premiers instants de vie.

A toutes les femmes enceintes qui de près ou de loin ont participé à la maturation de ce projet, avec une pensée toute particulière aux trois participantes à ma recherche.

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Résumé | 5 |
| Resumo | 5 |
| Remerciements | 7 |
| Sommaire | 9 |
| Liste des figures | 15 |
| Introduction | 17 |
| <i>PREMIÈRE PARTIE : CHAMP THÉORIQUE ET PRATIQUE</i> | 21 |
| Chapitre 1 : Problématique | 23 |
| 1. Pertinence personnelle..... | 23 |
| 2. Pertinence professionnelle..... | 25 |
| 3. Pertinence sociale | 26 |
| 4. Pertinence scientifique | 27 |
| 5. Question de recherche | 29 |
| 6. Objectifs de la recherche | 29 |
| Chapitre 2 : Champ théorique | 31 |
| 1. Physiopathologie des problématiques lombo-pelviennes chez la femme enceinte | 31 |
| 1.1. <i>Modifications physiologiques</i> | 32 |
| 1.2. <i>Les problématiques abdominales, lombaires et pelviennes</i> | 39 |
| 1.3. <i>Les axes thérapeutiques actuels dans les problématiques lombaires et pelviennes</i> | 43 |
| 2. Modèles fasciathérapiques et hypothèses concernant les problématiques abdomino-lombo-pelviennes (ALP) chez la femme enceinte | 45 |
| 2.1. <i>Organisation anatomique des différents fascias et leurs fonctions</i> | 45 |
| 2.2. <i>Modèle de la voie de résonance d'un choc (VRC) et problématiques abdomino-lombo-pelviennes (ALP)</i> | 51 |
| 2.3. <i>Approche manuelle en fasciathérapie</i> | 55 |
| 2.4. <i>Organisation biomécanique et biorythmique du mouvement interne</i> | 58 |
| 3. Approches thérapeutiques et pédagogiques des femmes enceintes présentant des problématiques abdomino-lombo-pelviennes (ALP) en fasciathérapie | 59 |
| 3.1. <i>La fasciathérapie appliquée aux problématiques lombo-pelviennes</i> | 59 |

| | |
|--|-----------|
| 3.2. <i>La fasciathérapie appliquée à la femme enceinte et la gymnastique sensorielle périnatale (GSP)</i> | 60 |
| Chapitre 3 : Cadre pratique | 65 |
| 1. Introduction | 65 |
| 2. Le contexte | 65 |
| 3. Ma posture de fasciathérapeute | 67 |
| 3.1. <i>L'efficacité sur le symptôme</i> | 67 |
| 3.2. <i>Regard panoramique sur la grossesse</i> | 68 |
| 3.3. <i>Accompagnement de la dimension humaine</i> | 68 |
| 4. Quelques repères de prise en charge fasciathérapique au cours de la grossesse et du post-partum..... | 69 |
| 4.1. <i>L'anamnèse</i> | 69 |
| 4.2. <i>Observations manuelles</i> | 70 |
| <i>DEUXIÈME PARTIE : POSTURE ÉPISTÉMOLOGIQUE ET MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE</i> | 75 |
| Chapitre 4 : Posture épistémologique | 77 |
| 1. Une démarche compréhensive d'inspiration phénoménologique | 77 |
| 2. Posture de praticien-chercheur inscrit dans le paradigme du Sensible | 77 |
| 2.1. <i>Une posture en première et deuxième personne</i> | 77 |
| 2.2. <i>Inscription dans le paradigme du Sensible : implication et distance de proximité</i> | 78 |
| 3. Analyse qualitative | 80 |
| 3.1. <i>Analyse qualitative</i> | 80 |
| 3.2. <i>Théorisation ancrée</i> | 81 |
| 3.3. <i>L'analyse de pratiques comme support de la recherche</i> | 81 |
| Chapitre 5 : Le recueil de données | 83 |
| 1. Les différents types de recueil de données | 83 |
| 1.1. <i>Procédures</i> | 83 |
| 1.2. <i>Fiches de consultation</i> | 83 |
| 1.3. <i>Enregistrement et retranscription de séance</i> | 83 |
| 1.4. <i>Description spécifiée de séance</i> | 85 |
| 2. Les participantes à la recherche..... | 85 |

| | |
|---|------------|
| 2.1. Données quantitatives à partir des fiches de consultation | 85 |
| 2.2. Données qualitatives portant sur trois séances de fasciathérapie | 86 |
| 3. Description des recueils | 88 |
| 3.1. Tableau Excell | 88 |
| 3.2. Verbalisations descriptives..... | 88 |
| 3.3. Descriptions spécifiées | 88 |
| Chapitre 6 : Méthodologie d'analyse..... | 89 |
| 1. Analyse classificatoire quantitative des motifs de consultation et du mode d'organisation des séances | 89 |
| 1.1. Première catégorie classificatoire « mode d'organisation des séances » | 89 |
| 1.2. Deuxième catégorie classificatoire « motifs de consultation » | 90 |
| 1.3. Méthode d'analyse..... | 92 |
| 2. Analyse qualitative phénoménologique | 92 |
| 2.1. Analyse cas par cas | 93 |
| 2.2. Analyse transversale du tableau n°2 | 96 |
| 2.3. Ecriture du champ théorique..... | 97 |
| 2.4. Analyse cas par cas du tableau n°3..... | 97 |
| 2.5. Analyse transversale du tableau n°3 | 99 |
| 2.6. Analyse dynamique des tableaux n°2 et n°3 | 99 |
| 2.7. Reprise de l'analyse transversale du tableau n°3 | 99 |
| TROISIÈME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES | 103 |
| Chapitre 7 : Analyse et interprétation des motifs de consultation et du mode d'organisation des séances..... | 105 |
| 1. Données générales sur les patientes | 105 |
| 1.1. Nombre de participantes et nombre de grossesses suivies..... | 105 |
| 1.2. Participantes primipares | 105 |
| 1.3. L'âge moyen de consultation..... | 105 |
| 2. Le mode d'organisation des séances (Tableau n°1-A)..... | 105 |
| 2.1. La répartition des séances..... | 105 |
| 2.2. Les techniques utilisées | 108 |
| 3. Les motifs de consultation (Tableau n°1-B et n°1-C)..... | 109 |

| | |
|--|-----|
| 3.1. <i>Motifs de consultation initiaux (Tableau n°1-B)</i> | 109 |
| 3.2. <i>Evolution des motifs de consultation (Tableau n°1-C)</i> | 114 |

Chapitre 8 : Analyse et interprétation des informations et connaissances recrutées 117

| | |
|---|-----|
| 1. Les différentes informations verbales prises en compte dans ma pratique de fasciathérapeute..... | 117 |
| 1.1. <i>Symptômes physiques</i> | 117 |
| 1.2. <i>Vécu de la grossesse et interaction avec son bébé</i> | 119 |
| 1.3. <i>Les effets de la séance</i> | 121 |
| 2. Connaissances théoriques sur lesquelles je m'appuie | 125 |
| 2.1. <i>Connaissances médicales</i> | 125 |
| 2.2. <i>Connaissance de la fasciathérapie : le modèle de la voie de résonance d'un choc (VRC)</i> | 128 |
| 3. Connaissances issues de mon expertise pratique | 132 |
| 3.1. <i>Importance de libérer le cadre osseux et le fascia musculo-squelettique</i> | 132 |
| 3.2. <i>Importance de libérer le fascia axial profond (FAP)</i> | 133 |
| 3.3. <i>Importance de libérer le fascia dure-mérien</i> | 134 |
| 3.4. <i>Importance de permettre le centrage du bébé dans le cadre osseux</i> | 135 |
| 4. Informations perçues sous mes mains | 136 |
| 4.1. <i>Tension/relâchement</i> | 137 |
| 4.2. <i>Paramètres du mouvement interne</i> | 138 |
| 4.3. <i>BRS/mouvement linéaire/BMS/mouvement libre</i> | 143 |
| 4.4. <i>Dynamique maman-bébé</i> | 145 |

Chapitre 9 : Analyse et interprétation des actes pratiqués 149

| | |
|---|-----|
| 1. La posture du praticien | 149 |
| 1.1. <i>Mobilisation attentionnelle envers les problématiques ALP</i> | 150 |
| 1.2. <i>Mobilisation attentionnelle envers le processus de la grossesse</i> | 152 |
| 2. Les gestes techniques : actes manuels et gestuels | 155 |
| 2.1. <i>Les différents types de toucher utilisés</i> | 155 |
| 2.2. <i>Le biorythme sensoriel (BRS)</i> | 165 |
| 3. Guidage verbal | 167 |

| | |
|---|------------|
| 3.1. <i>Guidage descriptif orientant la patiente vers la perception de sa région abdomino-lombo-pelvienne et de sa libération.....</i> | 168 |
| 3.2. <i>Guidage descriptif orientant la patiente vers la perception en relation avec la présence ou la dynamique du bébé.....</i> | 169 |
| Chapitre 10 : Analyse dynamique..... | 171 |
| Chapitre 11 : Conclusion et perspectives | 175 |
| Bibliographie..... | 183 |
| ANNEXES | 189 |
| Annexe I - Tableau n°1 : Catégorisation finale des fiches patientes..... | 191 |
| Annexe II..... | 193 |
| <i>Tableau n°2 : Informations et connaissances recrutées pendant une séance de fasciathérapie chez une femme enceinte présentant des problématiques ALP</i> | <i>194</i> |
| <i>Tableau n°2a – Dorothée - Catégorisation finale.....</i> | <i>195</i> |
| <i>Tableau n°2b – Anouk - Catégorisation finale.....</i> | <i>210</i> |
| <i>Tableau n°2c – Lucile – Catégorisation finale.....</i> | <i>223</i> |
| Annexe III | 235 |
| <i>Tableau n°3 : Actes pratiqués pendant une séance de fasciathérapie chez une femme enceinte présentant des problématiques ALP.....</i> | <i>236</i> |
| <i>Tableau n°3a – Dorothée – Catégorisation finale</i> | <i>237</i> |
| <i>Tableau n°3b – Anouk – Catégorisation finale</i> | <i>245</i> |
| <i>Tableau n°3c – Lucile – Catégorisation finale.....</i> | <i>253</i> |
| Annexe IV | 257 |
| <i>Verbatim de la séance avec Dorothée de mai 2011</i> | <i>258</i> |
| <i>Verbatim de la séance avec Anouk de juin 2011</i> | <i>272</i> |
| <i>Description spécifiée de la séance avec Anouk (28 juin 2011).....</i> | <i>283</i> |
| <i>Verbatim de la séance avec Lucile de juillet 2011</i> | <i>286</i> |
| <i>Description spécifiée de la séance avec Lucile (juillet 2011).....</i> | <i>296</i> |

Liste des figures

| | |
|---|-----|
| 1 – Dessin de la dynamique gravidique utérine, 5ème mois, Martine Taver. | 33 |
| 2 – Dessin de la dynamique gravidique utérine, 8ème mois, Martine Taver. | 33 |
| 3 – Dessin de la dynamique gravidique utérine, inversion des lames sacro-rétro-génito-pubiennes, Martine Taver. | 35 |
| 4 - Dessin du fascia superficiel, Myriam Valet..... | 47 |
| 5 - Dessin du fascia axial profond, Myriam Valet..... | 47 |
| 6 - Dessin du fascia dure-mérien, Myriam Valet | 48 |
| 7 – Tableau des fonctions du fascia d'après les recherches de Quéré..... | 50 |
| 8 –Tableau n°1–A : Mode d'organisation des séances..... | 90 |
| 9 – Tableau n°1–B : Motifs de consultation initiaux..... | 91 |
| 10 – Tableau n°1–C : Evolution des motifs de consultation | 91 |
| 11 – Tableau n°2 : Informations et connaissances recrutées | 93 |
| 12 –Tableau n°3 : Actes fasciathérapiques pratiqués | 93 |
| 13 – Tableau n°2 : Informations et connaissances recrutées pendant une séance de fasciathérapie chez une femme enceinte présentant des problématiques ALP | 101 |
| 14 – Tableau n°3 : Actes pratiqués pendant une séance de fasciathérapie chez une femme enceinte présentant des problématiques ALP | 102 |
| 15 – Tableau n°1-A: Mode d'organisation des séances..... | 109 |
| 16 – Schéma de la répartition des motifs de consultation initiaux | 110 |
| 17 – Tableau n°1-B : Motifs de consultation initiaux, résultats | 114 |
| 18 – Tableau n°1-C : Evolution des motifs de consultation, résultats | 115 |
| 19 - Interactions entre le geste technique et les informations et connaissances recrutées/catégories émergentes | 173 |

Introduction

Sur le terrain de ma pratique professionnelle, j'observe que la période anténatale n'est pas toujours bien vécue par les femmes, alors même qu'il s'agit d'un événement heureux, le plus souvent attendu, s'inscrivant dans un projet de vie pour la femme et le couple.

Bien qu'étant un processus physiologique, la grossesse demande néanmoins une adaptation somato-psychique intense sur un temps relativement court, entraînant avec elle de multiples adaptations. Les futures mamans se plaignent fréquemment de tensions lombopelviennes, d'algies pelviennes, et parfois de la sensation de gêne du bébé. Dans la mesure où elles n'entravent pas le déroulement de la grossesse jusqu'à son terme, ces problématiques sont considérées sans gravité pour la maman et le fœtus mais peuvent néanmoins avoir un retentissement sur son état général et/ou le vécu de la grossesse, en plus de la douleur et de l'impotence fonctionnelle.

Au-delà des symptômes, le corps de la femme enceinte, en tant qu'« enceinte », tout à la fois réceptacle et centre nourricier pour l'embryon puis le fœtus, mérite que les professionnels de la périnatalité y portent toute leur attention, mais pas seulement tournée vers les risques. En effet, c'est une attention toute particulière qui peut faire de cette « enceinte » une structure accueillante pour le fœtus. De fait, considérer la structure elle-même en tant que lieu d'interaction entre le bébé et son environnement proche (la maman), invite à mener une réflexion et à m'interroger : comment puis-je, en tant que professionnelle du corps, prendre en compte, dans un même geste technique, à la fois la dimension soignante et la dimension qualitative qui sollicitent l'interaction maman/bébé, favorisant ainsi le bien vivre de la grossesse pour la future maman.

La fasciathérapie, créée par le professeur Danis Bois¹ dans les années 1980, est une thérapie manuelle non manipulative qui agit sur toutes les structures du corps (os, articulations, ligaments, muscles et viscères) par l'intermédiaire des fascias². La fasciathérapie

¹ Danis Bois, kinésithérapeute et ostéopathe, est aujourd'hui docteur en sciences de l'éducation et agrégé en Psychopédagogie Perceptive, professeur cathédrique en Sciences Sociales à l'Université Fernando Pessoa de Porto au Portugal, où il dirige le Centre d'Étude et de Recherche Appliquée en Psychopédagogie perceptive (www.cerap.org).

² Les fascias enveloppent et relient entre eux tous les éléments de la tête aux pieds, de la peau aux tissus profonds (organes, os, système nerveux)

visé à soulager les douleurs physiques fonctionnelles à travers un toucher à la fois symptomatique et relationnel. Les fascias sont animés d'une dynamique qui garantit la liberté de nos articulations, le confort et la souplesse de nos mouvements. Le thérapeute, grâce à un geste d'une haute technicité, repère les zones de tensions et restaure la cohérence et la rythmicité interne des tissus.

Nous verrons au cours du mémoire que la fasciathérapie ouvre de nouvelles perspectives dans l'accompagnement de la femme enceinte présentant des problématiques abdomino-lombo-pelviennes. Et, en tant que kinésithérapeute et fasciathérapeute, de nombreuses femmes enceintes viennent me consulter pour ces problématiques liées à leur grossesse, qui recouvrent un ensemble de symptômes fonctionnels pour lesquels il existe peu de moyens curatifs.

C'est pourquoi, il me semble pertinent de développer cette recherche sur le thème des problématiques abdomino-lombo-pelviennes liées à la grossesse qui concerneraient, selon certaines études, entre 68 et 76 % des femmes pour les syndromes douloureux lombaires bas (Fouquet, Borie & Pellieux, 2005, p. 708), et 3,9 à 89,9% des femmes pour les syndromes douloureux pelviens (Timsit, 2005, p. 715). En revanche la prévalence des problématiques abdomino-pelviennes n'est pas, à ma connaissance, évaluée dans la littérature.

Je remarque, par ailleurs, que de nombreux professionnels de la périnatalité et de la santé abordent les problématiques lombo-pelviennes et les problématiques abdomino-pelviennes de façon clivée. Or, ces problématiques surviennent dans un contexte particulier qui n'est pas celui de la lombalgie aspécifique³, mais en rapport avec la dynamique gravidique de l'utérus qui entraîne des modifications articulaires, de la statique et de la dynamique pelvienne, hormonales ainsi que des réorganisations psycho-affectives.

J'ai souhaité développer cette recherche qui porte sur l'analyse de ma pratique professionnelle afin que les professionnels de la périnatalité puissent saisir les enjeux théorico-pratiques et novateurs de la fasciathérapie dans ce domaine. C'est pourquoi je pose la question de recherche suivante : « Quelles sont les différentes modalités de ma pratique de fasciathérapie auprès des femmes enceintes consultant pour des problématiques abdomino-lombo-pelviennes ? »

Ainsi, ma recherche vise à apporter des éléments de compréhension autour des problématiques abdomino-lombo-pelviennes en apportant un éclairage théorique et pratique

³ La lombalgie est considérée comme aspécifique quand aucune cause spécifique n'a été diagnostiquée médicalement.

sous l'angle de la fasciathérapie, et tentera de mettre à jour des protocoles thérapeutiques à travers une étude de ma propre pratique de terrain.

Dans **la première partie**, j'aborderai ma sensibilité avec le champ de la périnatalité, le cadre professionnel dans lequel j'exerce, l'importance de proposer aux femmes enceintes des moyens techniques pour les aider dans les petits maux de la grossesse, et enfin les apports de cette recherche auprès des professionnels. Sur le plan théorique, je présenterai les modifications physiologiques liées à la grossesse qui nous intéressent plus particulièrement avant de développer la physiopathologie des problématiques abdomino-lombo-pelviennes. J'aborderai les axes thérapeutiques actuels puis je développerai certains modèles et outils techniques fasciathérapeutiques. Enfin, je présenterai dans le cadre pratique un état des lieux de ce que je sais de ma pratique, qui me sert de guide, avant d'en faire l'étude approfondie.

Dans **la deuxième partie**, je définirai ma posture de recherche qui se situe dans le champ épistémologique de la recherche qualitative avec une posture de praticien-chercheur au sein du paradigme du Sensible⁴ (Berger, 2009a ; Bois & Austray, 2007b). Mon terrain de recherche sera l'étude de ma pratique que je vais analyser selon une méthodologie rigoureuse et distanciée, selon une approche qualitative d'inspiration phénoménologique et herméneutique, pour apporter des éléments de compréhension et de réflexion. Je présenterai les différents types de données que j'ai utilisés pour mener la recherche sur ma propre pratique professionnelle et j'exposerai la méthodologie d'analyse.

La troisième partie sera consacrée à l'analyse des données. En premier lieu de la recherche, j'ai étudié les modalités pratiques des séances de fasciathérapie que j'ai effectuées, à partir du contenu des fiches de consultation des femmes que j'ai eues en soin pendant leur grossesse, pour avoir une vision panoramique de mon activité de cabinet de kinésithérapie-fasciathérapie. En deuxième lieu de la recherche, et afin d'avoir une vision pénétrante de ma pratique professionnelle auprès des femmes enceintes présentant des problématiques abdomino-lombo-pelviennes, j'ai fait une analyse approfondie du corpus de données que j'ai constitué à partir de séances de fasciathérapie effectuées auprès des trois participantes à ma

⁴ Le paradigme du Sensible a été défini ainsi par D. Bois et D. Austray : « *La dimension du Sensible est née d'un contact direct avec le corps et c'est à partir de cette expérience que se construit progressivement, chez le praticien, une nouvelle nature de rapport à soi, aux autres et au monde et la mise en lumière d'une nouvelle forme de connaissance, un rapport que nous pouvons qualifier de créatif et qui place, (...) la présence à soi au centre du processus d'accès à la connaissance* » (Bois & Austray, 2007, p. 6).

recherche. Pour cela, j'ai analysé les informations et connaissances recrutées pendant une séance de fasciathérapie ainsi que les actes fasciathérapeutiques spécifiques que j'ai pratiqués auprès des trois participantes. J'ai d'abord mené une analyse cas par cas, dont les résultats figurent en annexe sous forme de catégorisation finale. J'ai ensuite réalisé une analyse transversale, à partir des catégorisations finales des connaissances et informations recrutées pendant une séance de fasciathérapie ainsi qu'une analyse transversale des actes fasciathérapeutiques spécifiques pratiqués. Et pour finir j'ai fait une analyse dynamique de ces deux analyses transversales, sous forme d'un mouvement herméneutique qui présente une manière de travailler en fasciathérapie auprès de ce type de population spécifique. En conclusion, je ferai un retour sur les objectifs de la recherche et j'aborderai les perspectives de la recherche.

PREMIÈRE PARTIE :
CHAMP THÉORIQUE ET
PRATIQUE

Chapitre 1 : Problématique

1. Pertinence personnelle

Mes premiers questionnements sur ce thème remontent à mes débuts de kinésithérapeute lorsque j'intervenais dans différents services de rééducation pour enfants polyhandicapés. La plupart des enfants étaient atteints d'infirmité motrice d'origine cérébrale dont les causes pathogènes, encore mal connues de nos jours, sont souvent liées à une souffrance néonatale. Le handicap de ces jeunes enfants m'a profondément touchée, et est venu ébranler la naïveté de la jeune femme que j'étais. Je prenais alors pleinement conscience que donner la vie n'était pas aussi anodin qu'il y paraissait. Je me sentais pleinement concernée par ces histoires de vie, en tant que femme mais aussi en tant que « future maman » potentielle.

Comment permettre que cet acte naturel de « donner la vie » puisse se dérouler dans les meilleures conditions possibles ? Quelle part de responsabilité revient à la future maman ? Peut-on agir sur la part d'inconnu ?

Quelques années plus tard, ces questionnements sont ravivés au moment de la naissance de ma nièce, si petite, venue au monde au bout de 6 mois de gestation c'est-à-dire à un âge où les fonctions vitales ne sont pas encore autonomes et pesant alors seulement 900 gr. L'équilibre gravidique était rompu, l'homéostasie de la maman et du bébé menacée. Après une césarienne pratiquée en urgence, la maman retrouva rapidement son état de santé, en revanche pour le bébé il y eut quelques mois d'incertitude pendant lesquels la famille était suspendue au moindre progrès du nourrisson. Là encore les connaissances médicales sur les causes de la toxémie gravidique restaient très floues.

Je me questionnais à nouveau sur ces enjeux de vies. Qu'est-ce qui faisait qu'à un moment donné, la vie de la maman et celle du fœtus pouvaient être menacées de manière soudaine sans aucun signe précurseur ? Pouvait-on d'une manière ou d'une autre favoriser le processus de la vie *in utero* ?

Plusieurs années plus tard mon compagnon et moi-même décidons d'avoir un enfant. C'est heureuse et très confiante que je m'engage dans cette grossesse, je me sens même portée par la vie qui se construit en moi, je suis rayonnante et je perçois très tôt un lien très fort avec

mon bébé. Cet état de plénitude me berce d'illusions, j'ai le sentiment de pouvoir mener à bien à la fois ma grossesse et ma vie professionnelle. Ce faisant, très active et sans égard pour ma fatigue, je crois pouvoir tout conjuguer comme avant. Or, à cinq mois et demi de grossesse, lors d'une visite de contrôle, le diagnostic de la sage-femme tombe sans appel, « Je te mets en arrêt de travail jusqu'au terme car le col de l'utérus est très ouvert. Tu dois rester allongée le plus longtemps possible dans la journée et ne plus te déplacer car il y a un risque que tu accouches prématurément ». Le spectre du scénario vécu pour ma nièce par ma belle-sœur semblait pouvoir s'envisager pour moi-même. Cette perspective est venue m'interpeller de la même façon mais cette fois-ci me concernait directement. Pourtant, rien ne me laissait présager cette issue : je n'avais pas de tension physique particulière hormis des contractions relativement intenses à certains moments. Les petits maux de la grossesse me laissaient plutôt tranquille.

Pendant ce temps de repos forcé, j'essayais de comprendre, d'observer depuis mon intériorité les « causes » possibles. Je constatais que dans le même temps, alors que je me sentais baignée d'amour, en totale harmonie avec ce que je vivais, il y avait de toute évidence une part de moi-même que je n'écoutais pas vraiment, un lieu dans moi où la vie se construisait et que je n'accueillais pas, trop affairée par les préoccupations du quotidien. Il me fallait tenir les quatre mois et demi qui me séparaient du terme, et je prenais enfin conscience que mon corps ne suivait plus tout à fait les mêmes règles qu'avant. De plus, je ne devais pas me laisser envahir par la peur que la station debout prolongée ne déclenche les contractions ni par celle d'accoucher prématurément, etc...

Je sais qu'intérieurement j'ai eu à faire le choix d'accueillir pleinement aux tréfonds de moi-même cette nouvelle vie en devenir car je n'avais plus de choix : la vie se développait en moi et il me fallait garder la confiance de pouvoir nous emmener au bout. Ainsi, j'ai dû apprendre à me laisser faire, pétrir même, au plus profond de moi, par la physiologie de la grossesse.

Par ailleurs, étant fasciathérapeute depuis de nombreuses années, j'avais la chance d'avoir à ma disposition des outils techniques que je pouvais m'appliquer à moi-même. Je pratiquais surtout l'approche gestuelle, quotidiennement, assise, couchée, au sol, de façon à garder la souplesse de ma colonne lombaire, à préparer le périnée, à observer les mouvements de mon bébé dans mes moments d'immobilité ou bien dans les temps de gymnastique sensorielle que je m'accordais. Ces outils m'ont aidée à repousser mes peurs, mes angoisses et mes pensées quant à ma possible responsabilité et au fait que je pouvais « nuire à la vie qui se développait en moi ».

Si j'ai souhaité vous faire part ici de mon vécu, c'est parce qu'au-delà de mon cas particulier, il contient peut-être une part universelle qui peut résonner pour tout un chacun. Si le thème de la périnatalité me tient particulièrement à cœur c'est aussi pour toute la dimension humaine qu'il porte en lui, pour cette expérience du vivant qu'il fait traverser, pour ce temps si particulier qu'il concerne de la vie d'une femme et d'un couple, pour l'expérience du lien avec son enfant sur lequel il souhaite veiller.

Hors l'apport pour ma pratique professionnelle et celle de mes collègues fasciathérapeutes que je peux ambitionner au travers de cette recherche, je souhaite que mes patientes comme les leurs, ayant dans l'opportunité de ce moment privilégié que représente la grossesse, pu rencontrer une qualité de relation nouvelle à leur corps, à la vie qui y palpète de toute façon, sachent conserver cette qualité d'attention à elles-mêmes, l'entretenir et la cultiver. Ce serait alors pour moi une source de grande satisfaction.

Il me semble donc pertinent d'explorer et d'optimiser ce que je fais depuis longtemps dans ma pratique professionnelle. C'est donc tout naturellement que je souhaite approfondir cette thématique par la réalisation de ce mémoire, et m'initier aux bases de la méthodologie de recherche dans l'objectif d'apprendre de ma pratique et de repérer des protocoles adaptés au terrain particulier de la femme enceinte qui pourront servir ensuite ma pratique professionnelle et celle de mes collègues fasciathérapeutes.

2. Pertinence professionnelle

Mon activité principale est celle de kinésithérapeute-fasciathérapeute libérale depuis 1989 soit depuis plus de 20 ans.

Durant une première période, je recevais régulièrement, parmi ma patientèle, des femmes enceintes qui venaient consulter pour lombalgies et/ou douleurs pelviennes, tandis que d'autres souhaitaient simplement arriver à l'accouchement plus sereines.

Depuis une dizaine d'années et du fait d'une étroite collaboration avec une équipe de sages-femmes, je pratique un accompagnement individuel de femmes enceintes venant pour des soins et présentant des tableaux cliniques très divers. Il peut s'agir de femmes venant pour différents troubles de l'adaptation liés à la grossesse (douleurs lombo-pelviennes, menace d'accouchement prématuré, contractions, troubles vasculaires), ou pour des états anxieux plus ou moins sévères, ou encore de femmes venant se préparer à la naissance avec les outils de la fasciathérapie. Bien souvent je revois ces mêmes mamans en consultation en post-partum pour elles-mêmes (fatigues, douleurs, baby-blues ou état dépressif du post-partum) ou bien pour leur bébé (des problématiques de sommeil, coliques du nourrisson, pleurs du nourrisson).

Cette expérience de terrain m'a permis de bien connaître ce type de population et les problématiques spécifiques liées à la période de la périnatalité en pré et post-partum, mais aussi d'acquérir des connaissances cliniques à travers différents échanges avec les professionnels de la périnatalité.

Comme je l'ai développé dans la section précédente, ma propre expérience de la maternité m'a confortée dans l'idée qu'il est nécessaire de s'intéresser au « devenir mère ». Il me semble important de prendre en compte à la fois la dimension relationnelle (état psycho-émotionnel) et les zones de tensions physiques pour favoriser l'adaptation de la région pelvienne à la dynamique gravidique et également rendre plus souple l'environnement du fœtus. Aujourd'hui, je considère presque la femme enceinte comme un cas particulier, un cas à la limite entre la physiologie et la pathologie, parce que les structures physiologiques sont sollicitées dans leurs extrêmes.

Les problématiques abdomino-lombo-pelviennes de la femme enceinte sont des phénomènes singuliers qui méritent que nous nous y intéressions parce qu'ils sont en lien étroit avec la dynamique gravidique. Il me semble important d'avoir des repères qui reposent sur des stratégies thérapeutiques éprouvées. Quelles structures anatomiques travailler ? Quelle nature de toucher privilégier ? Comment composer avec la dynamique du bébé ? Peut-on dégager des spécificités fasciathérapiques chez la femme enceinte présentant des problématiques abdomino-lombo-pelviennes ?

C'est pourquoi j'ai choisi d'aborder mon thème de recherche sur les problématiques abdomino-lombo-pelviennes à partir de mon expertise, par l'étude des spécificités de ma propre pratique de cabinet sous la forme d'une auto-analyse et non pas à partir du point de vue de mes patientes.

Ce travail de recherche va me permettre d'enrichir mes connaissances théoriques et pratiques dans le domaine de la périnatalité, de repérer des manières de faire qui me semblent plus particulièrement appropriées à ce terrain pour ensuite dégager des formes de protocoles qui puissent servir de guide.

3. Pertinence sociale

Actuellement la grossesse et la naissance, bien qu'elles soient un processus naturel et physiologique, ont tendance à être médicalisées (surveillance très régulière faite de conseils diététiques, d'hygiène de vie), voire surmédicalisées. Cette médicalisation représente bien sûr,

une avancée incontestable en réduisant les risques de complications voire de mortalité. E. Castell⁵ nous confie ses interrogations concernant l'évolution de sa pratique dans la revue les « dossiers de l'obstétrique ». Elle semble partagée entre les apports de la technique et son rôle de soignante, « la grande question n'est-elle pas que la technique éloigne les femmes de leur corps mais que nous aussi, nous nous éloignons du corps des patientes ? » (Castell, 2004, p.27).

Par ailleurs, je constate aussi que les propositions de prise en charge et d'amélioration des symptômes physiques pendant la grossesse demeurent quant à elles très pauvres, et c'est bien souvent que la femme s'entend dire que ses symptômes disparaîtront après l'accouchement. De plus, pour respecter le principe de précaution, la médication des femmes enceintes en cas de douleur est, elle aussi, très limitée.

C'est pourquoi, dans ce contexte très médicalisé, l'approche fasciathérapique centrée sur la personne, me semble pertinente pour apporter aux femmes enceintes, à la fois une écoute de qualité qui permet d'accompagner la personne, et un geste technique qui s'adresse aux symptômes. Car au-delà de la prise en charge symptomatique, c'est aussi un moyen d'agir sur le confort de vie des femmes enceintes, de favoriser un meilleur vécu de la grossesse, et de prendre en compte l'environnement du bébé.

De plus, j'observe une réelle demande de la part des futures mamans qui souhaitent pouvoir être soulagées de leurs douleurs et tensions, et accéder à une qualité de vie pendant leur grossesse.

Il me paraît donc essentiel de cerner les apports de la fasciathérapie auprès des femmes enceintes présentant des problématiques abdomino-lombo-pelviennes pour ensuite pouvoir socialiser cette approche auprès des femmes enceintes elles-mêmes ainsi qu'auprès des différents acteurs de la santé.

4. Pertinence scientifique

Dans le monde de la kinésithérapie, le domaine de la périnatalité est un sujet trop peu abordé, hormis la rééducation du post-partum qui fait l'objet d'une littérature assez riche. Au cours de mes recherches bibliographiques, je n'ai trouvé que peu d'articles de kinésithérapie sur ce sujet, si ce n'est ceux concernant l'orientation vers des techniques de relaxation

⁵ Evelyne Castell est sage-femme cadre dans le service UTAP (Unité transversale d'accompagnement périnatal à l'hôpital de la Tronche au CHU de Grenoble).

apportant du bien-être à la maman. De plus, bien souvent lorsque la période du pré-partum est abordée, elle l'est de manière peu approfondie.

Plus de la moitié des femmes enceintes souffrent de problématiques physiques liées à la grossesse, et sous le prétexte que ces symptômes disparaissent dans les semaines qui suivent l'accouchement, le milieu médical s'en désintéresse. Or, il me semble pourtant que la kinésithérapie pourrait avoir toute sa place dans la prise en charge des problématiques abdomino-lombo-pelviennes par des actions antalgiques, de drainage, ou d'étirements ; problématiques qui s'inscrivent d'ailleurs totalement dans le champ de compétence de la kinésithérapie. Ainsi, ce travail de recherche qui expose l'approche fasciathérapique des problématiques abdomino-lombo-pelviennes de la femme enceinte me paraît particulièrement intéressant parce que non seulement il prend en compte le symptôme mais aussi la personne.

Par ailleurs, le thème de la recherche centré sur les problématiques abdomino-lombo-pelviennes de la femme enceinte me paraît pertinent dans le cadre des travaux de recherche menés au sein du Cerap⁶ parce qu'il apporte des connaissances théoriques et pratiques dans le domaine du soin et vient ainsi enrichir les recherches sur les pathologies⁷ qui y sont déjà menées. Ce travail de recherche enrichit également les connaissances dans le domaine de la périnatalité et vient en complément du travail de recherche mené par M. De Nardi sur la relation materno-fœtale mise à l'œuvre dans la gymnastique sensorielle périnatale.

De plus ma recherche, menée sur le terrain de ma pratique professionnelle auprès d'un public spécifique et sous la forme d'une analyse de pratique, présente selon moi un intérêt pour la communauté des chercheurs du Cerap. Ce type de recherche, qui a nécessité une méthodologie particulière, n'a pas encore été mené au sein du Cerap, et ouvre donc des perspectives nouvelles de recherches. En effet, l'analyse de pratique est une démarche qui est en fait un lieu d'articulation pratique-théorie-pratique, mettant à jour et en lien des savoir-faire, des savoirs d'expériences, des compétences, des habitudes et des modalités différentes.

Il me semble que ce travail de fasciathérapie appliqué aux problématiques abdomino-lombo-pelviennes de la femme enceinte, en dégagant des spécificités issues des gestes de ma pratique, peut apporter un éclairage à la fois théorique et pratique non seulement à la communauté de mes pairs fasciathérapeutes en mettant en relief des spécificités de terrain, mais aussi à celle des kinésithérapeutes, en leur donnant le plus clairement possible accès à la valeur ajoutée de la fasciathérapie à une prise en charge kinésithérapique dans ce contexte.

⁶ Le Cerap : Centre d'Etude et de Recherche Appliqué à la Psychopédagogie perceptive.

⁷ Rosier (2006), Duprat (2007), Bothuyne (2010), Dupuis (2012).

5. Question de recherche

Le champ de la périnatalité est vaste. J'aurai pu n'aborder que les problématiques lombo-pelviennes si fréquentes (sciatiques, lombalgies, douleurs sacro-iliaques, augmentation de la lordose lombaire liée au poids du bébé en fin de grossesse), ou ne m'intéresser qu'aux problématiques abdomino-pelviennes (syndrome de Lacomme, contractions utérines, menace d'accouchement prématuré, hypo-développement fœtal, varices vulvaires et hémorroïdes). Mais, j'ai choisi d'élargir ma recherche aux problématiques abdomino-lombo-pelviennes, parce qu'il s'agit avant tout d'un ensemble de symptômes fréquemment associés chez la femme enceinte et pouvant survenir quel que soit le stade de la grossesse. La haute technicité du geste fasciathérapique permet une action simultanée sur les structures musculo-squelettiques et viscérales, au sein d'un même geste, ouvrant ainsi des perspectives nouvelles concernant l'approche thérapeutique puisque, de mon point de vue et dans le cas très particulier de la grossesse, les différentes problématiques sont intimement liées.

C'est pourquoi je m'interroge sur les procédures et les modalités fasciathérapiques à mettre en œuvre ? Comment être au plus près, dans notre pratique, de la délicatesse du terrain, dans un souci à la fois d'efficacité symptomatique et de subtilité ? Peut-on dégager des spécificités et extraire des invariants et des protocoles adaptés aux problématiques abdomino-lombo-pelviennes de la femme enceinte ? Ces différentes interrogations m'amènent à formuler ma question de recherche ainsi :

Quelles sont les modalités de ma pratique de fasciathérapie mises en œuvre auprès de femmes enceintes consultant pour des problématiques abdomino-lombo-pelviennes ?

6. Objectifs de la recherche

Pour répondre à ma question de recherche, je vais observer et interroger ma propre pratique de fasciathérapeute avec l'objectif d'avoir à la fois une vision panoramique et longitudinale, et une vision pénétrante de ma pratique saisie sur un instantané de séances.

Ces enquêtes sur le terrain ont pour visée de répondre aux objectifs opérationnels de recherche que je peux formuler ainsi :

1. Répertoire les différents motifs de consultation des femmes enceintes de ma patientèle ainsi que le mode d'organisation des séances
2. Identifier les différentes natures d'informations et de connaissances recrutées dans ma pratique de fasciathérapie auprès des femmes enceintes présentant des problématiques abdomino-lombo-pelviennes

3. Décrire les actes fasciathérapiques spécifiques de ma pratique de fasciathérapie auprès de la population étudiée

Ces axes de recherche devraient favoriser une compréhension plus précise des enjeux thérapeutiques concernant les problématiques abdomino-lombo-pelviennes de la femme enceinte et l'émergence d'éclairages pratiques, voire de protocoles plus spécifiques ou plus adaptés à ce terrain.

Chapitre 2 : Champ théorique

J'ai construit le champ théorique de cette recherche autour de trois pôles. Le premier apportera des éléments de compréhension sur la physiopathologie de la grossesse avec un éclairage biomécanique autour des problématiques abdomino-lombo-pelviennes (ALP) de la femme enceinte et de leurs approches thérapeutiques. Cette première section permettra de saisir l'importance des modifications physiologiques et les perturbations qu'elles peuvent engendrer en rapport avec notre thème de recherche. Le deuxième pôle proposera de développer, à partir de certains modèles fasciathérapiques, des hypothèses de compréhension des problématiques ALP chez la femme enceinte. Le troisième pôle sera consacré aux approches thérapeutiques et pédagogiques en fasciathérapie appliquées à la femme enceinte.

Je renvoie le lecteur, qui souhaite avoir une connaissance plus approfondie de la fasciathérapie⁸, aux différents ouvrages⁹, publications ou travaux de recherche¹⁰ ainsi qu'aux sites internet sur la fasciathérapie¹¹.

1. Physiopathologie des problématiques lombo-pelviennes chez la femme enceinte

La grossesse est un état physiologique qui s'accompagne de nombreuses modifications permettant à la mère de porter son bébé et à celui-ci de se développer correctement. Ces modifications physiologiques peuvent malgré tout être source de dysfonctionnements pouvant s'exprimer sous forme de douleurs, gênes fonctionnelles, troubles neurovasculaires, et/ou psycho-affectifs. Ces dysfonctions concernent très souvent les structures anatomiques abdomino-lombo-pelviennes, sièges de profondes modifications.

⁸ La fasciathérapie s'inscrit dans les pratiques du Sensible et appartient aux disciplines du soin et de l'accompagnement. Elle repose sur un ensemble de concepts innovants qui modélisent les différents gestes techniques thérapeutiques et éducatifs, la posture du praticien, les processus à l'œuvre dans l'interaction thérapeutique et dans l'accompagnement au changement chez les personnes.

⁹ www.editionspointdappui.com

¹⁰ www.cerap.org

¹¹ www.fasciatherapie.com , www.fasciatherapie-patient.com , www.ankf.fr

1.1. Modifications physiologiques

1.1.1. La croissance utérine

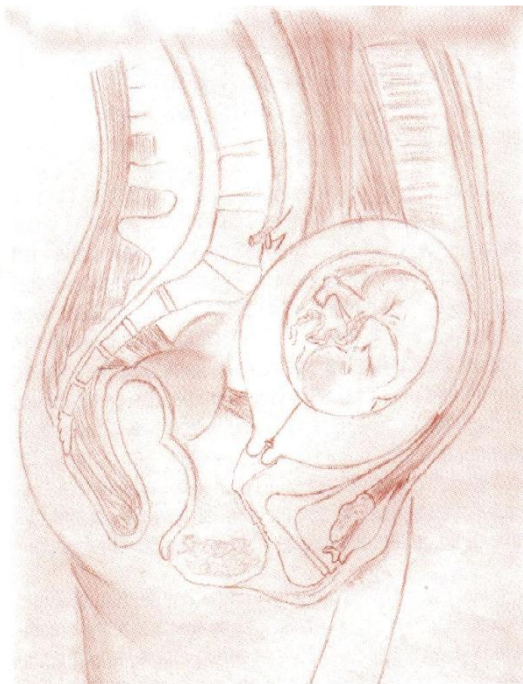
Nous allons nous intéresser, dans un premier temps, à l'utérus qui croît à une vitesse très rapide, et s'expande en dehors de la région pelvienne pour remplir progressivement l'ensemble de la cavité abdominale puis remonter à terme jusque sous les dernières côtes, réduisant ainsi l'amplitude respiratoire. En dehors de la grossesse, il pèse 50 grammes et à l'état gravide il atteint 1200 grammes. Le corps de l'utérus mesure 4 cm de haut et 3 cm de large, et en fin de gestation il mesure 32 cm de haut et 23 cm de large. Son volume intérieur atteint 4 à 5 litres à terme.

Le développement utérin implique des changements de rapports entre les organes abdominaux et pelviens et nécessite des adaptations de la biomécanique et de la statique de la région lombo-pelvienne. Le Dr M. Roman-Vincent¹² nous explique la prodigieuse vitesse de développement de l'embryon suivant les trois trimestres de la grossesse de la manière suivante, « le premier trimestre [...], est la phase la plus dynamique ! Savez-vous qu'en 8 semaines, une cellule donne naissance à 8 milliards de cellules ? » (Vincent-Roman, 2001, p. 146) Elle ajoute « si le cerveau continuait à grossir pendant 9 mois au rythme de l'embryon, celui-ci aurait le volume de la terre ! Si l'embryon grandissait à la vitesse d'un enfant entre 3 et 10 ans (vitesse extrêmement lente par rapport à celle d'un embryon), la grossesse durerait 500 millions d'années. » (*Ibid.*, p. 146) Au deuxième trimestre, « l'utérus devient lourd, à six mois, il a la taille d'un ballon de rugby » et au troisième trimestre l'auteur précise qu'« il aura multiplié par 20 ou 30 son poids de départ et les fibres musculaires seront trois fois plus larges et dix fois plus longues. » (*Ibid.*, p. 147)

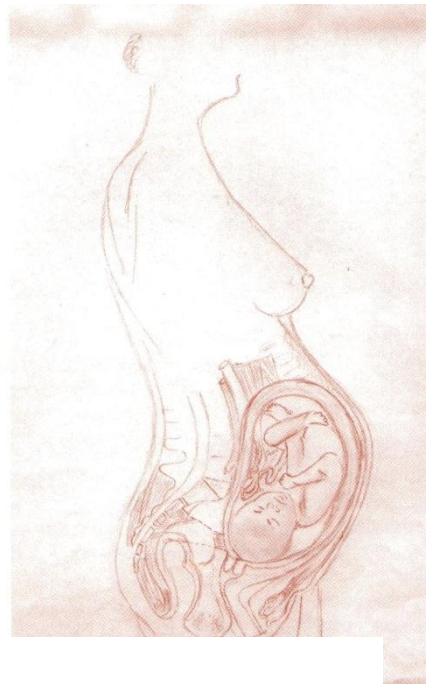
Les contractions des fibres musculaires utérines tout au long de la gestation leur permettent de se développer en longueur et en puissance pour atteindre leur puissance maximale au moment de l'accouchement. Les contractions présentent pendant toute la grossesse, ne sont, la plupart du temps, pas perçues par la femme. Elles doivent cependant rester en dessous d'un seuil de fréquence, variable selon le stade de la grossesse pour rester physiologiques (Tourné, 2002, p. 197-198).

On comprendra que la région pelvienne devra s'adapter à des changements majeurs. L'utérus, qui se développe en dehors du petit bassin, perturbe alors l'ensemble de l'équilibre régional, et notamment les rapports des organes entre eux.

¹² M. Roman-Vincent, médecin ORL et phoniatre, est également praticienne et formatrice en fasciathérapie.



1 – Dessin de la dynamique gravidique utérine, 5ème mois, Martine Taver.



2 – Dessin de la dynamique gravidique utérine, 8ème mois, Martine Taver.

Dessin Martine Taver, (C.-E. Tourné, 2002, Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle, p. 146-147)

1.1.2. Les bouleversements hormonaux

Les modifications des taux hormonaux ont différents effets sur le métabolisme et favorisent notamment l'adaptation de la femme à la dynamique gravidique. Ils jouent un rôle dans le déclenchement de l'accouchement. En revanche, la période du post-partum qui voit les taux d'hormones chuter rapidement, crée parfois un état dépressif chez la maman.

On retiendra que la progestérone et la relaxine favorisent le relâchement ligamentaire notamment au niveau de la symphyse pubienne et des sacro-iliaques facilitant ainsi l'adaptation du pelvis à la croissance fœtale et participant à l'augmentation de la lordose lombaire. La progestérone pourrait inhiber les contractions utérines et induire une diminution du péristaltisme intestinal pouvant entraîner une constipation, tandis que les œstrogènes jouent un rôle dans la croissance utérine (Tourné, 2002, p. 149). Les modifications hormonales permettent le développement utérin et celui du bébé, et rendent possible la

naissance, car comme le précise C.-E. Tourné¹³, « les mensurations du bassin non gravidique sont strictement incompatibles avec celles d'un bébé normalement constitué. Le passage sera rendu possible par un jeu articulaire particulier, impossible et impensable en dehors de cette période : d'un côté les symphyses du crâne fœtal non encore soudées permettront l'amointrissement de ses diamètres utiles, de l'autre l'imbibition gravidique autorisera les importants mouvements articulaires qui augmenteront les diamètres utiles du pelvis » (*Ibid.*, p. 130).

Enfin, on notera l'influence hormonale sur l'abaissement du seuil nociceptif, notamment dans la situation de gestion du stress pouvant expliquer une sensibilité accrue à la douleur pendant la grossesse (Fouquet, Borie & Pellieux, 2005, p. 709).

La diffusion et l'imprégnation hormonale se font par l'intermédiaire de la circulation sanguine, lymphatique et de la microcirculation. C'est donc l'ensemble du milieu intérieur qui est baigné d'hormones.

1.1.3. Modifications biomécaniques

La croissance utérine modifie la statique du corps maternel, le centre de gravité se déplace vers l'avant et le haut, et les contraintes sur les structures ostéo-articulaires changent sous les effets de l'augmentation du poids (environ 12 kg) et de l'élasticité des tissus. La courbure lombaire s'accroît et entraîne le bassin en antéversion, la cyphose dorsale augmente dans des proportions moindres. Ces modifications de courbures ont des conséquences sur les muscles psoas-iliaques, ischio-jambiers, pyramidaux du bassin, et sur les muscles extenseurs du rachis qui auront tendance à se contracter. Ainsi, ces muscles stabilisateurs de hanche sont davantage sollicités dans la marche pour maintenir le bassin équilibré. Pour B. Fouquet, M.-J. Borie et S. Pellieux¹⁴, « des modifications proprioceptives complexes surviennent au cours de la grossesse ; on note au fur et à mesure de la grossesse, une modification de la coordination des ceintures au cours de la marche, les ceintures ayant un mouvement parallèle et non plus alterné, associée à un recrutement important des membres inférieurs [...] » (*Ibid.*, p. 709)

¹³ C.-E. Tourné est médecin, spécialiste en gynécologie-obstétrique, responsable du D.U. Naissance et Société, Université de Perpignan.

¹⁴ Bernard Fouquet est Professeur des Universités, praticien hospitalier en médecine physique et de réadaptation à la faculté de Tours ; Marie-Joelle Borie est médecin, spécialiste en médecine physique et réadaptation ; Sybille Pellieux est médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation.

Les modifications de la dynamique lombo-pelvienne et de la géométrie pelvienne en vue de l'accouchement expliquent en partie l'origine des douleurs lombaires et des syndromes douloureux pelviens si fréquents pendant la grossesse. Ces modifications sont à l'origine de l'augmentation du micro-jeu articulaire¹⁵, de contractures musculaires qui compensent les modifications de l'équilibre statique et dynamique, et de douleurs de type inflammatoire des ligaments qui se distendent sous l'effet de l'imprégnation hormonale. Comme nous le verrons plus loin, le fascia, omniprésent dans le corps, est sollicité dans ses fonctions d'élasticité et d'absorption des contraintes en s'adaptant aux modifications biomécaniques.

1.1.4. Modifications des rapports anatomiques des organes du petit bassin

Sous l'effet de la croissance utérine d'une part et de sa verticalisation d'autre part, les organes du petit bassin (vessie, vagin, rectum) et éléments neurovasculaires vont développer d'autres rapports anatomiques entre eux ; les éléments d'amarrage de ces organes vont voir leurs configurations anatomiques se transformer. Ces reconfigurations vont entraîner des adaptations fonctionnelles. Ainsi, comme le précise C.-E. Tourné « la verticalisation des lames sacro-recto-génito-pubiennes s'étalent en tunnel dans l'axe de la paroi utérine, tendues par l'ascension utérine, surtendue à chaque contraction utérine (d'autant que le bébé est plus gros) accentuent les phénomènes viscéraux :

- le fascia de Halban verticalisé accentue l'action du péritoine sur l'ascension et la verticalisation de la vessie ;
- les ligaments cardinaux sont étalés et verticalisés ;
- les ligaments utéro-sacrés sont verticalisés, étalés à leur base d'implantation utérine » (Tourné, 2002 p. 150).



3 – Dessin de la dynamique gravidique utérine, inversion des lames sacro-rétro-génito-pubiennes, Martine Taver.

¹⁵ On notera que le micro-jeu articulaire tel qu'il est défini dans ce contexte correspond à un degré de laxité articulaire, alors qu'en fasciathérapie le micro-jeu articulaire est défini comme étant « un degré de liberté globale du complexe ostéo-articulaire (l'articulation et son environnement tensionnel périphérique) » (Courraud, 1999, p. 129).

1.1.5. Modifications psychoaffectives, rapport à la grossesse, et recommandations de la Haute Autorité de Santé

- **Modifications psycho-affectives**

Le vécu de la grossesse, l'accouchement, le devenir parent sont autant d'événements qui vont marquer la vie d'une femme. Pour N. Ferry¹⁶ « attendre un enfant c'est accepter de vivre pour soi-même et à certains moments de la journée penser à l'autre qui est en soi. La mère se clive, [...]. Progressivement elle s'installe dans un état de réceptivité, une rêverie intérieure [...] » (Ferry, 2008, p. 158). D. W. Winnicott¹⁷ dit de la femme enceinte qu'elle est « préoccupée », il nomme cet état particulier « préoccupation maternelle primaire » qu'il décrit ainsi : « état psychiatrique très particulier de la mère [...] qui atteint un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et spécialement à la fin [...] ; stade d'hypersensibilité – presque une maladie – pour s'en remettre ensuite [...] ; parvenir à cette maladie normale qui permet à la mère de s'adapter aux tous premiers besoins du petit enfant avec sensibilité et délicatesse » (Winnicott cité par Gauthier, 2000, p.59-60).

Cet état psychique particulier permet à la future maman de développer une sensibilité plus grande qui lui permettra de répondre aux besoins de son enfant, faite d'une « grande plasticité des processus psychiques [...] permettant l'accès à tout un ensemble représentationnel, à des souvenirs et des affects qui sont ordinairement difficilement accessibles, ou inconscients, chez des femmes dont le fonctionnement demeure par ailleurs normal » (*Ibid.*, p. 63-64). La future maman, surtout s'il s'agit d'un premier enfant, se découvre alors à travers des affects qu'elle ne se connaissait pas, n'ayant pas toujours la compréhension de ce qu'elle vit. Certains auteurs (Bydlowski, Stern) parlent d'ailleurs de « crise identitaire » qui serait porteuse de réaménagements psychiques et affectifs constitutifs du « devenir mère ». Pour d'autres auteurs, la maternité, considérée comme un temps fort de la vie, tout comme la maladie ou la fin de vie, la séparation, le deuil, parlent de « séisme existentiel » parce que cette période de la vie est « un véritable changement de terrain psycho

¹⁶ Nicole Ferry est médecin, formatrice en périnatalité.

¹⁷ Donald Woods Winnicott célèbre pédiatre et psychanalyste anglais (1896 - 1971)

biologique qui fait de ce passage une crise qui contient toutes les autres étapes de la féminité » (Bergeret-Amselek¹⁸, 1996, p. 27).

Cet état psychique particulier qui s'installe dès le début de la grossesse et dure plusieurs mois après la naissance, pourrait expliquer la fragilité et la vulnérabilité des mères dans cette période périnatale. Pour Y. Gauthier¹⁹ il faut considérer que « toute cette période de mise au monde d'un enfant - depuis la conception jusqu'à l'âge d'environ 24 mois – comme un tout, qui ne doit pas être séparé en pré- et post-partum. Il s'agit d'une expérience existentielle unique pour la femme : devenir mère dans son corps et sa psyché, à ses yeux et aux yeux des autres, sous le regard de sa mère et de son propre enfant. » (Gauthier, 2000, p.63).

Ces modifications psycho-affectives permettent à la maman de se construire une représentation de son enfant pendant la grossesse que M. Bydlowski²⁰ nomme « l'enfant imaginé » qui se construit à partir de l'ensemble de ses vécus depuis qu'elle est petite fille. Cet enfant imaginé sera par la suite confronté avec « l'enfant de chair, (le fœtus), au moment de la naissance » (Bydlowski, 2002).

Ces réajustements identitaires sont bien souvent à l'origine de questionnements qui se retrouvent dans les propos des patientes faits d'inquiétudes à propos de l'enfant et de son développement in utero, d'incompréhensions de ce qui se joue en chacune, voire d'angoisses. N. Depraz²¹ nous expose certains questionnements de nature existentielle qui habitent les futures mamans de manière plus ou moins consciente, nous donnant accès à une arrière-scène du « devenir mère » : « Qui est cet autre qui perturbe si violemment mon intégrité corporelle, qui a toute l'apparence d'un intrus en moi-même ? Quel est cet être humain étranger qui me contraint à sortir de moi-même en m'empêchant de me recentrer sur moi et qui, ce faisant, me donne d'apercevoir une autre dimension de moi-même ? Bref, quelle est cette vie en mon sein qui n'est pas mienne et qui intensifie pourtant sans mesure ma propre vie ? » (Depraz, 2010, p. 8). L'auteur questionne également ce corps qui se découvre autre, capable de donner la vie « comment mon corps est-il capable de donner naissance à un individu radicalement singulier et irréductiblement différent de tout autre (y compris de ceux dont il procède), tout en

¹⁸ Catherine Bergeret-Amselek est psychanalyste.

¹⁹ Yvon Gauthier est pédopsychiatre, psychanalyste et professeur en psychiatrie.

²⁰ Monique Bydlowski est directeur de recherche à l'INSERM et au Laboratoire de Psychopathologie fondamentale et Psychanalyse (Paris VII), et neuropsychiatre d'orientation et de pratique psychanalytique.

²¹ Natalie Depraz est enseignant-chercheur et professeur de philosophie à l'université de Rouen.

croissant depuis l'intimité la plus intime de ma chair, depuis la profondeur la plus abyssale de mon désir intérieur ? » (*Ibid.*, p. 18).

Loin d'être seulement un processus biologique, le « devenir mère » est un phénomène complexe avec d'une part des modifications physiologiques et d'autre part des réajustements identitaires et psycho-affectifs profonds.

- **Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)**

Les recommandations professionnelles de l'HAS de 2005, citant une enquête nationale datant de 2003, qui évaluait le bien-être psychologique des femmes enceintes, mettait en évidence que « 9,1% des femmes s'étaient senties assez mal et mal pendant leur grossesse. Parmi ces femmes, seulement 12,4% disaient avoir reçu l'aide d'un professionnel psychiatre ou psychologue » (HAS, 2005, p.13). Devant ce constat, les professionnels de la périnatalité et la Haute Autorité de Santé (HAS) en ont fait une priorité de santé publique depuis 2005.

Le premier plan périnatalité, datant des années 1994-2000, avait comme priorité de réduire le taux de mortalité périnatale, de réduire le nombre d'enfants de faible poids de naissance et de réduire de moitié le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse.

Le deuxième plan périnatalité (2005-2007), s'appuyant sur les recommandations professionnelles pour la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) de 2005, publié par la Haute Autorité de Santé (HAS), s'oriente vers une vision « plus humaniste de la naissance » (HAS, 2005, p. 13) et place la femme au centre de l'approche thérapeutique, donnant des orientations précises visant à faire « un accompagnement global » de la femme et du couple, « en favorisant leur participation active dans le projet de naissance », à « faire de la prévention des dépressions du post-partum », à « prendre en compte le vécu de la grossesse et le déroulement de l'accouchement », et enfin à repérer « des situations de vulnérabilité chez la mère ou le couple », situations susceptibles « d'entraîner des troubles du développement psycho-affectif de l'enfant jusqu'à l'adolescence et au-delà, voire des troubles de maltraitance » (*Ibid.*, p. 33). L'accent y est mis sur le dépistage des vulnérabilités somatiques, psychiques ou émotionnelles et parmi ces facteurs de vulnérabilité sont cités les antécédents obstétricaux, le stress, l'anxiété, les troubles du sommeil, ou un épisode dépressif pendant la grossesse.

Par ailleurs, l'HAS donne des indications en faveur d'un travail corporel visant notamment à accompagner les changements liés à la grossesse, à acquérir des techniques de détente, de respiration, de connaissance de soi, à se maintenir en forme, à se préparer à l'effort de la naissance et à prévenir les douleurs, surtout lombaires (*Ibid.*, 2005).

En ce sens les thérapies dont l'objectif va au-delà d'une amélioration symptomatique pour aller vers le bien-être physique et psychique, comme la fasciathérapie, nous semblent s'inscrire pleinement dans les nouvelles orientations de l'HAS.

Résumé

Ce sont toutes les sphères (physique, biologique, psycho-affective) de la femme qui sont concernées par la dynamique gravidique. Ces modifications parce qu'elles se déroulent sur une période très courte de 9 mois demandent des réajustements identitaires importants pouvant installer ou accentuer un état de vulnérabilité. En tant que kinésithérapeute et fasciathérapeute, il me semble important d'être attentif à cette dynamique globale.

1.2. Les problématiques abdominales, lombaires et pelviennes

Je fais le choix ici d'aborder l'architecture organique de certaines de ces problématiques en les présentant par parties de manière clivée par région anatomique (système musculo-squelettique, dynamique viscérale, etc.), comme elles le sont usuellement. Or comme nous le verrons plus tard, cette distinction n'est pas aussi évidente sur le terrain car les symptômes sont le plus souvent intriqués.

Par ailleurs, nous ne développerons pas la dimension psycho-émotionnelle même si nous ne perdons pas de vue qu'elle est transversale et nécessairement présente pendant toute cette période de la grossesse.

1.2.1. *Syndrome douloureux lombaire bas*

Pour B. Fouquet, M.-J. Borie et S. Pellieux, « la survenue de lombalgies et de douleurs lombo-fessières au cours de la grossesse est très fréquente : 20 à 50 % des femmes auraient des lombalgies pendant la grossesse » (Fouquet, Borie & Pellieux 2005, p. 707). Ils ajoutent que « les études de cohortes de femmes enceintes, chez qui la lombalgie est systématiquement recherchée, montrent une prévalence très élevée qui peut atteindre 68 à 76% » (*Ibid.*, p. 708).

Il s'agit d'une affection bénigne avec cependant un retentissement fonctionnel parfois important. Pour ces auteurs « la survenue de lombalgies intriquées à des douleurs pelviennes postérieures semble fréquente » (*Ibid.*, 2005, p. 708), et ces mêmes auteurs notent que par ailleurs « les phénomènes douloureux lombaires s'intègrent dans un contexte plus large de

manifestations somatiques multiples à type de fatigue, de troubles du sommeil, de douleurs musculaires » (*Ibid.*, 2005, p. 710).

Cette symptomatologie apparaît dès le deuxième trimestre mais le plus souvent au troisième trimestre. Les douleurs siègent dans la région lombaire basse, apparaissant à la station debout et sont calmées par la position en décubitus (Menkes & Charrier, 1988, p. 153).

1.2.2. Syndrome douloureux pelvien

Il s'agit de douleurs pelviennes de cause mal connue. Dans la littérature on rencontre parfois ce syndrome pelvien sous la dénomination du syndrome de Lacomme (Tourné, 2002, p. 295 ; Menkes & Charrier, 1988, p. 157). M.-A. Timsit²², quant à elle, nous donne une définition des algies pelviennes : « bien qu'il soit délicat de préciser l'origine anatomique des douleurs, il a été proposé de distinguer les douleurs lombaires basses des douleurs de la ceinture pelvienne et de ne prendre en compte dans ce syndrome que ces dernières touchant les articulations sacro-iliaques et la symphyse pubienne. » (Timsit, 2005, p. 715). Elle ajoute « pour la plupart des auteurs, les douleurs de la ceinture pelvienne semblent plus fréquentes que les lombalgies au cours de la grossesse » (*Ibid.*, p. 716).

De nombreuses études ont été publiées sur la prévalence de ce syndrome, en revanche les résultats sont très variables (de 3.9 à 89.9%) (*Ibid.*, p. 715). L'auteur résume ainsi la clinique : « la moitié des femmes ont des douleurs de la ceinture pelvienne, 1/3 des douleurs lombaires basses, et 1/6 combinant les deux pathologies » (*Ibid.*, 2005, p. 715).

D'intensité très variable, « les douleurs sont généralement continues, ce qui les différencie des contractions utérines intermittentes » nous dit-elle, précisant qu'il peut s'agir « d'une simple gêne à la marche comme d'une impotence douloureuse sévère ». Cet auteur précise d'ailleurs que « l'intensité moyenne de la douleur a été évaluée à 50-60 mm (EVA de 0-100 mm) pendant la grossesse, [...] et 25% des patientes ont une douleur sévère, et 8% ont une incapacité » (*Ibid.*, p. 716). La femme décrit aussi des difficultés aux changements de position (assise, couchée), avec le sentiment que le bébé se situe très bas dans le bassin générant une sensation de pesanteur pelvienne permanente. Ce syndrome vient perturber l'ensemble des activités de la vie quotidienne. La localisation est sus-pubienne, inguinale, il peut y avoir des irradiations vers le sacrum et les articulations sacro-iliaques. Parfois des douleurs du nerf crural sont dues à la compression de celui-ci par la tête fœtale (Timsit, 2005, p. 716 ; Menkes & Charrier, 1988, p.153).

²² Marie-Agnès Timsit est médecin rhumatologue.

Les gênes seraient dues au relâchement ligamentaire et à la pression de la tête du bébé sur la région pubienne. M.-A. Timsit nous précise que « les douleurs sacro-iliaques et les pubalgies seraient en rapport avec les modifications de la géométrie pelvienne et pourraient s'expliquer par des micro-mobilités des articulations sacro-iliaques et de la symphyse pubienne liées au relâchement des articulations et des ligaments du bassin secondaires à l'imprégnation hormonale oestrogénique des fibrocartilages » (*Ibid.*, p. 717). Elle ajoute par ailleurs qu'un « élargissement de la symphyse pubienne est observé au cours de la grossesse. Il est complet deux à trois mois avant l'accouchement et régresse dans les trois à cinq mois post-partum » (*Ibid.*, p. 717). De même « les douleurs de la région sacro-iliaque pourraient s'expliquer par des microtraumatismes des tissus conjonctifs, conséquence des forces développées par les muscles extenseurs du tronc pour s'opposer à la force de flexion antérieure exercée par le poids croissant de l'utérus » (*Ibid.*, p. 717).

L'évolution est variable au cours d'une même grossesse et la survenue se situe le plus souvent en deuxième moitié de grossesse. Les articulations sacro-iliaques et pubienne sont les plus sollicitées par la croissance utérine et par les pressions exercées par le fœtus sur l'architecture pelvienne.

1.2.3. Syndrome douloureux costal

Peu décrit dans la littérature, la douleur est déclenchée par la position assise, au niveau du rebord costal inférieur. Elle est soulagée par le changement de position, debout ou allongée et survient généralement en fin de grossesse (Menkes & Charrier, 1988, p.153).

Ce syndrome me semble important à relever du fait de la dimension loco-régionale de ces troubles notamment en rapport avec la taille de l'utérus et un état tensionnel généralisé. Je remarque d'ailleurs dans ma pratique qu'il s'installe sur un terrain de contractures musculaires globales et de gênes fonctionnelles importantes.

1.2.4. Dyssynergies abdomino-périnéales

L'imprégnation hormonale, la croissance utérine, les modifications de la statique pelvienne induisent le relâchement et l'étirement de la paroi abdominale, un affaiblissement du système d'amarrage des viscères pelviens qui modifient les pressions pelviennes.

Les muscles transverse de l'abdomen, grands droits, petits et grands obliques se relâchent et diminuent leur rôle de soutien : la synergie entre les muscles de la sangle

abdominale et les muscles périnéaux est parfois perturbée, conséquence des modifications statiques et dynamiques (Billecoq²³, 2009).

Par ailleurs, C.-E. Tourné nous précise le rôle des ligaments ronds, constitués en partie de fibres musculaires en continuité avec les tuniques externes de l'utérus, ils se développent en même temps que la croissance utérine. Ils haubantent et orientent l'utérus. Ils sont parfois contracturés et deviennent douloureux. Au moment de l'accouchement ils aident l'utérus, par leurs contractions, à rester en cohérence avec l'axe du bassin (Tourné, 2002, p. 149).

L'utérus par son volume en fin de grossesse comprime la veine cave au niveau du promontoire sacré, perturbant la circulation de retour veineux des membres inférieurs ainsi que des éléments vasculaires du petit bassin, pouvant être à l'origine d'hémorroïdes, de varices vulvaires. La position de décubitus latéral gauche permet de soulager la circulation de retour en fin de gestation (*Ibid.*, p. 197-198).

La vessie se verticalise tractée vers le haut par les insertions du péritoine, ce qui favorise l'incontinence urinaire.

Ces modifications sont à l'origine de dyssynergies abdomino-pelviennes pouvant avoir des répercussions sur la statique lombo-pelvienne et la fonction vésico-sphinctérienne.

En résumé

Le système musculo-squelettique est soumis à des changements importants, il absorbe et répartit les contraintes sur l'ensemble du squelette. Nous avons vu que les symptômes lombaires et pelviens sont souvent associés, et sont de fréquence et d'intensité très variable au cours de la grossesse, mais aussi d'une grossesse à l'autre, pouvant évoluer dans un contexte plus général de fatigue ou de stress. Les retentissements sur la vie quotidienne sont eux aussi très variés, allant de la simple gêne à l'impotence fonctionnelle sévère. Cependant, nous noterons que les symptômes pelviens sont les plus invalidants.

Certains auteurs mettent en avant des facteurs extérieurs dans leur lecture de la physiopathologie des douleurs lombaires basses et notamment « la présence d'une activité professionnelle intense, physique, stressante, des antécédents de lombalgie en général ou pendant une première grossesse ou dans le post-partum » (Fouquet, Borie & Pellieux, 2005, p.

²³ Sylvie Billecoq est kinésithérapeute, spécialisée dans la rééducation périnéale.

710). Ils abordent ainsi ces problématiques sous l'angle de la « lombalgie commune » qui s'accompagne « de manifestations somatiques multiples, à type de fatigue, de troubles du sommeil, de douleurs musculaires » (*Ibid.*, p. 710).

Sans pour autant nier l'existence d'antécédents de lombalgies ou bien d'un contexte environnemental ou psycho-émotionnel à ces douleurs, ne peut-on pas rechercher des tensions locales ou locorégionales liées à la dynamique gravidique elle-même, tensions qui sont d'ailleurs causes ou conséquences de ces troubles, et avoir une autre lecture de la réalité somatique, plus globale et fonctionnelle ? De plus, il me semble important de prendre en compte ces tensions parce qu'elles ont de toute façon un retentissement sur la qualité du vécu de la grossesse et peuvent véhiculer un climat anxiogène chez certaines femmes.

1.3. Les axes thérapeutiques actuels dans les problématiques lombaires et pelviennes

1.3.1. Médicaux

Actuellement, les problématiques lombaires et pelviennes ainsi que leurs retentissements fonctionnels sont peu pris en compte par le milieu médical, « les phénomènes douloureux lombaires et fessiers posent des problèmes thérapeutiques, influencés par les limites de la prise médicamenteuse et les modalités de la physiothérapie » (Fouquet, Borie & Pellieux, 2005, p. 707). D'une part le suivi de grossesse est avant tout orienté vers la santé de la mère (surveillance des paramètres biologiques), celle de son enfant (surveillance de la croissance fœtale), et vers la prévention des risques majeurs de la grossesse, et d'autre part, la médication est limitée en raison du principe de précaution appliqué chez la femme enceinte, car on connaît peu les effets des substances chimiques passant la barrière placentaire sur l'embryon et le fœtus.

Les causes multiples de ces problématiques rendent la prise en charge thérapeutique complexe, d'autant que les lombalgies au cours de la grossesse sont considérées comme « peu intenses et bien tolérées. Dans environ 50 % des cas, elles ont une intensité inférieure à 50 mm échelle visuelle analogique de 0 à 100 mm, entre 75 et 50 mm pour 25% des cas et au-delà de 75 mm pour 25 %. » (*Ibid.*, p.710). Or le diagnostic n'est pas si simple à poser ; en effet, ces auteurs nous disent que « la coexistence avec des douleurs pelviennes complique la sémiologie de la douleur par son intensité et ses conséquences fonctionnelles » (*Ibid.*, p. 710). Cependant, ces auteurs proposent « en dehors du traitement symptomatique par voie générale (recours au paracétamol) ou de l'acupuncture, diverses mesures [...] » qui « reposent sur les mêmes principes que dans la lombalgie commune : éducation à garder une activité régulière.

[...]. De même la pratique d'exercices de relaxation peut être préconisée. Les thérapies manuelles ostéopathiques peuvent aussi être proposées [...]. » (*Ibid.*, p. 711)

M.-A. Timsit préconise pour les problématiques pelviennes « le repos et le paracétamol [...] pour soulager les douleurs. Le port d'une contention non élastique lombaire et abdominale semble réduire les douleurs lors de la marche ». Pour cet auteur « la physiothérapie et l'éducation des patientes ne permettent pas de diminuer les douleurs sacro-iliaques ni les arrêts de travail. » (Timsit, 2005, p. 717)

En outre, qu'elles soient lombaires ou pelviennes, ces problématiques disparaissent la plupart du temps dans les semaines suivant la naissance.

1.3.2. Kinésithérapiques

Le kinésithérapeute, par les compétences inhérentes à sa profession, est habilité à répondre à différents aspects de ces problématiques, avec des techniques à visées antalgiques et décontracturantes, à visées articulaires et gestuelles prenant en charge les conséquences des modifications physiques de la grossesse, et des techniques d'entretien des synergies musculaires des muscles du rachis, abdominaux et pelviens (Delamer & Dehecq²⁴, 1991). R. Leclerc, kinésithérapeute au sein d'une équipe pluridisciplinaire et spécialisé dans le champ de la périnatalité, nous précise l'apport de la kinésithérapie dans ce domaine : « qu'il s'agisse de massages pour détendre, de mobilisations et manipulations pour replacer, débloquer, rééquilibrer quelques parties du corps, d'exercices pour assouplir ou muscler, le traitement aura toujours comme objectif final la restitution de l'amplitude, de la force, de la souplesse, de la précision, de l'efficacité du mouvement, dans leur intégrité» (Leclerc, 2008, p.16).

La kinésithérapie corrige la posture, prend en compte la synergie musculaire, intervient sur le muscle contracturé ou mobilise passivement une articulation douloureuse. Cependant, et contrairement aux problématiques lombaires basses, le syndrome douloureux pelvien est plus difficile à traiter en kinésithérapie, car en étroite relation avec les modifications de la géométrie pelvienne et difficile d'accès aux techniques de kinésithérapie.

Par ailleurs, la prise en charge kinésithérapique reste relativement clivée, avec d'un côté des techniques qui s'adressent à la problématique lombaire et/ou pelvienne et d'un autre côté des techniques qui s'adressent à la problématique abdomino-périnéale, comme le reflète la littérature spécialisée.

²⁴ B. Delamer est kinésithérapeute et P. Dehecq est gynécologue-obstétricien.

Certains auteurs évoquent pourtant des liens entre ces différents symptômes ou ces différentes régions. Pour Fouquet, Borie & Pellieux, il est difficile de « séparer l'analyse sémiologique du rachis lombaire et du bassin au cours de la grossesse » (2005, p. 707) parce que les symptômes sont intriqués, tandis que pour M.-A. Timsit, « il n'existe pas de définition précise du syndrome douloureux pelvien survenant en cours de grossesse, les mécanismes physiopathologiques sont mal compris et, souvent, les douleurs des articulations de la ceinture pelvienne ne sont pas distinguées des douleurs lombaires basses. » (Timsit, 2005, p. 715)

Nous constatons en effet que chez la femme enceinte, la réalité clinique est multiple, la sémiologie est complexe, les symptômes sont enchevêtrés. Comme nous l'avons étudié, c'est l'ensemble des structures physiologiques qui se modifient, à la fois localement et globalement, et à la fois dans leurs rapports mais aussi dans leurs fonctions.

Nous allons voir par la suite en quoi et comment la fasciathérapie nous semble être une spécialité particulièrement intéressante et adaptée aux problématiques abdomino-lombo-pelviennes de la femme enceinte, du fait d'une prise en charge qui allie à la fois globalité et haute technicité par la précision des différents touchers.

2. Modèles fasciathérapiques et hypothèses concernant les problématiques abdomino-lombo-pelviennes (ALP) chez la femme enceinte

2.1. Organisation anatomique des différents fascias et leurs fonctions

Je propose dans cette section, une approche des fascias telles que décrite par D. Bois en fasciathérapie (1984, 1986), qui place le fascia au cœur de l'équilibre du vivant, car de mon point de vue, cette unité dynamique de fonction est largement sollicitée par la dynamique gravidique et probablement hautement concernée dans la physiopathologie gravidique, tout spécialement dans les problématiques ALP.

D. Bois confère différents rôles aux fascias, notamment un rôle mécanique, un rôle rythmique assuré par la force d'auto-régulation du corps appelé mouvement interne²⁵, un rôle métabolique et un rôle dans la gestion du flux sanguin et des liquides. Selon cet auteur, le fascia est le vecteur d'une dynamique fonctionnelle de l'ensemble des structures anatomiques

²⁵ Le mouvement interne, défini par D. Bois, est « une animation de la profondeur de la matière portant en elle une force, qui non seulement participe à la régulation de l'organisme, mais aussi à l'équilibre du psychisme. » (Bois & Austry, 2009, p. 108)

et physiologiques. Ainsi, la fasciathérapie s'adresse davantage au fascia dans ses fonctions rythmiques, métaboliques et liquidiennes qu'à ses propriétés mécaniques (Bois, 1984).

N. Quéré²⁶ (2010), prolongeant les travaux de D. Bois, a fait des recherches poussées sur les connaissances actuelles concernant les propriétés et fonctions du fascia, puisque ce tissu conjonctif se trouve au cœur de notre action thérapeutique. Ses recherches lui ont permis de modéliser l'impact biologique de la fasciathérapie sur le plan de l'architecture cellulaire et vasculaire, et l'auteur résume ainsi l'importance de ces connaissances : « le geste du fasciathérapeute se nourrit d'une connaissance poussée des réalités anatomique et physiologique de ces tissus, qui, multiples et omniprésents dans le corps, veillent en secret à l'équilibre du vivant. » (Quéré, 2010, p. 22)

2.1.1. Organisation anatomique des différents fascias

Pour mieux comprendre les notions de « globalité » et d'« unité dynamique de fonction », principe de base de la fasciathérapie, il nous semble intéressant de rappeler succinctement l'organisation anatomique des différents fascias. Le fascia est « un tissu omniprésent dans le corps qui s'immisce et se faufile autour et à l'intérieur de toutes les structures anatomiques afin de réaliser l'unité fonctionnelle du corps » (Bois, 2009a, p. 52-53). L'étude des fascias met en évidence leur organisation anatomique selon deux groupes. Les fascias superficiels sont les fascias dermiques et myotensifs annexés à l'appareil locomoteur qui compartimentent et enveloppent les muscles, les tendons, les ligaments, le périoste (enveloppe de l'os) et les fascias profonds pour les viscères (fascia axial profond ou FAP) et dure-mérien (pour le cerveau et la moelle épinière)²⁷. Le fascia axial profond compartimente, enveloppe et soutient les viscères, il s'étend du compartiment intra-thoracique à la cavité abdomino-pelvi-périnéale.

Chez la femme enceinte, le FAP se trouve au cœur de la dynamique gravidique, (comme nous l'avons développé précédemment) puisque l'utérus qui atteint un volume de 4 à 5 litres à terme, modifie les rapports des viscères entre eux et avec leur environnement, et la

²⁶ Nadine Quéré, kinésithérapeute est aussi co-directrice de l'Ecole Supérieure de Fasciathérapie au sein de Point d'Appui-IAA/UFP, assistante invitée de l'Université Fernando Pessoa (Porto).

²⁷ Je renvoie le lecteur aux deux premiers ouvrages de D. Bois qui se consacrent aux principes fondamentaux de la fasciathérapie, « *Les concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde* » (Bois, 1984) et « *Fascias, sang, rythme, complices dans les pathologies fonctionnelles* » (Bois, 1986) et aux ouvrages de N. Quéré « *La pulsologie, Méthode Danis Bois, Action sur les fascias, le système vasculaire et la microcirculation en approche manuelle* » (Quéré, 2004), et « *La fasciathérapie Méthode Danis Bois et les fascias sous l'éclairage des recherches scientifiques actuelles. Aspects tissulaires, vasculaires, cellulaires et biochimiques* » (Quéré, 2010).

géométrie lombo-pelvienne évolue pour s'adapter à ces changements dans la perspective de l'accouchement. Le FAP subit des remaniements dans sa structure, dans ses propriétés, d'élasticité notamment, et dans ses fonctions (ces changements seront abordés dans le paragraphe suivant). Les modifications du centre de gravité, les adaptations biomécaniques articulaires du pelvis vont entraîner des réactions des différents muscles de la ceinture pelvienne entraînant des crispations du fascia myotensif. Les modifications des courbures de la colonne vertébrale auront à leur tour des répercussions sur le fascia dure-mérien qui devra s'adapter.

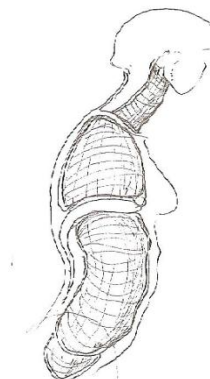
Nous pouvons parler de « complexe abdomino-lombo-pelvien » chez la femme enceinte en tant qu'unité fonctionnelle qui se trouve extrêmement sollicitée par la physiologie de la grossesse. Le fascia, élément fédérateur, se révèle impliqué à la fois dans les problématiques lombo-pelviennes et abdomino-pelviennes. Et, de ce point de vue, il me semble intéressant de parler de « problématiques abdomino-lombo-pelviennes chez la femme enceinte », qui regrouperaient un ensemble de symptômes lombaires, pelviens, costaux, abdominaux, périnéaux mais aussi vasculaires, digestifs et fonctionnels comme certaines menaces d'accouchement prématuré d'origine mécanique par hyperpression sur le col utérin, augmentation du nombre de contractions par hypertonicité musculaire, ou bien par la pression exercée sur le pelvis par le bébé.

L'approche anatomique des fascias, telle que décrite par D. Bois, permet un premier niveau de compréhension mécanique des problématiques ALP qui ouvre à une approche thérapeutique centrée, elle aussi, sur l'équilibre abdomino-lombo-pelvien.



5 - Dessin du fascia axial profond, Myriam Valet

4 - Dessin du fascia superficiel, Myriam Valet





6 - Dessin du fascia dure-mérien, Myriam Valet

Dessins Myriam Valet www.anat-art.fr

2.1.2. Fonctions du fascia

Les travaux de recherches récents, menés par N. Quéré, mettent en évidence dans la littérature 15 fonctions du fascia (Quéré, 2010, p. 99) et notamment les fonctions liées à l'adaptation de la structure vivante (sur 4 niveaux différents) partiellement abordées ci-dessus, des fonctions liées à la transmission des messages dans le corps (5 niveaux), à la régulation immunitaire (2 niveaux), à la fonction d'échange (1 niveau), et les fonctions liées à l'adaptation tonique de la personne (sur 3 niveaux différents).

Le fascia, ainsi considéré dans toutes ses fonctions, devient « un tissu noble » qui concerne au plus haut point l'approche thérapeutique chez la femme enceinte pour deux raisons. D'une part, ces résultats de recherche enrichissent l'approche « mécaniste » des problématiques ALP de nouvelles compréhensions sur les troubles d'adaptation à la fonction gravidique elle-même. D'autre part, ils permettent au fasciathérapeute de mieux comprendre la portée du toucher manuel chez la femme enceinte et apportent aussi des éléments de compréhension de la problématique abdomino-lombo-pelvienne comme l'hypertonie du muscle utérin que l'on rencontre chez certaines femmes par exemple.

Je propose, à partir du tableau de Quéré (2010, p. 99) sur les 15 fonctions du fascia répertoriées, d'établir des correspondances avec les modifications physiologiques de la grossesse à partir du traité de C.-E. Tourné sur l'obstétrique psychosomatique et fonctionnelle qui considère la grossesse non pas comme un état mais comme une dynamique (Tourné, 2002).

| Les fonctions du fascia d'après les recherches de N. Quéré (2010) | Les modifications physiologiques chez la femme enceinte d'après C.-E. Tourné (2002) |
|---|---|
| <p>Fonction d'adaptation de la structure vivante</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Enveloppe et compartimente les structures du corps 2- Globalise la structure vivante 3- Stabilise la structure vivante 4- Permet l'adaptation de la structure vivante | <ul style="list-style-type: none"> • Notion d'élasticité du fascia permettant l'adaptation biomécanique. Les reliefs du FAP dans la région abdomino-pelvienne se modifient par la croissance utérine (p. 143) • Le fascia myotensif doit réagir à la diminution de la stabilité des structures du fait de l'imprégnation hormonale et à la modification du centre de gravité (p 130) • Le berceau des organes fibreux, tendu comme un hamac en travers de toute la surface de l'orifice pelvien, forme un entonnoir dont les fibres sont orientées en bas et en dedans à l'état non gravide. Ce berceau va inverser sa fonction et jouer le rôle d'amarrage pelvien de l'utérus gravide. (p.143) • Relâchement des ligaments (p. 143) |
| <p>Transmission des messages dans le corps</p> <ol style="list-style-type: none"> 5- Systèmes de voies de signalisation du corps 6- Pourvoyeur d'informations à distance 7- Capable de mécanotransduction 8- Relie la matrice extracellulaire aux cellules 9- Relie les grands systèmes entre eux | <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la coagulabilité sanguine pendant toute la grossesse (p. 162) • Augmentation basale de la consommation en oxygène (p. 162) • Résistance périphérique à l'insuline pour augmenter la glycémie circulante (p. 147) |
| <p>Fonctions liées au système immunitaire</p> <ol style="list-style-type: none"> 10- Participe à la fonction immunitaire | <ul style="list-style-type: none"> • La nidification de l'œuf nécessite que celui-ci se fasse tolérer localement par |

| | |
|--|---|
| 11- Participe à la régulation des processus inflammatoires grâce à son lien avec l'endothélium vasculaire | son hôte (p. 145) <ul style="list-style-type: none"> • Inhibition du processus de « rejet de greffe » (p. 148) |
| <p>Régulation somato-psychique</p> <p>12- Participe aux variations toniques du corps</p> <p>13- Porte une sensibilité et conditionne les possibilités perceptives</p> <p>14- Participe à la fonction somato-psychique</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Réactivité vasculaire ortho-sympathique en début de grossesse (p. 162) et modification de la circulation myométriale (p. 165) • Contractilité utérine pendant toute la grossesse (p. 163) • Modification de l'image de soi, des représentations sociales, angoisses du devenir (p. 155) |
| <p>Fonction en lien avec les échanges</p> <p>15- Participe aux échanges cellulaires grâce à la fonction veino-lymphatique et à la microcirculation qu'il contient</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Imprégnation hormonale • Augmentation du métabolisme (régulation glucidique, catabolisme, anabolisme) de base de 15 à 30 % (p. 159) • Augmentation des liquides corporels |

7 – Tableau des fonctions du fascia d'après les recherches de Quéré

A la lecture de ce tableau, nous observons que les grandes fonctions du fascia sont concernées dans la dynamique gravidique, et par ailleurs que les modifications gravidiques répertoriées concernent de nombreuses adaptations liées à la dynamique gravidique.

Retenons qu'en agissant sur les fascias, le fasciathérapeute favorise probablement l'adaptation de la femme à la grossesse ; il aura une efficacité sur l'équilibre mécanique de la région abdomino-lombo-pelvienne en agissant sur les fonctions d'adaptation de la structure vivante, mais aussi sur les fonctions en lien avec la transmission des messages, sur les fonctions liées à l'immunité et les échanges liés à la microcirculation, et pour finir sur les fonctions de régulation somato-psychique, fonctions qu'il est important de prendre en considération chez la femme enceinte.

En résumé

L'étude des fascias nous révèle deux niveaux de fonctionnalité qui nous intéressent particulièrement chez la femme enceinte. Le premier niveau de fonctionnalité concerne l'organisation macroscopique des fascias avec la notion d'étendue corporelle expliquant les répercussions de la dynamique gravidique à l'ensemble des structures anatomiques.

Le deuxième niveau de fonctionnalité concerne l'organisation microscopique des fascias (notion d'étendue microscopique) assurant la circulation des informations biologiques, chimiques et la régulation tonique cellulaire, voie très active chez la femme enceinte.

2.2. Modèle de la voie de résonance d'un choc (VRC) et problématiques abdomino-lombo-pelviennes (ALP)

D. Bois a développé le modèle de la voie de résonance d'un choc dans les années 1990 (Bois & Berger, 1990, p. 66-72) ; celui-ci sert de référence dans l'approche thérapeutique de la fasciathérapie. Il décrit ainsi cet ensemble de réactions : « confronté au traumatisme, le corps réagit dans sa biologie et dans sa physiologie. Un traumatisme s'inscrit toujours dans les tissus, perturbant momentanément les fonctions nerveuses, la circulation sanguine, la rythmicité des tissus d'enveloppe, la liberté articulaire et le psychisme. Cet ensemble de réactions non décelables par les examens médicaux classiques, mais bel et bien inscrites dans le corps, constitue la VRC » (Bois, 2006, p. 172).

Cette lecture offre une autre perspective en ce qui concerne les interactions entre les différentes structures anatomo-physiologiques et psychologique, ainsi que l'installation du processus pathologique. Prenant en compte l'ensemble des systèmes du corps, ce modèle s'applique aux différentes situations de stress, qu'elles soient aiguës ou chroniques, d'origine somatiques ou bien psycho-émotionnelles.

D. Bois décrit 8 niveaux de réactions pouvant interagir de manière contemporaine que N. Quéré détaille de la manière suivante : « trois niveaux qui concernent le plan physique (système vasculaire et nerveux, fascias, tonus musculaire) ; les deux suivantes impliquent la perception (perturbation des rythmes et désertion sensorielle) ; enfin les deux derniers points concernent l'installation de la pathologie et du mal-être. » (Quéré, 2010, p. 101)

- **La réaction neuro-vasculaire et neurovégétative**

Au départ de la réaction de stress, il y a une réaction neurovasculaire et neurovégétative qui s'installe. Le stress va modifier certains paramètres induisant des angiospasmés²⁸ et une hypertension transitoire, et si le stress perdure c'est la vasoconstriction qui s'installe sous l'effet de l'augmentation du taux d'adrénaline (*Ibid.*, p. 101).

- **Crispation des fascias : dérèglement des voies de communication et diminution des échanges cellulaires.**

Le deuxième niveau de réaction concerne celui des fascias. Les recherches actuelles sur le fascia montrent qu'il est capable d'absorber et de retransmettre les contraintes à l'ensemble des structures concernées pour assurer équilibre et adaptation grâce au modèle d'architecture du fascia organisé en système de tenségrité²⁹, et qu'il joue un rôle dans la microcirculation et les échanges cellulaires. Or le fascia sous l'effet d'un stress ou de la modification du milieu intérieur perd ses propriétés d'élasticité, de plan de glissement, de fonction de microcirculation et de répartition des contraintes, et devient le siège de réactions inflammatoires et de modifications de la réaction immunitaire (*Ibid.*, p. 102). « Sans les fascias, les quatre grands systèmes – nerveux, endocrinien, immunitaire, vasculaire – ne communiquent pas. Ce rôle de communication est primordial et implique anatomiquement et physiologiquement la globalité corporelle » (*Ibid.*, p. 234).

- **Tension des fascias myotensifs et perturbation de l'équilibre tonique**

A ce stade de la réaction de stress, les tensions des fascias myotensifs sont perçues sous forme de crispations, tensions, raideurs. Ces crispations ont un caractère diffusant à l'ensemble du corps, « la répartition tensionnelle implique la mise en jeu de toute l'architecture des fascias, de toute la globalité du corps. Une réponse d'adaptation corporelle ne sera de ce fait jamais d'une manière localisée mais indubitablement dans l'ensemble du corps ». (*Ibid.*, p. 102-103).

- **Perturbation des rythmes et du drainage : fatigabilité et fonctionnement cellulaire**

« Pour fonctionner le corps utilise de façon automatique ses propriétés rythmiques, sans aucune volonté d'intervention ; [...]. Mais ces rythmes sont également influençables et s'adaptent à notre environnement immédiat : [...] » (*Ibid.*, p. 103). Le mouvement interne est

²⁸ Vasoconstriction artérielle

²⁹ Tenségrité : véritable architecture spatiale du vivant qui définit l'assemblage de structures absorbant la compression dans un continuum de tension permettant stabilité et équilibre de l'ensemble du corps. (Quéré, 2010, p. 97).

une expression de cet endorythme assurant mobilité des fascias, échanges tissulaires, brassage des liquides.

En fasciathérapie cette activité rythmique liée au mouvement interne s'appelle le biorythme sensoriel (BRS). Lorsqu'il est diminué, le corps s'alourdit, les liquides stagnent et sa fonction psycho-régulatrice est atteinte. Le sujet porte alors en lui une prédisposition supplémentaire à la maladie et à l'état dépressif.

- **Désertion sensorielle : insensibilité et imperception³⁰**

La désertion sensorielle est la conséquence des autres étapes. En cas de choc ou de stress c'est l'insensibilité transitoire qui s'installe, permettant d'atténuer la réaction à l'événement, la personne se protège de la souffrance. Il y a une perte de rapport à soi, la personne ne sent pas bien, un état de fatigue chronique d'ordre physique et/ou psychique s'installe bien souvent.

- **Immobilité : le blocage articulaire**

A ce stade de la réaction au stress, il y a immobilité des différentes structures, notamment des structures articulaires, « il s'agit d'une perte d'amplitude voir même une immobilité totale d'une ou plusieurs vertèbres, [...]. Le corps n'est plus adaptable à la situation dans laquelle il se trouve, sa réponse n'est plus adaptée au stressor. » (Sercu, 2011, p. 28-29).

- **Adaptabilité subnormale des grandes fonctions de base**

Les différentes réactions en chaîne aboutissent au dérèglement des grandes fonctions de l'organisme, notamment de l'axe corticotrope³¹ et de l'axe cathécholaminergique³², et de la régulation tonique. Quéré nous précise : « lorsque le tonus augmente de manière pathologique, on parle d'hypertonie. S'il reste augmenté c'est tout le système qui est dérégulé et qui s'adapte à partir de nouveaux paramètres trop élevés. Le corps se met à enregistrer comme tonus normal ce qui est déjà un tonus trop haut. [...]. C'est comme si tout le corps se ré-étalonnait en fonction des nouveaux paramètres pathologiques. » (2010, p. 105). Ces réactions en chaîne aboutissent à un dérèglement des voies d'adaptations au stress, la personne se sent dépassée par les événements et parfois se sent envahie par ses émotions.

- **Réaction psychologique : mal-vivre ou mal-être**

³⁰ Terme utilisé en fasciathérapie pour nommer ce qui n'est pas perçu par une personne. Ce terme se différencie avec celui d'inconscient qui fait appel aux refoulements

³¹ Axe de sécrétion du cortisol par les corticosurrénales

³² Production d'adrénaline

Dans ce dernier niveau D. Bois émet l'hypothèse d'installation de troubles somatiques ou somato-psychiques, l'ensemble des voies d'adaptation seraient arrivées au stade de la décompensation.

En fasciathérapie, ces éléments de lectures infra-cliniques sont précieux pour le thérapeute qui peut en faire une lecture très fine et ainsi évaluer le degré de réversibilité de l'atteinte de la dynamique interne. En effet chaque niveau de la VRC fait l'objet d'une lecture manuelle permettant de faire un bilan précis en lien avec les critères d'évaluation propres à la fasciathérapie (lecture du point d'appui, paramètres du mouvement interne, biorythme sensoriel et biomécanique sensorielle notamment).

Etat gravidique et voie de résonance d'un choc

La grossesse est un processus physiologique qui se déroule la plupart du temps dans des conditions normales. Cependant certaines étapes de la grossesse peuvent malgré tout poser problème de par l'intensité des réactions vasculaires, neurovégétatives, métaboliques, musculaires, ostéo-articulaires ou psycho-émotionnelles. L'intensité de ces réactions peut être plus ou moins bien vécue par certaines personnes, pouvant créer des stress, des blocages ou des inflammations qui peuvent entraver le bon déroulement de la grossesse. Parmi les événements de la vie quotidienne évalués comme stressants, selon une échelle de valeurs³³, affectant un indice de stress de 10 à 100, la grossesse est répertoriée avec un indice de stress de 40 (Holmes & Rahe, cité par Quéré, 2008, p. 88).

De plus, selon le terrain, certains blocages plus ou moins silencieux peuvent préexister chez la personne et rendent son corps moins adaptable dans le processus évolutif de la grossesse.

Il s'agira alors pour le fasciathérapeute de recréer des conditions d'adaptation physiologique pour aider la future maman à passer ces différentes étapes de la grossesse alors même que le corps est naturellement fait pour s'y adapter.

³³ Echelle de valeurs de Holmes et Rahe, 1967.

En résumé

Le modèle de la VRC peut apporter un éclairage sur les différentes problématiques liées à la grossesse parce qu'il établit des interactions entre les différentes structures, entre des tensions minimales et le terrain sur lequel peuvent évoluer des pathologies. Ainsi, en fasciathérapie nous allons pouvoir travailler sur les empreintes somato-psychiques, telle que décrites dans la VRC par D. Bois, qui selon cette théorie seraient des traces laissées par les événements.

2.3. Approche manuelle en fasciathérapie

Dans cette section, je n'aborderai que les concepts de la fasciathérapie³⁴ qui m'apparaissent essentiels dans la pratique de l'acte thérapeutique chez la femme enceinte, et je renvoie le lecteur qui souhaite approfondir ces modèles aux différents ouvrages et articles écrits sur les concepts fondamentaux de la méthode (Bois, 1986, 1990, 2006, 2007, 2009 a, b ; Courraud, 2009; Courraud-Bourhis, 2005).

2.3.1. La posture du praticien

- **Posture de neutralité active**

D. Bois définit la posture spécifique du fasciathérapeute comme une attitude de « neutralité active », qu'il définit ainsi « résultat d'un équilibre délicat entre neutralité et activité » (Bois & Austry, 2009b, p. 113). Cette posture permet au thérapeute d'être dans une attitude d'observation et de lecture des différents indices cliniques dans le corps de la personne. « La part de neutralité correspond à un 'laisser venir à soi' les phénomènes en lien avec le mouvement interne sans préjuger du contenu à venir » tandis que « la part active consiste à procéder à des réajustements permanents perceptifs en relation avec la mouvance que l'on accueille » (*Ibid.*, p. 113).

- **Participation du patient**

Les différentes natures de touchers, qui seront détaillées plus loin, sont propices à éveiller chez la personne une attitude active d'observation de ce qui est déclenché en elle-même. La personne peut alors relater des changements d'états (de tendue, elle se sent plus relâchée, plus sereine, apaisée), différents degrés d'implication ou bien des perceptions en rapport avec l'expérience du mouvement interne ou de ses effets dans le corps.

³⁴ Par contre il est important de préciser que les concepts ci-après sont propres à la théorie et la pratique de la fasciathérapie, méthode Danis Bois.

2.3.2. Point d'appui et suivi dynamique tissulaire

L'entretien tissulaire permet « au thérapeute de prendre en compte la personne dans le geste thérapeutique en étant à l'écoute de la demande profonde de son corps » (Courraud, 2009, p. 218) Il consiste à accompagner manuellement les manifestations du mouvement interne dans le corps de la personne et se compose de deux temps qui sont le point d'appui et le suivi dynamique tissulaire. M.C. Astruc-Marty nous précise l'importance du point d'appui qui est « le temps fort du processus thérapeutique en fasciathérapie. [...] il consiste à mettre un terme au suivi dynamique tissulaire spontané, au sein de la résistance tissulaire générée par le suivi dynamique » (Astruc-Marty, 2012, p. 55). Le point d'appui permet un changement d'état qui entraîne une réorganisation du schéma tensionnel ayant ainsi une action sur les différentes structures anatomiques concernées.

2.3.3. Les différentes natures de toucher

- **Toucher de relation et toucher symptomatique**

La notion de toucher prend en compte la dimension clinique du soin par le toucher symptomatique et la dimension relationnelle de l'acte thérapeutique par le toucher de relation. Ainsi, le thérapeute associe en permanence ces deux natures de toucher dans un même geste pour tendre vers une « approche plus *qualitative du soin* » et tenter de « s'adresser autant *au patient* qu'à sa maladie » (Courraud, 2009, p. 194).

C. Courraud³⁵ nous détaille les enjeux du toucher de relation pour le praticien qui « constitue le 'toucher de base' de la fasciathérapie : il permet d'entrer en relation avec le patient, de construire une relation avec lui et de se mettre à l'écoute des forces internes de l'organisme. Le toucher de relation constitue donc un moyen de se centrer sur le patient. » (Courraud, 2009, p. 194). Ce toucher instaure avec la personne un dialogue tissulaire qui possède son langage propre : « son rythme, sa résistance, sa forme, sa tonalité, son amplitude, ses orientation et sa profondeur » (*Ibid.*, p. 200) que le fasciathérapeute sait décrypter et interpréter.

Le toucher symptomatique en fasciathérapie est un toucher de très haute technicité avant tout « basé sur la réflexion thérapeutique et l'analyse anatomique et physiopathologique du symptôme » (Courraud, 2009, p. 194). Il s'agit d'un toucher technique où la main effectrice est « centrée sur le symptôme et la stratégie pour le résoudre » (*Ibid.*, p. 208)

³⁵ C. Courraud, kinésithérapeute et psychopédagogue est également responsable des formations de fasciathérapie au sein de Point d'Appui-IAA/UFP, assistant invité de l'Université Fernando Pessoa (Porto).

pouvant lire les états de tensions, densités ou de contractures. Nous avons aussi vu précédemment l'importance du fascia comme éléments de liaison entre les différentes structures anatomiques et ses implications dans la régulation fonctionnelle et mécanique. La main peut faire une lecture très précise et détaillée, à la fois de cette unité fonctionnelle et de ses dysfonctionnements. L'enchaînement des prises manuelles de libération se fera selon une logique qui suit la lecture de cette « cartographie ». En ce sens, notre pratique ne repose pas sur des gestes préétablis mais sur une logique qui compose avec l'histoire tissulaire (zone de blocages) d'un côté et la dynamique tissulaire (force de régulation du mouvement interne) de l'autre, « les îlots tensionnels³⁶ reflètent les chaînes fonctionnelles d'accommodation » (Bois, 1990, p. 140). Ils participent ainsi à la libération des chaînes tensionnelles.

- **Toucher psychotonique**

Le toucher psychotonique construit la réaction psychotonique dans le corps de la personne par l'intermédiaire de la technique du point d'appui et du suivi dynamique tissulaire. Cette méthodologie d'accordage permet au praticien de réguler la tension tonique de la personne.

Ce toucher psychotonique installe un degré d'implication et de concernation chez le patient qui se définit par l'intensité de la réaction psychotonique. Il installe dans le corps une adaptabilité somato-psychique propice à l'installation d'un état de bien-être psychique. Comme nous le précise C. Courraud, « il n'est pas possible de faire l'économie de la question du rapport entre le corps et le psychisme pour prendre en compte la personne dans sa globalité. La fasciathérapie aborde cette articulation entre le corps et le psychisme à travers le toucher psychotonique. » (Courraud, 2009, p. 200) Ainsi ce toucher « s'adresse simultanément au corps et au psychisme sans les séparer. » (*Ibid.*, p. 200) L'auteur résume ainsi l'impact du point d'appui psychotonique : « le point d'appui manuel reconfigure l'architecture tonique et psychique de la personne qui passe alors progressivement d'un état de tension à un état de relâchement » (*Ibid.*, p. 214)

Ainsi il sera particulièrement intéressant d'utiliser ce toucher chez les femmes enceintes lorsqu'à la problématique abdomino-lombo-pelvienne se rajoute une problématique psychique de type anxiété, inquiétude ou fatigue généralisée.

- **Touchers différenciés des structures anatomiques**

³⁶ Les îlots tensionnels révèlent des zones de tensions situées dans l'étendue corporelle.

Selon D. Bois, les différents touchers sont codifiés pour pouvoir répondre à tous les cas de figure. La précision du toucher manuel permet de différencier les structures anatomiques concernées par le geste fasciathérapique. Ainsi il existe des touchers spécifiques pouvant s'adresser aux fascias, au périoste, à la structure osseuse elle-même ou bien aux viscères ou encore au système vasculaire. A travers les différents touchers, le thérapeute vise à rééquilibrer les différents éléments anatomiques qui sont en tensions, crispés ou spasmodés (Bois, 1989).

2.4. Organisation biomécanique et biorythmique du mouvement interne

La dynamique interne n'est pas exclusivement perçue en thérapie manuelle sous la forme d'une animation libre au sein des tissus, mais parfois sous la forme d'un mouvement organisé dans le corps en biorythme sensoriel (BRS) ou en biomécanique sensorielle (BMS).

2.4.1. Le biorythme sensoriel

Le biorythme sensoriel (BRS) est perçu sous forme d'un mouvement permanent et autonome aux gestes effectués par la personne. « Véritable horloge biologique de la vie dans la matière du corps », il « présente une organisation à la fois spatiale et temporelle » constitué de l'alternance de mouvements de convergence et de mouvements de divergence (Courraud-Bourhis, 2005, p.19).

2.4.2. La biomécanique sensorielle

La biomécanique sensorielle (BMS) est l'étude du comportement articulaire pris à la fois isolément et au sein d'un mouvement global. D'après le modèle de la BMS, chaque mouvement est organisé selon une combinaison d'un mouvement circulaire et de mouvements linéaires qui assurent une fonction de contre-mouvement au mouvement circulaire, offrant ainsi stabilité et globalité d'exécution au geste et assistance proprioceptive.

Selon H. Courraud-Bourhis³⁷ la rupture de la cohérence biomécanique sensorielle pourrait être à l'origine de douleurs fonctionnelles et de perturbations de la posture et de la mobilité articulaire ; le mouvement linéaire ne jouant plus son rôle de contre-mouvement et donc de répartiteur des contraintes (*Ibid.*, 2005).

Les mouvements linéaires (ML) ne sont pas des mouvements articulaires mais correspondent plutôt à un rail du mouvement donnant une direction de mouvement au corps.

³⁷ Hélène Courraud-Bourhis, kinésithérapeute est également Docteur en sciences de l'éducation, directrice adjointe de l'Ecole Supérieure de Somato-psychopédagogie et professeur auxiliaire de l'Université Fernando Pessoa (UFP-Porto).

Ils sont au nombre de 6 mouvements organisés dans les 3 plans de l'espace (avant/arrière, haut/bas, droite/gauche). Leur importance est fondamentale en fasciathérapie puisqu'ils servent de repères aux praticiens afin d'installer des repères spatiaux dans le corps du patient et favoriser sa perception subjective.

2.4.3. Mouvement libre

Lorsque le mouvement interne peut circuler librement au sein du corps, cela traduit un état d'équilibre retrouvé qui s'exprime sous les mains du fasciathérapeute par un état de malléabilité et de souplesse intérieure.

J'attire l'attention du lecteur sur le fait que les différents modèles que nous venons d'aborder pour la thérapie manuelle sont aussi des modèles de base de la thérapie gestuelle. Par exemple, j'installe le psychotonus aussi bien avec le protocole manuel qu'avec le protocole gestuel et je suis vigilante à maintenir la réaction tonique durant toute la séance. Je précise aussi qu'en thérapie manuelle nous parlerons de point d'appui alors qu'en thérapie gestuelle nous parlerons de posture.

3. Approches thérapeutiques et pédagogiques des femmes enceintes présentant des problématiques abdomino-lombo-pelviennes (ALP) en fasciathérapie

3.1. La fasciathérapie appliquée aux problématiques lombo-pelviennes

3.1.1. La thérapie manuelle

La thérapie manuelle permet de prendre en charge des patients souffrant de douleurs aspécifiques du dos, lombalgies aiguës ou chroniques et douleurs sciatiques (Sercu, 2011), ou bien des problématiques de type pelvienne ou périnéale.

P. Sercu³⁸ nous précise que les douleurs aspécifiques sont des douleurs qui ont fait l'objet d'un diagnostic médical et dont la recherche de causes spécifiques ont été éliminées médicalement (hernie discale, spondylolisthésis, sténose spinale, instabilité segmentaire, fracture vertébrale, tumeur, infection et maladie inflammatoire, etc.).

³⁸ Paul Sercu est kinésithérapeute et responsable pédagogique de la formation professionnelle de Fasciathérapie en Flandre (Belgique).

3.1.2. La rééducation sensorielle

P. Sercu a développé une école du dos sensorielle qui consiste en une rééducation de la personne souffrant de douleurs, d'anomalie de la posture et du mouvement dans la région lombo-pelvienne (Sercu, 2011, p. 32). Cette école du dos sensorielle repose sur le modèle de la biomécanique sensorielle développé par Bois, qui étudie les lois du mouvement des différents segments du corps lorsque celui-ci est engagé dans une action, et dont l'objectif est de réduire le tonus, la posture et le mouvement. La rééducation sensorielle a des effets sur les douleurs aspécifiques du dos et apporte un confort gestuel et somato-psychique à la personne (*Ibid.*, p. 91).

3.2. La fasciathérapie appliquée à la femme enceinte et la gymnastique sensorielle périnatale (GSP)

3.2.1. La fasciathérapie appliquée à la femme enceinte

La fasciathérapie est une discipline déjà appliquée sur le terrain par certains praticiens dans le secteur de la périnatalité comme outils de gestion des différents « maux de la grossesse ». Cependant, il n'existe pas, à ma connaissance, d'écrits développant la fasciathérapie appliquée à la femme enceinte sur les problématiques ALP. Cet état des lieux a fortement contribué au choix de ma question de recherche, et c'est pourquoi je me suis permis d'émettre des hypothèses de réflexion au cours de ce chapitre.

M. De Nardi³⁹, formatrice en fasciathérapie, propose « un accompagnement longitudinal de la toute la période périnatale, dans l'objectif de leur donner les moyens (aux futures mamans) de gagner en autonomie et en confiance corporelle, psychique et émotionnelle » (De Nardi, 2012, p. 18). Elle préconise un suivi et un accompagnement de la grossesse en thérapie manuelle et gymnastique sensorielle dans un but préventif du mal de dos de la femme enceinte, d'accompagnement des maux de la grossesse (troubles du sommeil, nausées, fatigues) et de préparation à l'accouchement. L'objectif est alors de libérer les tensions mécaniques de la région pelvienne, travailler les rythmes tissulaires pour permettre à la maman de s'adapter à son nouvel état, et lui apprendre à trouver un « équilibre avec son bébé » et à faire de la « place au bébé » dans sa région lombaire (*Ibid.*, 2012, p. 68).

³⁹ Martine De Nardi, kinésithérapeute, praticienne et formatrice en fasciathérapie et somato-psychopédagogie, a développé l'enseignement de la gymnastique sensorielle périnatale (GSP).

Pour M. Vincent-Roman⁴⁰, formatrice en fasciathérapie, spécialisée dans l'accompagnement des enfants en difficulté et également de la femme enceinte, la pratique de la gymnastique sensorielle permet à la future maman de développer la perception d'elle-même et de son bébé in utéro, d'établir ainsi un lien précoce avec son bébé, d'appivoiser la lenteur, et de développer une coordination, une synchronicité du mouvement interne de la maman avec celui du bébé (Vincent-Roman, 2001).

I. Stélandre⁴¹, spécialiste de la fasciathérapie auprès du nourrisson, recommande ce travail dans le but de faciliter les mouvements du bébé notamment au moment de la naissance : « Le travail sur les tensions mécaniques est de la plus haute importance. Si le bébé se sent dans un environnement moins 'confortable', moins souple, il s'ensuit une moins grande liberté de mouvement pour lui. Ses possibilités de mouvement durant sa vie in utéro étant limitées, il peut se 'coincer' dans une partie étroite du bassin. D'une part, il peut alors avoir des difficultés à descendre lors de l'accouchement et avoir du mal à trouver la 'propulsion' qui lui permettra de progresser dans le bassin maternel. D'autre part, on peut retrouver des tensions et la trace de cette restriction de mouvement dans son corps après la naissance. » (Stélandre, 2006, p. 125)

Pour ma part et dans le cadre d'un précédent mémoire « La maternité, une sensorialité en devenir », j'ai abordé la notion d'accompagnement de la femme enceinte dans les transformations liées à la grossesse parce que cette question m'apparaissait centrale au regard des modifications physiologiques et notamment des remaniements psychiques qu'entraîne la grossesse.

Au total, il m'apparaît donc important de réfléchir autour des modalités pratiques spécifiques chez la femme enceinte. En effet, la question se pose au thérapeute de savoir comment composer avec la présence du bébé dans les problématiques ALP ? Quelle place doit-on lui accorder ? Laquelle et comment ? Comment aborder la problématique abdomino-lombo-pelvienne dès les premiers mois de la grossesse, alors que les contraintes mécaniques sur la charnière lombo-pelvienne sont très faibles, jusqu'au terme alors que la morphologie et la biomécanique a considérablement évolué ? Comment soulager la future maman hyperalgique en fin de grossesse qui a des difficultés à se mouvoir ? Ce sont autant de

⁴⁰ Marianne Vincent-Roman est médecin ORL et fasciathérapeute

⁴¹ Isabelle Stélandre est kinésithérapeute, formée à l'ostéopathie et à la fasciathérapie, est l'auteur de « Plaidoyer pour le bien-être des bébés : une thérapie manuelle du reflux » (2006).

questions qu'il me semble important de clarifier pour offrir aux fasciathérapeutes des repères et pour adapter certains protocoles de la fasciathérapie à ce type de population.

3.2.2. Gymnastique sensorielle périnatale

3.2.2.1. Définition, genèse, objectifs

De Nardi a développé la gymnastique sensorielle périnatale (GSP), une application de la somato-psychopédagogie⁴² mise au point par D. Bois. La GSP fait actuellement l'objet d'un programme de Diplôme Universitaire de GSP⁴³ proposé aux sages-femmes et coordonné par M. De Nardi.

Elle définit la GSP comme « une méthode globale de préparation et d'accompagnement à la grossesse, l'accouchement et la naissance, avec un suivi en post-partum (de la maman, du bébé, du couple parental, de la relation parents/bébé). C'est une approche somato-psychique, pédagogique et thérapeutique, curative et préventive. » (De Nardi, 2012, p. 47)

Cette approche aborde « la physiologie de la périnatalité ainsi que la pathologie qui est entrevue comme une rupture de la cohérence somato-psychique. Elle permet ainsi d'installer des conditions favorables à l'eutocie, de préserver l'équilibre délicat de la sphère pelvienne de la femme et d'intégrer la place et le rôle spécifique du père dans la périnatalité. La GSP éveille également une écoute sensorielle par une écoute perceptive qui permet aux parents de percevoir une nouvelle qualité de présence et de mouvement de leur bébé et ainsi favoriser une communication sensorielle précoce parents/bébé. » (De Nardi, 2012, p. 47)

3.2.2.2. La relation fœto-maternelle : un domaine de recherche en développement

M. De Nardi a abordé, dans un travail de recherche de Master 2, les enjeux de la relation materno-fœtale mise à l'œuvre dans la GSP (De Nardi, 2012). Ses résultats de recherche nous apprennent qu'en appliquant les protocoles pédagogiques de la GSP, la relation fœto-maternelle classique s'enrichit. « Nous observons que ce dialogue (relation fœto-maternelle) révèle une nature de relation beaucoup plus riche qu'une relation classique. Il est plus 'global', plus 'total', plus 'émouvant', au point que les mamans témoignent d'une

⁴² La Somato-psychopédagogie est une pédagogie à médiation corporelle visant à relancer les stratégies d'apprentissage chez la personne.

⁴³ Le diplôme de GSP est proposé aux sages-femmes au sein de Point d'Appui – Institut Académiquement Affilié à l'Université Fernando Pessoa (UFP) à Porto (Portugal).

‘proximité’, d’une ‘communion’, voire même d’un ‘cœur à cœur’ qui émerge, [...] », elle émet l’hypothèse « d’une relation consciente de la part de la maman et donnant lieu à un sentiment de ‘complicité’, ‘d’entente’, entre les deux acteurs de la relation. » (De Nardi, 2012, p. 158-159). L’auteur nous précise aussi que la relation maman-bébé (à travers le mouvement interne) peut être « impulsée par le bébé sous la forme d’un mouvement objectif et/ou subjectif » au point que le bébé pourrait « guider la relation en mouvement », elle ajoute que le bébé est perçu par les mamans comme « être entier, comme présence » (*Ibid.*, 2012, p. 159).

Ces résultats de recherche nous apportent ainsi des éléments de réflexion sur la place que peut avoir le bébé *in utero* et sur la prise en compte de la dimension sensorielle du bébé dans le geste technique fasciathérapique.

3.2.2.3. Des outils techniques novateurs pour les sages-femmes

La GSP, faisant l’objet d’un diplôme universitaire destiné aux sages-femmes, semble révéler un intérêt de cette profession pour ces outils techniques et conceptuels novateurs. Les différents mémoires de DU sur la GSP abordent des thèmes spécifiques à leur pratique : « Du bien-être au bien naître ; En quoi et comment la GSP est-elle une méthode de préparation à la naissance favorisant l’eutocie, c'est-à-dire le « bien-accoucher » (Bonnet, 2009), sur le thème de la relation « la GSP dans la relation à soi, au bébé, pendant la grossesse, l’accouchement et le post-partum » (Jaën-Buravand, 2009), ou encore sur la gestion du stress en périnatalité « les outils de la GSP au service de la gestion du stress et des émotions en périnatalité » (Julien, 2009).

Chapitre 3 : Cadre pratique

1. Introduction

Il m'apparaît utile de préciser ici que cette section n'a pas pour objet d'analyser ma pratique fasciathérapique auprès des femmes enceintes, puisque c'est l'objet de mon travail de recherche. Cependant, je ne peux pas non plus dire, après 25 ans de travail que je n'ai pas réfléchi autour de cet accompagnement et de ses spécificités.

Il me semble donc intéressant de décrire, dans ce chapitre, ma pratique auprès des femmes enceintes dans ce que je peux en connaître, de faire un état des lieux de « ce que je sais », *avant* cette étude approfondie sur ce thème. De façon générale, qu'est-ce que je rencontre auprès de cette population ? Y-a-t-il une différence d'approche en fonction des pathologies, ou en fonction des différents trimestres de la grossesse, et si oui laquelle ?

Ce cadre pratique a pour objectif de donner une vue d'ensemble d'une certaine expertise professionnelle construite au fil des années, et qui me sert de repère au même titre que d'autres sources d'informations (connaissances théoriques notamment) que j'utilise quand je traite une femme enceinte en fasciathérapie.

Le cœur de ma recherche, pour pouvoir pénétrer les détails et les enjeux de ma pratique dans un cadre bien spécifique, n'a pas pour vocation de balayer l'ensemble des situations cliniques qui se présentent dans mon cabinet. D'où l'intérêt de cette partie du mémoire.

Pour aider le lecteur à se représenter mon accompagnement en fasciathérapie, j'expose dans ce chapitre un fil directeur qui donne une structure aux séances, qui sont toutes très différentes en réalité.

2. Le contexte

Je suis kinésithérapeute depuis 1986, j'exerce en libéral depuis 1989 et pratique la fasciathérapie depuis 1987. Mon statut de kinésithérapeute me confère des compétences paramédicales et me laisse néanmoins le choix de la technique de soin. Ainsi au début de mon activité libérale je fais rapidement le choix d'utiliser comme technique principalement la fasciathérapie. Son regard sur les pathologies, la santé ainsi que la nature même du geste thérapeutique me semblent alors plus efficaces et complets que d'autres techniques de

kinésithérapie, et cette approche me permet de développer une relation thérapeutique centrée sur la personne.

Progressivement la patientèle de femmes enceintes a pris plus de place dans mon activité de cabinet, pour devenir conséquente à partir de 2002, début d'une étroite collaboration avec des sages-femmes. J'ai ainsi beaucoup appris, durant cette période, au contact des femmes enceintes mais aussi à l'occasion de différentes interactions avec les professionnels de la périnatalité. Ces dix années m'ont donc permis de me spécialiser dans le domaine de la périnatalité notamment dans certaines problématiques des femmes pendant la grossesse, puis dans le post-partum, ainsi que dans l'accompagnement du nourrisson.

Je reçois dans mon cabinet les mamans, primipares ou multipares, qui viennent par l'intermédiaire de ce réseau de professionnels (sages-femmes), par le bouche à oreille ou parce qu'elles connaissent déjà la fasciathérapie et qu'elles souhaitent bénéficier de cette approche pendant leur grossesse. D'autres encore me connaissent déjà en tant que fasciathérapeute et m'ont demandé de les accompagner dans cette période. Un certain nombre d'entre elles reviennent à chaque grossesse.

En ce qui concerne les demandes, elles varient en fonction de la période de prise en charge. Au premier trimestre (T1) ce sont surtout les nausées et des états d'anxiété qui poussent les mamans à consulter. Au deuxième trimestre (T2) les problématiques ALP commencent à s'exprimer. Au cours du troisième trimestre (T3), beaucoup de femmes enceintes viennent consulter avec une forte demande à visée symptomatique, antalgique et posturale. Sur l'ensemble des trois trimestres, certaines souhaitent se préparer à la naissance avec les outils de la fasciathérapie, d'autres se prendre du temps pour elle-même et leur bébé avant la naissance. Certaines mamans ayant consulté au cours de la grossesse viennent aussi en consultation après l'accouchement. Dans la période du post-partum, aussi appelé quatrième trimestre (T4), certains motifs de consultation sont récurrents, tels la fatigue, les douleurs lombo-pelviennes, la gestion du baby-blues. En revanche, n'étant pas spécialisée dans la rééducation périnéale, j'interagis en complément d'une rééducation du périnée pratiquée par un spécialiste (sage-femme ou kinésithérapeute). J'interviens alors sur l'état général et dans la rééquilibration de l'ensemble de la région abdomino-lombo-pelvienne pour permettre à la maman de récupérer à la suite d'un accouchement traumatique ou avec manœuvre instrumentale, avec ou sans épisiotomie, avec ou sans péridurale.

Par ailleurs, de nombreuses mamans, peut-être parce qu'elles ont développé une confiance dans cette approche du fait de leur propre expérience du soin en fasciathérapie, m'amènent leur bébé pour des troubles du sommeil, coliques du nourrisson, constipation,

absence de prise de poids, ou tout simplement pour que je réalise une séance de thérapie manuelle du bébé lorsqu'elles ont le sentiment que le bébé est agité. Je reçois aussi de nombreux nouveau-nés dont la naissance traumatique, souffrance néo-natale, naissance avec forceps, a un retentissement sur son état général.

En résumé

J'interviens sur l'ensemble de la période périnatale dès les premières semaines de grossesse jusqu'en période post-natale pour la maman et le nouveau-né en complément des suivis de grossesses par le gynécologue et/ou sage-femme. Les problématiques ALP s'expriment parfois très précocement dès les premiers mois de grossesse avec une nette augmentation au troisième trimestre.

3. Ma posture de fasciathérapeute

Ma posture s'adapte et répond à la demande de la future maman qui vient me consulter, sans jamais perdre de vue, dans mon accompagnement, une forme de regard panoramique sur la grossesse. Dans l'arrière-scène du symptôme se profile le rapport singulier avec le processus de la grossesse, le lien qu'elle tisse avec son enfant à naître ainsi que certains enjeux existentiels.

3.1. L'efficacité sur le symptôme

Mon premier critère est avant tout la prise en compte du symptôme physique et l'efficacité du geste technique sur celui-ci. Le symptôme est en général le motif premier qui motive la consultation et je n'ai généralement que peu de séances (deux à trois) pour y répondre. Il y a différentes raisons à cela et notamment le fait que le suivi de grossesse par le gynécologue et/ou les sages-femmes ainsi que la préparation à la naissance et à la parentalité, laissent moins de temps à la maman pour d'autres prises en charge. Dans cette section, je ne reprends pas les différents motifs de consultation qui seront abordés et classifiés dans le tableau n°1 (annexe I) répondant à un des objectifs de ma recherche. Cependant, la demande de soin est à nuancer selon que la femme est primipare ou multipare. J'observe, chez les multipares, des motifs de consultation plus précoces et d'ordre plus qualitatifs, compte tenu de l'expérience que les mamans acquièrent de leur(s) précédente(s) grossesse(s) et de leur désir d'un accompagnement différent des approches classiques. Pour celles-ci, la qualité de vie (être moins fatiguées, mieux dormir, avoir moins de douleurs ou se préparer à la naissance pour pouvoir y être plus active) devient un critère supplémentaire dans les motifs de consultation.

3.2. Regard panoramique sur la grossesse

J'essaie toujours d'appréhender la manière dont la femme vit ce moment particulier de transmission de la vie. Il apparaît que le contexte actuel d'hyper médicalisation de la grossesse, les « clichés » de la maman heureuse et parfaite, font peser sur elle une lourde responsabilité (mener sa grossesse à terme, assumer son travail jusqu'au début du congé maternité sans décevoir son patron, avoir un enfant en bonne santé, pouvoir s'occuper des autres enfants malgré la fatigue, être capable d'aimer son enfant, et d'être une bonne mère, etc...). Ce sont autant de situations qui peuvent être à l'origine d'un certain mal-vivre de la grossesse s'exprimant sous forme d'anxiété, d'état de stress et d'inquiétude, de peur de ne pas être capable, et/ou par des signes physiques, douleurs, contractions, un bébé trop bas, etc. Mais, par ailleurs, je rencontre aussi certaines mamans qui se maintiennent à l'abri de toutes ces préoccupations et sont totalement épanouies pendant leur grossesse.

Cette période de la vie d'une femme est aussi une expérience particulière, celle de découvrir le processus de la vie en soi, de « donner la vie ». Cette expérience peut être décrite comme magnifique, intense, surprenante, mais elle est parfois plus complexe de par ses enjeux, déroutante, difficile, laborieuse ou anxiogène. Pendant 9 mois, le corps de la femme se transforme extrêmement rapidement, et cette transformation intime est plus ou moins bien vécue, l'ensemble des repères physiques, psychiques et sociaux changeant aussi. L'accouchement est aussi le temps fort de ces neuf mois. Expérience décrite comme épanouissante, ou parfois mal vécue, elle représente bien souvent un enjeu majeur pour la femme. La période du post-partum (aussi appelée T4, pour quatrième trimestre), présente elle aussi d'autres enjeux, surtout s'il s'agit d'une première naissance, celui de devenir maman. Et au-delà de ce vécu, elle découvre aussi un engagement et une responsabilité nouvelle envers son enfant que chaque maman s'efforce d'honorer de son mieux.

3.3. Accompagnement de la dimension humaine

Bien qu'il s'agisse d'un projet de vie le plus souvent assumé par la future maman et le couple, la résonance que ce projet a pour chacun des acteurs n'est pas toujours aussi facile à gérer et présente des enjeux existentiels. J'aborde parfois avec elles le sens que prend la grossesse et j'écoute leurs difficultés parce que la posture du fasciathérapeute permet de les accueillir pleinement.

Ma pratique m'amène à consacrer un peu de temps à expliquer certains processus de la grossesse que je n'envisage pas seulement comme un mécanisme biologique mais aussi comme la vie qui se déploie, qui confronte parfois l'idéal de la grossesse à la réalité, qui

modifie son équilibre physique, psychique et postural. J'explique que le déroulement de chaque grossesse est différent, que ce moment peut être une opportunité de découvrir une interaction maman-bébé inédite c'est-à-dire sans repère. Il est extrêmement rassurant de resituer la maternité dans un contexte de transformation physique et psycho-émotionnelle et pas seulement médical.

Ainsi, je ne perds jamais de vue cette dimension humaine, dimension de la résonance de cette vie en devenir chez la maman que je sais pouvoir prendre en compte dans mon approche fasciathérapique.

En résumé

On retiendra qu'au-delà des symptômes physiques liés à la maternité, il y a parfois des enjeux humains et existentiels qu'il est nécessaire d'écouter. Et que les touchers symptomatique et relationnel de la fasciathérapie permettent d'aborder dans un même geste.

4. Quelques repères de prise en charge fasciathérapique au cours de la grossesse et du post-partum

4.1. L'anamnèse

Dans l'anamnèse, certains éléments sont visités systématiquement. Ainsi, je me renseigne sur le stade de la grossesse pour la situer par rapport aux trois trimestres classiquement décrits (T1, T2, T3). Ils sont des repères cliniques assez simples qui marquent des étapes importantes au cours de la grossesse, avec des enjeux différents à la fois pour la maman et pour le fœtus.

Je questionne d'une part les différents symptômes physiques apparus dès les premiers mois de grossesse et le déroulement de celle-ci, et d'autre part le vécu si je perçois des inquiétudes par rapport au déroulement de la grossesse ou par rapport à la naissance, comme la peur de faire une fausse-couche. J'observe si la femme se sent épanouie par sa grossesse ou si elle a plutôt la sensation de la subir parce que le déroulement de celle-ci ne correspond pas toujours à l'idée ou à la représentation qu'elle s'en est faite. Je questionne également les grossesses antérieures s'il y en a eu, leur déroulement et le vécu de l'accouchement ou de la césarienne. Y a-t-il eu des antécédents de fausses-couches ou des IVG ? Et comment a-t-elle vécu ces événements ?

J'interroge la manière dont la future maman est à l'écoute de son corps, j'observe si elle arrive à changer ses propres habitudes de vie, comme prendre en compte sa fatigue ou

ralentir un peu son rythme de vie, sa capacité à s'adapter à la physiologie de la grossesse. J'observe aussi comment la future maman évoque sa relation au bébé à naître, comment celle-ci évolue au fil des séances, bien qu'elle se transforme naturellement tout au long de la gestation et même au-delà.

En résumé

J'interroge systématiquement le stade de la grossesse, les différents symptômes physiques et psycho-émotionnels, le déroulement et le vécu des grossesses et des naissances précédentes.

4.2. Observations manuelles

En tant que fasciathérapeute, j'ai développé des habilités perceptives manuelles, c'est-à-dire des sensations perçues sous mes mains quand je traite en thérapie manuelle, qui m'ont permis d'observer un certain nombre d'informations qui m'apparaissent spécifiques de l'état gravidique, que je vais exposer ci-après. Pour ne pas alourdir cette section, je choisis d'offrir des informations qui n'apparaissent pas forcément dans l'analyse des verbatim mais que je retrouve presque systématiquement au cours des séances. Je suis vigilante à ne pas citer d'éléments d'observation qui seraient de nature individuelle. Ces observations manuelles me servent de repères, de grille de lecture que je me suis construite au fil des années d'expérience.

4.2.1. Le premier trimestre(T1)

Je pourrais décrire le premier trimestre comme un affolement des grands systèmes d'adaptation chez la maman, qui peut se traduire cliniquement par des nausées, une grande fatigue et une émotivité à fleur de peau, accompagnées parfois par un état anxieux se traduisant par une humeur labile. L'équilibre interne est bouleversé et évolue extrêmement rapidement. Le système neurovasculaire est lui aussi en état d'agitation.

Cet état se manifeste sous mes mains par une forme de fébrilité intérieure et d'instabilité qui se traduit à la lecture des paramètres du mouvement interne⁴⁴ (vitesse, orientation, amplitude, cadence) par une altération de sa cadence, perturbation du biorythme sensoriel ; la réponse au point d'appui concerne peu la globalité et la profondeur ; ainsi le

⁴⁴ A noter que certaines observations sont propres aux grilles de lectures de la fasciathérapie. La plupart sont explicitées dans le cadre théorique.

thorax et l'intra-thoracique ne sont plus toniquement reliés au bassin et aux membres inférieurs ; l'évaluation du psychotonus révèle des modulations toniques très faibles et les mouvements de base sont absents. La biomécanique sensorielle est perturbée notamment au niveau du petit bassin, celui-ci est en convergence avec la sensation que la symphyse pubienne est impactée.

Au fur et à mesure de la séance, la dynamique interne est plus efficace et révèle alors des zones d'immobilité, de tensions et de points d'ancrage qui sont une entrave à la diffusion du mouvement interne dans l'ensemble du corps. Ainsi on observe que certains éléments anatomiques ont réagi pendant la grossesse par un état de crispation, le diaphragme perd de son amplitude de mobilité et la maman a tendance à être en inspiration permanente et le périnée se crispe. L'ensemble pelvien perd de sa malléabilité et a tendance à s'immobiliser et à se densifier. Le fascia axial profond réagit sous forme de crispation dans la région intra-thoracique, notamment au niveau du péricarde quand il y a un terrain anxieux, et du petit bassin en cas de nausées et de troubles digestifs ou abdomino-pelviens. L'utérus, encore petit à cet âge gestationnel de la taille d'une balle de tennis, est souvent congestionné, de texture consistante et compacte.

Il s'agit d'éléments de lecture manuelle des structures anatomiques les plus réactives en début de grossesse. Bien évidemment, je donne toujours la priorité dans mes traitements à la situation clinique qui me livre parallèlement des indications individuelles.

Au premier trimestre j'ai remarqué que la qualité du toucher manuel de relation prédomine sur un toucher de nature symptomatique.

4.2.2. Le deuxième trimestre (T2)

Il s'agit d'une période où la femme se sent généralement bien, elle commence à s'installer dans sa grossesse et à trouver des repères dans son nouvel état. Il y a un ancrage corporel et un équilibre somato-psychique plus grand qu'au premier trimestre. Cependant des manifestations somatiques apparaissent dans la région abdomino-lombo-pelvienne.

A ce stade de la grossesse, les expressions sont davantage somatiques et concernent préférentiellement des éléments musculo-squelettiques (douleurs lombo-pelviennes) et viscérales (sensation de pesanteur au niveau du petit bassin, contractions utérines).

Les critères de réponse du point d'appui et du psychotonus sont en général positifs (sauf en cas de mal-être) et reflètent l'adaptabilité de la maman à son état du moment.

Manuellement je perçois des lésions qui concernent surtout la structure. Je retrouve certaines zones d'immobilité et de crispation du début de grossesse comme le diaphragme et

le bassin toujours en restriction de mobilité. De nouvelles densités osseuses et périostées apparaissent sur l'ensemble du cadre osseux (côtes basses, lombaires, sacrum, os iliaques) très sollicité par la croissance utérine et les réajustements posturaux. Le fascia axial profond (abdominal et intra-thoracique) réagit par crispation. Ces différentes immobilités viennent perturber les mouvements de base et les plans de glissement entre l'ensemble bassin-lombaire et utérus-bébé. Les capacités d'adaptation physique de la future maman à son nouvel état semblent dépassées.

La restauration des différents paramètres du mouvement interne va permettre à la maman d'apprendre à s'adapter aux transformations physiques liées à la grossesse, à se laisser sculpter du dedans par la croissance de son bébé. Cette souplesse lui permet une qualité d'accueil de son bébé dans un « écrin de chair », prépare son corps à la physiologie de la naissance ; la région lombo-pelvienne va pouvoir se laisser déformer et malaxer par les contractions utérines et permettre la progression du bébé dans le bassin. J'invite la maman à poser son attention sur cette nouvelle malléabilité quand celle-ci se donne afin qu'elle puisse l'identifier. Je lui fais prendre conscience qu'elle peut faire de la place au bébé dans son bassin et ses lombaires. Progressivement, j'introduis au cours de la séance, les techniques de du mouvement gestuel avec un guidage manuel et verbal adapté.

De mon point de vue, les problématiques ALP s'originent davantage, à ce stade de la grossesse, dans des troubles de l'adaptation des différentes structures anatomiques (périoste, os et fascia axial profond) liés au processus de croissance de l'utérus. Ces structures anatomiques au lieu de rester souples et adaptables se crispent et deviennent rigides, immobiles créant un conflit entre la dynamique de la maman et du bébé, ce que je nomme « les problématiques abdomino-lombo-pelviennes ».

4.2.3. Le troisième trimestre (T3)

A ce stade de la grossesse, l'utérus devient lourd, le bassin devient massif et inerte, le bébé prend presque 1 kg par mois les trois derniers mois. Il y a un état de densité osseuse sous mes mains, la micro-mobilité articulaire et l'aisance gestuelle sont réduites malgré l'imprégnation hormonale qui induit un relâchement des structures ligamentaires. L'ensemble des articulations lombo-pelviennes commencent à souffrir de ces distensions internes. Les diaphragmes costal et pelvien sont bloqués. A un stade très avancé de la problématique abdomino-lombo-pelvienne, la maman se bloque dans une attitude vicieuse autour de son bébé, l'ensemble des structures anatomiques sont alors figées (contractures musculaires, douleurs ligamentaires, blocages articulaires, douleurs costales basses). Les mamans disent

« ne savoir comment se mettre », elles dorment mal car le bébé les gêne, il y a moins de souplesse dans le corps de la maman qui commence à s'enraidir.

La thérapie manuelle permet de restaurer mobilité et malléabilité, le bassin retrouve une souplesse interne (malléabilité) soulageant les tensions ligamentaires, articulaires, se laissant à nouveau distendre par la croissance utérine. Il pourra ensuite se laisser sculpter par le mouvement de naissance du bébé.

L'organisation spatiale du mouvement interne permet de restaurer l'équilibre spatio-temporel de l'utérus et du bébé dans son espace lombo-pelvien soulageant ainsi un certain nombre de tensions et de problématiques liées à un déséquilibre utérus-bébé dans le bassin. Elle favorisera, au moment de l'accouchement, l'engagement du bébé dans le pelvis parce que celui-ci est bien centré dans le bassin.

4.2.4. Quatrième trimestre (T4)

Les cas cliniques sont très différents d'une maman à l'autre, selon le déroulement de la naissance et le vécu de l'accouchement. Je n'ai pas réellement identifié d'indices manuels permettant de dégager des composantes communes aux différentes mamans dans la période du post-partum. La résonance et l'enjeu de la naissance étant très singulier, la prise des nouveaux repères entre la maman et son bébé, la réappropriation de son propre corps de femme sont autant d'éléments diversement vécus, auxquels seule une écoute manuelle attentive et respectueuse s'appliquera à répondre au cas par cas.

En résumé

Les trois trimestres T1, T2 et T3, sont des périodes très différentes qui chacune va solliciter un accompagnement différencié. A T1, je vais privilégier un travail global. A T2, le toucher symptomatique et relationnel va permettre la prise en compte du symptôme et de la personne. A T3, les symptômes et l'inconfort physique prédominent, et selon la demande de la maman j'élargis mon action thérapeutique à une action pédagogique qui vise à offrir à la maman des outils de préparation à la naissance et de perception du lien mère-enfant. A T4, je m'adapte à la demande singulière de la maman.

L'ensemble de ces éléments pose donc le cadre dans lequel je vais recevoir les participantes à mon étude et mener cette recherche.

DEUXIÈME PARTIE :

POSTURE

ÉPISTÉMOLOGIQUE ET

MÉTHODOLOGIE DE

RECHERCHE

Chapitre 4 : Posture épistémologique

Le choix de la posture épistémologique dépend essentiellement de l'objet de la recherche auquel il doit être adapté. Ainsi, l'objet de ma recherche concernant le « comment » d'un aspect de ma pratique professionnelle (comment je m'y prends dans ma pratique fasciathérapique auprès des femmes enceintes) relève d'une dimension éminemment qualitative.

1. Une démarche compréhensive d'inspiration phénoménologique

Ma recherche s'inscrit dans une démarche compréhensive et interprétative qui vise à analyser des faits issus de l'acte fasciathérapique lui-même pour accéder à un ensemble de significations éclairant les différentes modalités de ma pratique à partir « d'éléments de contextualité » (actions menées sur le terrain) mis en rapport avec des « savoirs d'arrière-plan » (connaissances théoriques et expertise de terrain). Comme le soulignent P. Paillé & A. Mucchielli⁴⁵ : « cette méthode donc ne doit pas être « explicative ni historique mais descriptive et tenir compte des faits présents ». [...] Pour atteindre le sens il faut s'efforcer de comprendre le contexte présent, car seul le contexte peut faire apparaître la signification, laquelle n'est pas dans la connaissance des causes mais dans la connaissance de tous les éléments présents reliés entre eux » (*Ibid.*, p. 30). Ainsi, le recueil de données s'efforcera de décrire l'acte fasciathérapique lui-même tel qu'il se donne, sous mes mains, de manière « brute » (*Ibid.*, p. 30) c'est-à-dire en temps réel du geste fasciathérapique et sans interprétation, au plus près de ma perception. C'est en cela que ma démarche compréhensive peut être considérée « d'approche phénoménologique » dans un souci de se rapprocher du phénomène tel qu'il se donne à percevoir.

2. Posture de praticien-chercheur inscrit dans le paradigme du Sensible

2.1. Une posture en première et deuxième personne

La production de mes propres données peut s'avérer délicate dans une recherche. Aussi, il convient de préciser la distinction entre une posture globalement en première

⁴⁵ Pierre Paillé est professeur à la faculté des sciences de l'éducation de l'université de Sherbrooke (Canada), et Alex Mucchielli est épistémologue et chercheur en science de la communication.

personne qui renvoie à la nature subjective des données et une posture en première personne « au sens fort » ou encore « radicalement » en première personne (Vermersch⁴⁶, 2010, 2011) « se rapportant exclusivement à ce que le chercheur lui-même peut dire de son expérience propre, à son propre témoignage qu'il prend comme matériau de recherche » (cité par Berger, 2009b, p. 204).

Je ne me situerai pas dans une posture radicalement en première personne puisque j'ai adopté une posture à la fois en première et deuxième personne. Dans ma posture en première personne, je compte utiliser des données élaborées par moi-même et issues d'expériences de pratiques de fasciathérapie. En temps réel des séances, j'ai fait une description précise et détaillée de mes perceptions et actes réalisés (procédure explicitée dans la méthodologie de recueil de données). Immédiatement après les séances j'ai aussi pris un temps d'écriture afin d'enrichir mes descriptions faites en temps réel. Dans ma posture en deuxième personne, je recueille les témoignages de mes patientes que je vais également analyser, en tant qu'éléments de ma propre pratique professionnelle.

Les descriptions faites de ma pratique m'ont permis de m'en rapprocher, de me plonger au cœur de mes manières de faire, de la pénétrer plus profondément, et d'accéder à un matériau qui ne se serait pas donné de la même façon dans un recueil de données effectué par un tiers m'interviewant sur ma pratique. Il s'agit presque de données "brutes" qui émergent d'un présent, donnant accès davantage à des contenus d'actes nés de mon rapport spécifique à mon objet de recherche.

2.2. Inscription dans le paradigme du Sensible : implication et distance de proximité

L'inscription même de ma recherche dans le « paradigme du Sensible qui questionne le monde du sentir et celui du penser » (Bois, 2009a, p. 71) sollicite un degré supplémentaire d'implication et une forte subjectivité.

Le paradigme du Sensible place l'expérience sensible au sens d'un contact direct et intime avec le corps au cœur d'un processus d'accès à des connaissances. D. Bois & D. Austray⁴⁷ nous expliquent ce processus : « ainsi c'est à partir de cette expérience que se construit progressivement, chez le praticien, une nouvelle nature de rapport à soi, aux autres et au monde, et la mise en lumière d'une nouvelle forme de connaissance. Un rapport que nous

⁴⁶ Pierre Vermersch est psychologue et psychothérapeute de formation, concepteur de l'entretien d'explicitation.

⁴⁷ Didier Austray est professeur associé invité de l'Université Fernando Pessoa, chercheur au Cerap/UFP, spécialiste des approches qualitatives de recherche en sciences humaines et des questions d'épistémologie.

pouvons qualifier de créatif, et qui place, [...], la présence à soi au centre du processus d'accès à la connaissance. » (Bois & Austry, 2009, p. 105-106).

Le terme « Sensible » dans l'expression « praticien-chercheur *du Sensible* » renvoie à deux manières de le comprendre que nous précise E. Berger⁴⁸ : « la première correspond au Sensible comme objet de la recherche (recherche 'sur' le Sensible) : un praticien-chercheur du Sensible est en effet, à la base, un praticien qui se met à faire de la recherche sur le terrain de sa pratique ; [...]. La seconde dimension que nous explorerons est celle du Sensible comme posture de recherche (recherche 'depuis' le Sensible) » (Berger, 2009, p. 171).

En effet, ma recherche porte, sur l'expérience du Sensible, comme objet de recherche c'est-à-dire en relation avec la perception du mouvement interne comme outil de reconfiguration de l'architecture tonique et psychique de la personne telle qu'elle se donne en fasciathérapie ; ici, les données sont le fruit du rapport singulier de la thérapeute que je suis, au corps sensible qui se dévoile dans le corps de ma patiente.

Par ailleurs, j'adopte une attitude de neutralité active vis à vis de mes données, c'est-à-dire que je les accueille, je me laisse réfléchir dans un lieu de moi qui est neutre en dehors de ce que je sais déjà pour tenter de laisser émerger une cohérence nouvelle, des mises en lien entre connaissances théoriques, expertises et perceptions, que je ne connaissais pas et finalement découvrir une théorisation de ma pratique. Cette part active du chercheur se traduit par ce que D. Bois appelle création (2007, p125) et l'émergence de résultats de recherche qui se donnent au fur et à mesure que la recherche avance.

Précisons que ma posture de recherche qui s'enrichit de la spécificité de la posture du chercheur du Sensible soulève par ailleurs la question de l'implication et de la subjectivité en recherche.

D. Bois (2007b) introduit le concept de « distance de proximité » pour définir cette posture particulière : « réunis ensemble, conditions extra-quotidiennes, neutralité active et point d'appui, cernent les contours de cette distance de proximité qui offre au praticien un rapport renouvelé à son corps percevant et au chercheur un rapport renouvelé à son expérience de terrain » (Austry & Berger, 2010, p. 16). Cette distance de proximité est une succession d'allers-retours entre des données d'une part et la capacité d'observation en surplomb de ces données. Cette posture permet au praticien-chercheur du Sensible d'allier à la

⁴⁸ Eve Berger, psychomotricienne de formation, est professeur invité de l'Université Fernando Pessoa et directrice de l'École Supérieure de Somato-psychopédagogie.

fois objectivité et implication. J'ai pu repérer cette posture spécifique à deux moments différents dans mon travail de recherche.

Le premier mouvement d'aller-retour s'effectue au moment de la description en temps réel de ma pratique, il y a le « je » qui fait et le « je » qui observe et qui nomme la chose. Le « je » qui observe est la part de moi qui se situe en surplomb de l'expérience et qui peut la décrire telle qu'elle est. D. Bois définit ainsi cette double présence par « je peux en temps réel, [...], sentir à la fois 'que' je sens et ce que je sens, percevoir à la fois 'que' je perçois et ce que je perçois, prendre acte à la fois 'que' je pense et de ce que je pense » (Bois, cité par Austry & Berger, 2010, p. 16).

Le deuxième mouvement d'aller-retour s'effectue au moment de la création des catégories et sous-catégories émergentes. C'est une prise de distance nécessaire, décentrée de mes préoccupations de praticienne, pour me pencher sur 'le comment je fais' et 'le pourquoi je le fais'. Cette étape n'a pas été facile à acquérir. Il a fallu que je me « défusionne » de l'ensemble de mes pensées, actes, compétences et automatismes construits pour répondre avec efficacité à une problématique clinique et revisiter ce qui sous-tend mon action. E. Berger nous explique que « la modalité de décentrage, permettant notamment de mener à bien le processus de problématisation théorique, est vécu comme un déplacement dans l'orientation droite/gauche (« je me décale sur le côté pour observer ma pratique »). » (Berger, 2009a, p. 179)

3. Analyse qualitative

3.1. Analyse qualitative

J'ai utilisé une méthodologie de recherche qualitative en recueillant les données issues de ma pratique professionnelle pour clarifier mes propres stratégies thérapeutiques sur un nombre limité de cas. Ces données collectées directement sur le terrain sont issues de l'expérience d'une séance de fasciathérapie telle qu'elle se donne au thérapeute, de manière « brute » c'est-à-dire sans mise en forme, par le media de la perception. Ensuite à partir de ces données que j'ai moi-même produites, décrivant mes propres gestes techniques et subjectifs, j'ai mené une analyse de type qualitative qui cherche à élucider les processus subjectifs qui la composent et ainsi mettre à jour des dynamiques d'arrière-plan.

Cependant, bien que l'ensemble de ma dynamique de recherche s'inscrive clairement dans une démarche qualitative, j'ai utilisé à un moment de la recherche une méthode de quantification de certaines données qualitatives (issues de l'ensemble des fiches de consultation des femmes enceintes accompagnées en fasciathérapie) qui m'a semblé utile pour

répondre à mon premier objectif de recherche. Cette démarche de quantification permet d'avoir un regard panoramique sur ce type de patientèle, un état des lieux de ma pratique sur une longue période dans l'objectif de mettre en relief certaines données et avoir une vue plus précise de ma pratique spécifique. Cependant, cette partie de l'analyse reste du domaine de la recherche qualitative et ne peut pas être considérée comme une recherche quantitative en tant que telle. Comme nous expliquent P. Paille & A. Mucchielli : « la recherche des significations est permanente et constante dans la vie humaine. [...]. Cela s'applique également aux situations de recherche statistique, dont on perçoit malheureusement peu la part d'analyse qualitative la rendant compréhensible et communicable » (2008, p. 25). Je m'attacherai à faire une analyse qualitative des données quantitatives concernant plus particulièrement les motifs de consultation de ce type de population.

Néanmoins, l'essentiel de ma recherche porte sur une analyse purement qualitative qui vise à mettre à jour les différents processus subjectifs et techniques mobilisés à partir des verbalisations descriptives (détaillées au chapitre suivant) de ma pratique de terrain.

3.2. Théorisation ancrée

Le modèle de la théorisation ancrée, proposé dès les années 1960 par l'école de Chicago puis repris par Glaser & Strauss (1967), permet de pousser plus loin le mouvement d'analyse dont les premières étapes ont été l'effort de catégorisation et de conceptualisation, pour aboutir à une modélisation, part productive et explicative de l'analyse (Glaser & Strauss cités par Paillé, 1994). En effet, je suis partie des données issues de mon terrain de recherche sans nécessairement savoir ce que j'allais réellement y découvrir (voir chapitre méthodologie de recherche). Le processus de catégorisation puis la reformulation catégorielle m'ont permis à la fois de m'approprier le corpus de données - P. Paillé parle de « familiarité avec les données » - et de m'en distancier pour hisser l'analyse vers un niveau de conceptualisation plus grand. Cette phase de resserrement analytique poursuit l'analyse pour l'amener à un niveau explicatif suffisant, laissant émerger un degré de compréhension nouveau du phénomène étudié.

3.3. L'analyse de pratiques comme support de la recherche

C'est en m'appuyant sur mon expertise que ma recherche, sous la forme d'une analyse de pratique, a le projet de mettre à jour des connaissances spécifiques, voire des procédures que j'ai développé dans le domaine des problématiques ALP de la femme enceinte. En effet,

comme le précise Ph. Perrenoud⁴⁹, « la clarification de son rapport aux savoirs est encore plus importante lorsque l'analyse de pratiques est délibérément mise au service soit de la mobilisation de savoirs acquis (construction de compétences), soit du développement de savoirs partiellement nouveaux (démarche clinique). » (2003, p.6)

Pour cet auteur, l'analyse de pratiques revêt des formes très variées et peut répondre à des objectifs très différents. Ainsi, cette analyse permet un « travail d'explicitation d'une expertise », constitue « une première étape de la transposition didactique en formation de praticiens », ou prépare une « démarche d'identification de pratiques efficaces pour être portées à la connaissance d'autres praticiens » (Perrenoud, 2005, p. 1). La notion d'expertise revêt ici un caractère important comme le présume l'auteur car « on n'analyse de manière approfondie et pertinente que les objets sur lesquels on détient des connaissances pointues, qu'elles viennent de l'enseignement, du partage des savoirs ou de l'expérience personnelle de l'analyste » (*Ibid.*, 2005, p.8)

Par ailleurs, faire une analyse de sa propre pratique professionnelle peut se justifier par « l'évidence que la pratique n'est pas que la simple application déductive de connaissances théoriques ou procédurales homologuées » (*Ibid.*, 2005, p.1). Ainsi, D. Schön (1994), justifie ce mode d'analyse par le fait que : « Penser chaque cas clinique dans sa singularité, prendre le risque d'agir sans pouvoir constamment appliquer une règle ou un principe [...]. Là commence la vraie compétence professionnelle, le raisonnement clinique qui fait qu'à partir des mêmes données des professionnels de même niveau et de formation proche ne font pas les mêmes choix. De cette variété naît l'intérêt d'analyser et de confronter les pratiques. [...]. La pratique met en œuvre le jugement d'un sujet singulier confronté à une situation singulière, jamais complètement analysée ni analysable, [...]. » (Schön, cité par Perrenoud, 2005, p. 1) Les professionnels de santé sont directement confrontés à ces situations où il y a une nécessité permanente de s'adapter à la clinique, à la fois d'une personne à une autre mais aussi d'une séance à une autre.

⁴⁹ Philippe Perrenoud est docteur en sociologie et anthropologie, chargé de cours à l'Université de Genève.

Chapitre 5 : Le recueil de données

Comme je l'ai précisé dans la section précédente, je choisis de mener la recherche à partir des données issues du terrain de ma pratique professionnelle et sous la forme d'une auto-analyse, c'est-à-dire que le recueil de données est constitué d'éléments que j'ai moi-même produits.

J'ai donc à ma disposition, dans ma pratique professionnelle, deux sources de données différentes, qui me révèlent deux aspects différents de ma pratique. L'une m'offre une vision panoramique de ma patientèle à partir des fiches de consultation de mes patientes. L'autre m'offre un regard pénétrant sur les actes qui constituent ma pratique fasciathérapique à partir de données de descriptions de ma pratique.

1. Les différents types de recueil de données

1.1. Procédures

- La première source de données à partir des fiches de consultation couvre une période d'activité professionnelle de 20 années et vise à dresser un état des lieux de ma patientèle de femmes enceintes. Je procède à la lecture de l'ensemble de mes fiches de consultation et je sélectionne l'ensemble des fiches concernant les femmes enceintes.
- La deuxième source de données concerne un instantané de ma pratique professionnelle et prend en compte une période de trois mois au cours de laquelle j'ai effectué 3 séances de fasciathérapie que j'ai commentées et enregistrées.

1.2. Fiches de consultation

Les fiches de consultation des patientes relèvent certains aspects de ma pratique. Je procède donc à la lecture de chacune des fiches de consultation qui contient des informations notées systématiquement, concernant des éléments techniques qui m'apparaissent importants à connaître pour le suivi des grossesses en fasciathérapie, parce qu'ils influencent et participent à ma réflexion pratique ainsi qu'à l'organisation des consultations.

Ces informations me serviront donc de base à une réflexion concernant les modalités de ma pratique et les principales catégories que je pourrai discriminer.

1.3. Enregistrement et retranscription de séance

Afin de collecter des informations en temps réel des séances et d'en garder une trace, je décide d'enregistrer l'ensemble de plusieurs séances de fasciathérapie. Pour cela, je sélectionne plusieurs participantes selon des critères correspondant à mon terrain de recherche, comme nous le verrons ci-après.

Je leur demande leur accord pour faire partie de la recherche, l'autorisation d'enregistrer la séance et d'utiliser les données dans ce travail de recherche. Je leur propose aussi de lire les retranscriptions et de pouvoir se retirer de la recherche si elles le souhaitent, et enfin d'avoir accès au mémoire une fois celui-ci finalisé.

Dans les enregistrements, j'ai alors accès à deux types de données différentes qui sont d'une part les données de description de ma propre pratique fasciathérapique qui tente de nommer les éléments constituant les différents gestes techniques utilisés, et d'autre part les données verbales de la patiente, anamnèse et témoignage avant, pendant et après la séance.

1.3.1. Données verbales de la patiente

J'ai gardé les informations verbales que me donnent la patiente au cours de la séance qui contiennent à la fois des données d'anamnèse et son témoignage pendant et à la fin de la séance.

Je décide de conserver ces données pour l'analyse, bien que ce ne soit pas l'objet même de ma recherche mais parce qu'elles font aussi partie des facteurs de régulation de la pratique fasciathérapique.

1.3.2. Verbalisations descriptives pendant trois séances de fasciathérapie

Une part des données que j'enregistre se compose de mes propres descriptions orales pendant la séance qui tentent de décrire les différents actes que je pratique. Je nomme ce type de données *verbalisations descriptives* parce que la verbalisation est un moyen de rendre compte des actes, des détails, du contenu d'une expérience, mais à la condition que « la verbalisation soit informative du vécu de référence, il faut encore qu'elle le soit sur le mode descriptif » selon Vermersch (2010, p. 23). C'est ce que je m'applique à faire lorsque que je décris en temps réel les informations que je perçois de façon à rester au plus près de mon expérience de thérapeute.

Je souhaite que la verbalisation descriptive soit celle d'une séance de fasciathérapie appliquée menée dans un objectif clinique, car il rejoint mon objectif de recherche. De façon à mettre en valeur mon matériau de recherche, je nomme à haute voix certaines de mes procédures thérapeutiques dans une visée de recherche. Je veille à ce que la dimension de recherche ne nuise pas à ma priorité thérapeutique.

Rapidement je me rends compte des difficultés techniques liées à cette forme de recueil de données qui est de dire ce que je fais et perçois tout en menant de front le traitement. Il est difficile de maintenir ces différents niveaux d'intention, qui sont de réaliser la séance tout en restant au plus près de mon éthique professionnelle d'efficacité, d'écoute et de respect, en gardant le côté 'naturel' des moments d'interaction orales avec la patiente comme je peux le faire habituellement, et dans le même temps répondre aux exigences de la verbalisation descriptive pour les besoins de la recherche. En effet, je tente de décrire les actes et l'arrière-scène de ma pratique manuelle ou gestuelle, les gestes techniques que je réalise pour rendre compte des différents actes manuels, l'évolution au cours de la séance en formulant les changements d'état de la personne (état tendu, relâché), les informations manuelles perçues sous mes mains en rapport avec la dynamique interne, et aussi les effets de mon intervention manuelle sur la personne.

1.4. Description spécifiée de séance

Le troisième corpus de données complète le précédent qui me semble parfois incomplet. Il se compose d'informations que j'écris directement après les séances, nommées *descriptions spécifiées*. En effet, avec la tenue du journal de recherche, je me suis rendue compte qu'un temps d'écriture en différé de la séance apporte des précisions complémentaires parce que certains éléments de ma pratique n'apparaissent pas ou peu dans les verbalisations descriptives, que j'attribue aux difficultés inhérentes à ce mode de recueil de données.

2. Les participantes à la recherche

2.1. Données quantitatives à partir des fiches de consultation

Je sélectionne à partir de l'ensemble des fiches de consultation de ma patientèle, les fiches des femmes ayant été enceintes et ayant consulté dans mon cabinet de kinésithérapie-fasciathérapie de 1990 à 2011. Je retiens comme critère d'inclusion toutes les femmes enceintes, quel que soit le stade de la grossesse, à qui j'ai réalisé au moins une séance de fasciathérapie au cours de leur(s) grossesse(s). Ces fiches de consultation concernent un échantillon de 160 futures mamans et 179 grossesses parce que certaines mamans sont venues pour plusieurs grossesses.

Je rentre les données écrites sur les fiches de consultation dans un tableau Excell (tableau n°1). Chaque colonne correspond à un item figurant sur les fiches de consultation et chaque ligne du tableau porte le nom de la patiente, rentré dans l'ordre alphabétique, et affecté

d'un numéro de patiente de 1 à 160, puis du numéro de la grossesse de 1 à 179. Cette double numérotation fait apparaître les mamans venues pour plusieurs grossesses.

Je reporte dans ce tableau pour chaque femme enceinte, la répartition des séances selon le stade de la grossesse (1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} trimestre) parce que je connais le terme de la grossesse ; le nombre total de séances effectuées ; le nombre de séances effectuées en post-partum ; le nombre de séances effectuées avec le nouveau-né.

Au début de chaque suivi de grossesse, je note sur sa fiche de consultation les différents motifs de consultation que me donne la patiente sous la forme d'item (bien-être, stress, trouble lombo-pelvien, etc...), et bien souvent la femme présente plusieurs plaintes. Je tiens compte également au cours du suivi de la grossesse l'évolution des motifs liés à la dynamique gravidique parce que parfois la clinique évolue rapidement d'une séance à l'autre. Je note alors sur les fiches cette évolution qui va dans le sens d'une amélioration ou bien d'une aggravation des symptômes.

2.2. Données qualitatives portant sur trois séances de fasciathérapie

2.2.1. Données exploratoires

Je procède à deux enregistrements exploratoires avec une des trois participantes afin de me familiariser avec cette forme de recueil de données. Après retranscription et relectures, je décide de garder cette forme de matériau de recherche. Ces relectures m'offrent des points de repères que je tente de développer lors des verbalisations descriptives pendant les trois séances que j'enregistre.

2.2.2. Trois participantes à la recherche

Je choisis trois participantes qui sont en soin dans mon cabinet (sous les pseudonymes Dorothée, Anouk et Lucile⁵⁰). Celles-ci viennent en consultation dans mon cabinet de kinésithérapie-fasciathérapie libéral pour des problématiques ALP sur une période de mai à juillet 2011, période à laquelle je collecte les données pour commencer l'analyse.

Dorothée est âgée de 27 ans, il s'agit de sa première grossesse, elle consulte une première fois en fasciathérapie au premier trimestre pour des nausées. Elle revient ensuite en consultation au deuxième trimestre pour des douleurs lombo-pelviennes, menace d'accouchement prématuré et une courbe de croissance du bébé en dessous de la normale. Les

⁵⁰ Pour préserver l'anonymat les prénoms des patientes ont été changés ainsi que le nom de personnes ou de lieux auxquels il est fait référence dans le texte.

deux premiers enregistrements de séances exploratoires correspondent aux 4^{ème} et 5^{ème} séances. J'enregistre et retranscris la séance n°6 en vue de l'analyser. Elle est alors au début du 9^{ème} mois, la naissance par césarienne est programmée 3 semaines plus tard, et dans l'intervalle je la reverrai encore une fois, soit un total de 7 séances sur l'ensemble de la grossesse. Le bébé fera 3,370 kg et 49 cm à la naissance ; elle ne poursuivra pas les consultations après la naissance.

Anouk, est âgée de 34 ans, il s'agit de sa première grossesse. Elle a déjà eu recours à un fasciathérapeute et a suivi quelques cours de gymnastique sensorielle (voir cadre théorique). Elle vient en consultation dans mon cabinet libéral à 2 mois 1/2 de grossesse, elle se plaint de troubles digestifs et souhaite être accompagnée en fasciathérapie jusqu'à l'accouchement. A la séance n°2, elle souffre d'une lombalgie très gênante depuis deux semaines. J'enregistre et retranscris la séance n°4, séance à laquelle réapparaissent les douleurs lombaires, elle est à 5 mois 1/2 de grossesse. Après cette séance, je la verrai encore 4 fois avant l'accouchement, soit un total de 8 séances. Il s'agira d'un accouchement physiologique avec une épisiotomie mais sans péridurale ni manœuvre instrumentale. Je la verrai ensuite deux fois en période post-natale pour elle-même et 3 fois pour le bébé qui a souffert de coliques du nourrisson et a beaucoup pleuré.

Lucile, âgée de 34 ans, n'est pas enceinte lorsqu'elle vient en consultation pour la première fois. Elle se plaint de douleurs lombaires qui irradient dans la hanche droite, des douleurs cervicales et un état de mal-être qui nécessite un traitement antidépresseur de la part de son médecin traitant, je la vois 4 fois en consultation. A la 5^{ème} séance, elle m'annonce qu'elle est enceinte, il s'agit de sa deuxième grossesse (soit séance n°1 de sa grossesse). Elle souhaite poursuivre les séances de fasciathérapie jusqu'à l'accouchement. Entre les séances n°2 et n°3, elle fait une amniocentèse pour un dépistage de la trisomie 21. J'enregistre et retranscris la séance n°4, elle est alors enceinte de 4 mois 1/2. Les douleurs lombaires et la douleur au niveau de la hanche droite sont réapparues et deviennent très gênantes, par ailleurs son état de fatigue généralisée influence son humeur ; son traitement antidépresseur est arrêté depuis le début de la grossesse. Je la verrai encore 5 fois avant la naissance soit un total de 9 séances pendant sa grossesse. L'accouchement se déroulera sous péridurale, le bébé a eu le cordon autour du cou mais il va bien. Lucile m'amène son bébé en consultation une fois pour coliques légères du nourrisson et pour un travail général d'équilibration.

3. Description des recueils

3.1. Tableau Excell

Je rentre l'ensemble des données issues de chaque fiche de consultation sous forme d'un tableau appelé Tableau n°1 figurant en annexe (Annexe I).

Il concerne un échantillon de population de 160 futures mamans, et pour garder l'anonymat chaque patiente est numérotée de 1 à 160. J'établis une deuxième numérotation pour prendre en compte les mamans ayant consulté pour plusieurs grossesses, ce qui établit le nombre total de grossesses suivies à 179. Cette double numérotation me donne le nombre de femmes venues consulter pour plusieurs grossesses.

Cette deuxième numérotation (de 1 à 179) va me servir de référence tout au long de cette partie de l'analyse, car chaque grossesse, considérée comme une situation à part entière, a son déroulement tout à fait singulier. Chaque ligne correspond donc à une grossesse.

Chaque colonne reprend un item noté sur la fiche de consultation.

Pour chaque ligne, je remplis les colonnes, soit par le chiffre 1 si la patiente est concernée par la colonne, soit la colonne reste vide si elle n'est pas concernée. Ce mode de remplissage me permet de comptabiliser le nombre de cas répertoriés dans chaque colonne.

3.2. Verbalisations descriptives

Les retranscriptions de séances sont codées ainsi pour Dorothée (D, l 3-9), Anouk (A s, l 3-9) et Lucile (L s, l 3-9) dans l'analyse : D pour Dorothée, A pour Anouk, L pour Lucile ; s pour séance ; l pour ligne ; 3-9 pour lignes 3 à 9.

3.3. Descriptions spécifiées

Je décide d'enrichir la retranscription de la séance avec Dorothée d'éléments de descriptions spécifiées qui figurent en italique dans le texte de la retranscription. Après les séances avec Anouk et Lucile, je prends un temps d'écriture, assez restreint d'environ 20 à 30 minutes, immédiatement après la séance. Je décide de les inclure dans mes données d'analyse.

Je nomme le temps d'écriture 'ds' pour « description spécifiée » de séance. Elles figurent à la suite des retranscriptions de chacune des séances et sont référencées dans mes tableaux d'analyse comme suit : (A ds, l 5-6) pour Anouk et (L ds, l 4-6) pour Lucile.

Chapitre 6 : Méthodologie d'analyse

J'ai déployé deux méthodologies différentes pour analyser ma pratique fasciathérapique parce que, d'une part j'ai regardé ma pratique professionnelle de manière rétrospective en examinant l'ensemble de ma patientèle constituée de femmes enceintes, ce qui a nécessité une méthodologie d'analyse quantitative, et d'autre part j'ai observé minutieusement les différents actes et outils pratiques fasciathérapiques qui composent une séance de fasciathérapie et j'ai mené avec ce corpus de données une analyse de type qualitatif, qui représente l'essentiel de ma recherche.

1. Analyse classificatoire quantitative des motifs de consultation et du mode d'organisation des séances

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, cette analyse est menée à partir de données figurant déjà sur les fiches de mes patientes. Sur le plan méthodologique, j'opère des allers-retours entre mes données (le type d'informations détaillées dans mes fiches) et mon objectif de recherche que je choisis en cohérence avec les informations disponibles. Je sélectionne ensuite, parmi les informations disponibles, celles qui répondent à mon objectif de recherche visant à connaître les modalités de prise en charge de la femme enceinte en fasciathérapie.

J'organise les informations recueillies sous forme de catégories, que je nomme « catégories classificatoires » puisqu'elles ont une double vocation à la fois de rubrique classificatoire et de catégorie du fait de leur dynamique d'émergence. Ces catégories sont initialement au nombre de 29. Je les regroupe pour pouvoir en exploiter au mieux le contenu. Un premier niveau de regroupement est constitué de deux grandes catégories classificatoires qui sont : « le mode d'organisation des séances » et « les motifs de consultation ».

1.1. Première catégorie classificatoire « mode d'organisation des séances »

Cette première catégorie classificatoire (voir tableau n°1-A), me renseigne sur certains éléments qui structurent ma pratique et influencent la manière dont je peux orienter un traitement. Sur les 29 catégories classificatoires initiales 15 relèvent de cette catégorie et prennent donc le statut de sous-catégorie. Ces 15 sous-catégories peuvent être regroupées en 3 sous-catégories principales qui sont (1) la « répartition des séances en pré-partum »,

informations concernant le nombre et la répartition des séances en fonction des trimestres de la grossesse, (2) la « répartition des consultations en post-partum » concernant la nature et le nombre de consultations après l'accouchement, et enfin (3) les « techniques » concernant les outils pratiques qu'il m'a semblé être le plus pertinent d'utiliser (thérapie manuelle et/ou thérapie gestuelle).

| Tableau n°1-A | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------|--------------------|---------------|---------------------------------------|--|---|--|---|--|---|---|--|---|--|-------------------|--------------------|---|
| Mode d'organisation des séances | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Répartition des séances en pré-partum | | | | | Répartition en post-partum | | | | Techniques utilisées | | | | |
| Sous-catégories | N° de la patiente | N° de la grossesse | Age (moyenne) | Total des séances réalisées | Nombre de séances réalisées au premier trimestre | Nombre de séances réalisées au deuxième trimestre | Nombre de séances réalisées au troisième trimestre | Nombre de femmes consultant à partir du premier trimestre | Nombre de femmes consultant à partir du deuxième trimestre | Nombre de femmes consultant à partir du troisième trimestre | Nombre de séances effectuées par la maman | Nombre de femmes consultant en post-partum | Nombre de séances avec les nouveaux-nés | Nombre de nouveaux-nés en consultation | Thérapie manuelle | Thérapie gestuelle | Thérapie manuelle et thérapie gestuelle |

8 –Tableau n°1–A : Mode d'organisation des séances

1.2. Deuxième catégorie classificatoire « motifs de consultation »

La deuxième catégorie classificatoire me révèle la pluralité des demandes ou des troubles des femmes enceintes. Je regroupe 14 sous-catégories à partir des 29 catégories classificatoires initiales sous le terme de « motifs de consultation ». Les noms affectés à ces sous-catégories correspondent à ma traduction clinique sous forme de « motifs » des demandes des femmes enceintes parfois formulées différemment (exemple : bébé bas pour 'sensation de pesanteur').

Par ailleurs, l'une des 14 (13+1) sous-catégories correspond à l'évolution des motifs de consultation au cours de la prise en charge. Je décide donc de respecter deux catégories classificatoires différentes : les « motifs de consultation initiaux » (tableau n°1-B), qui peuvent être composés de plaintes différentes et « l'évolution des motifs de consultation » (tableau n°1-C) composée des mêmes sous-catégories que celles des motifs initiaux de consultation.

| Tableau n°1-B | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------|--------------------|---------------------|---------|--------|---------|--------|--|-----|--------------|----------|----------------------------|------------|
| Motifs de consultation initiaux | | | | | | | | | | | | | |
| Catégories | Bien-être | Symptômes généraux | | | | | | Problématiques abdomino-lombo-pelviennes (ALP) | | | | | |
| Sous-catégories | Bien-être | Mal-être | Troubles du sommeil | Fatigue | Stress | Nausées | Divers | Lombo-pelviens | MAP | Contractions | Bébé bas | Troubles neuro-vasculaires | Bébé siège |

9 – Tableau n°1-B : Motifs de consultation initiaux

| Tableau n°1-C | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------|---------------------|---------|--------|---------|--------|--|-----|--------------|----------|----------------------------|------------|--|
| Evolution des motifs de consultation | | | | | | | | | | | | | |
| Catégories | Symptômes généraux | | | | | | Problématiques abdomino-lombo-pelviennes (ALP) | | | | | | |
| Sous-catégories | Mal-être | Troubles du sommeil | Fatigue | Stress | Nausées | Divers | Lombo-pelviens | MAP | Contractions | Bébé bas | Troubles neuro-vasculaires | Bébé siège | |

10 – Tableau n°1-C : Evolution des motifs de consultation

J'ai donc répertorié 13 sous-catégories classificatoires, 12 correspondant aux demandes concernant les "petits maux de la grossesse" et une aux demandes de « bien-être ». Ici aussi, pour rendre les données exploitables, j'ai dû opérer un regroupement sous-catégoriel.

Pour réaliser ce regroupement j'ai dû m'appuyer sur ma pratique de terrain, c'est-à-dire l'observation de comment je m'y prends face à cette diversité des demandes. En répondant à ce questionnaire je me suis aperçue que j'avais plusieurs stratégies thérapeutiques qui font que je traite ensemble certains symptômes pour leurs interactions géographiques et/ou fonctionnelles. Je considère ces catégories qui apparaissent, comme étant « émergentes », car elles révèlent une part de mon raisonnement pratique ; j'ai pu repérer et nommer ici ces catégories en faisant l'analyse (et non avant).

Ainsi, j'ai organisé mes données en fonction de 3 catégories principales qui regroupent les 13 (12+1) sous-catégories répertoriées qui sont :

- la catégorie « bien-être » concerne les mamans ayant une demande de 'prendre soin' d'elle-même pendant la grossesse et de se préparer à la naissance (donc le

terme bien-être est à prendre au sens large, dans une démarche non motivée par une pathologie ; il ne s'oppose pas non plus au terme mal-être, décrit dans une des sous-catégories suivantes),

- la catégorie « symptômes généraux » regroupe 6 sous-catégories constituées de symptômes relevant d'une problématique générale,
- la catégorie « problématiques abdomino-lombo-pelviennes » est constituée de 6 sous-catégories regroupant des symptômes plus spécifiques de l'état gravidique, bien souvent intriqués, et faisant pour moi, l'objet d'une prise en charge assez similaire en fasciathérapie.

Ces 3 catégories rendent compte de la diversité des demandes et d'un aspect polyvalent de ma pratique. Il ne serait pas possible de prendre en charge chaque plainte de façon isolée, ce qui de surcroît aboutirait à un suivi hétérogène sur une ou plusieurs plaintes

Ce travail d'analyse m'a permis d'aller plus loin et d'affiner davantage cette partie de ma recherche, car le comptage des différentes plaintes m'a révélé de quoi étaient principalement composées les demandes des femmes enceintes. De plus, ce travail de resserrement autour des motifs de consultations les plus fréquents dans ma patientèle, m'a aidé à circonscrire mon objet de recherche aux problématiques ALP et a validé sa pertinence.

Bien que les catégories « bien-être » et « symptômes généraux » ne relèvent pas directement de mon objet de recherche ciblé sur des « problématiques loco-régionales » (ALP), j'ai fait le choix de les voir figurer dans mes résultats de recherche car ils permettent justement de mieux situer les problématiques ALP parmi l'ensemble des motifs de consultation (primaires ou secondaires) des patientes.

1.3. Méthode d'analyse

J'ai utilisé une méthode d'analyse quantitative des données figurant dans le tableau n°1 (tableaux n°1-A, 1-B et 1-C) situé en annexe I, dans l'objectif de réaliser un état des lieux de ma patientèle à partir des éléments qui ont été classifiés. J'ai interprété les résultats sur le mode de la description et non sous la forme de tests statistiques à l'intérieur de cette analyse quantitative pour rendre compte d'une vision globale de l'ensemble de la patientèle.

2. Analyse qualitative phénoménologique

Dans cette partie de l'analyse, le matériau de recherche est hétérogène avec d'un côté des données produites par ma patiente (données de l'anamnèse, de son vécu en temps réel de la séance, de son témoignage avec la séance), et de l'autre côté des données produites par moi-même qui sont des « verbalisations descriptives » de mes actes fasciathérapeutiques en

temps réel de la séance, et des « descriptions spécifiées » écrites après les séances. L'analyse porte donc sur les données issues pour Dorothée de la retranscription de la séance, et pour Anouk et Lucile des retranscriptions de séance et des descriptions spécifiées de leur séance, soit un total de 5 recueils de données (l'ensemble des verbatim et des descriptions spécifiées se trouvent en annexe IV).

Cette partie de l'analyse comporte une succession d'étapes plus ou moins longues que je présente dans leur ordre chronologique.

2.1. Analyse cas par cas

2.1.1. *Prise en main des données*

J'ai commencé par une lecture de l'ensemble des données du verbatim de Dorothée, de celui d'Anouk et de la description spécifiée de sa séance, et enfin celui de Lucile et de sa description spécifiée. De cette lecture j'ai relevé deux grandes catégories classificatoires qui sont :

- les informations qui me guident dans ma pratique,
- les actes que je pose.

Ces deux grandes catégories classificatoires m'ont permis de reformuler deux des trois objectifs de recherche. Pour répondre à ces objectifs, je crée alors deux tableaux, un pour chaque catégorie classificatoire que je nomme tableau n°2 et tableau n°3. Je mène ensuite une analyse cas par cas des 5 recueils de données à partir de ces deux tableaux.

| Tableau n°2 - Informations et connaissances recrutées pendant une séance de fasciathérapie | | | |
|---|---|--|---|
| Informations verbales de la patiente | Connaissances théoriques sur lesquelles je m'appuie | Connaissances issues de mon expertise pratique | Informations perçues sous mes mains pendant la séance |

11 – Tableau n°2 : Informations et connaissances recrutées

| Tableau n°3 – Actes fasciathérapeutiques pratiqués | | |
|---|---------------------------|---------------|
| Posture du praticien | Actes manuels et gestuels | Actes verbaux |

12 – Tableau n°3 : Actes fasciathérapeutiques pratiqués

2.1.2. Analyse classificatoire des données cas par cas et détermination des catégories et sous-catégories du tableau n°2

- ***Analyse du verbatim de Dorothée***

Je classe les extraits significatifs du verbatim dans chacune des quatre catégories classificatoires du tableau n°2, que je nomme n°2a (en annexe II dans sa version finale). Au sein de chaque catégorie classificatoire, je classe et je range les extraits dans des catégories et sous-catégories *a priori* ou émergentes. Les catégories et sous-catégories qui se dessinent participent à l'élaboration du contenu du tableau n°2 provisoire qui me servira ensuite de base pour le classement des recueils de données de Lucile et d'Anouk.

- ***Analyse du verbatim et de la description spécifiée d'Anouk***

Je poursuis l'analyse avec le verbatim et la description spécifiée de la séance d'Anouk avec le classement des extraits dans le tableau n°2b (en annexe II dans sa version finale) en m'appuyant sur les catégories et sous-catégories classificatoires identifiées dans le tableau provisoire n°2. Cette étape me permet d'enrichir le tableau n°2 de nouvelles catégories qui n'apparaissent pas dans le verbatim de Dorothée ou bien d'affiner et réorganiser les sous-catégories. Cette étape me permet de faire évoluer le tableau n°2 provisoire.

- ***Analyse du verbatim et de la description spécifiée de Lucile***

Je termine cette étape avec l'analyse des deux recueils de données concernant Lucile, en rangeant les données dans le tableau n°2c (en annexe II dans sa version finale). J'affine encore les catégories et sous-catégories, puis je fais un retour sur le tableau n°2 provisoire qui se stabilise à l'issue de cette première séquence.

- ***Elaboration des catégories et sous-catégories de chaque catégorie classificatoire (tableau n°2, colonne 1 à 4)***

A la fin de l'analyse cas par cas, le contenu du tableau n°2 provisoire reflète de manière très précise et très riche les différentes natures d'informations recrutées pendant une séance de fasciathérapie. En affinant systématiquement les catégories et sous-catégories du tableau n°2 à chacune des étapes précédentes, les informations et connaissances recrutées prennent alors une dimension spécifique des problématiques ALP de la femme enceinte.

J'expose ci-dessous la manière et les réflexions qui ont présidé à mes choix pour déterminer les contenus des quatre catégories classificatoires du tableau n°2 jusqu'à sa version finale.

La catégorie classificatoire « informations verbales de la patientes » (colonne 1) comporte des données d'anamnèse, d'interrogatoire et de témoignage de la patiente pendant et après la séance, et la catégorie classificatoire « informations internes perçues sous mes mains pendant la séance » (colonne 4) s'adresse au « dialogue tissulaire » non verbal. Elles se composent de catégories et sous-catégories *a priori* puisque je travaille directement à partir de ces informations en pratique avant même de procéder à mon recueil de données que j'ai orienté dans ce sens. Chacune de ces grandes catégories fait apparaître une logique et une cohérence voire une méthodologie pratique que j'applique à la fois dans l'entretien verbal et dans l'entretien tissulaire.

En effet, dans la catégorie « informations verbales de la patiente », il résulte que je questionne la personne sur l'ensemble du processus adaptatif somato-psychique mis en jeu par la grossesse mais également les effets perçus par la personne pendant la séance.

Dans la catégorie « informations perçues sous mes mains » apparaît le processus de construction et d'évolutivité au cours d'une séance en rapport avec la dynamique interne, ses différents paramètres d'expression ainsi que ses niveaux d'organisation spatio-temporelle perçue sous mes mains.

L'émergence des sous-catégories des catégories classificatoires « connaissances théoriques » (colonne 2) et « connaissances issues de mon expertise pratique » (colonne 3) sur lesquelles je m'appuie ont, elles, été le fruit d'un long cheminement jusqu'à leur élaboration définitive. En effet, il s'agit ici de données qui ne se donnent pas directement à partir du matériau de recherche mais de manière indirecte, implicite. Il a donc fallu que je « travaille » le verbatim de façon à retrouver la trace des éléments sur lesquels je m'appuie dans ma pratique pour en extraire des données d'arrière-plan à partir desquelles je construis mon intervention thérapeutique.

La catégorie classificatoire « connaissances théoriques » soulève la question de l'articulation entre la théorie et la pratique notamment en ce qui concerne la théorie de la fasciathérapie. La difficulté à laquelle j'étais confrontée était l'identification du ou des modèles théoriques de la fasciathérapie comme piliers de ma pratique de terrain. Ici, je rencontrai deux problématiques. La première était liée à la manière dont les fondements de la fasciathérapie se sont construits, c'est-à-dire sur la base d'une réflexion menée sur la pratique elle-même conceptualisé par D. Bois. En effet, faisant partie des étudiants qui ont assisté à la naissance et à l'élaboration de cette méthode, je me suis appropriée les modèles de la fasciathérapie à travers la pratique puisque j'en ai eu en premier lieu la connaissance

expérientielle. Il était alors difficile, pour moi, de distinguer ce qui était d'ordre théorique de ce qui était d'ordre pratique. La deuxième difficulté rencontrée était liée à la richesse des modèles théoriques en fasciathérapie qui comportent à la fois la dimension soignante et la dimension d'accompagnement, deux dimensions que j'associe d'ailleurs dans mes traitements quand cela est possible. Cet écueil m'a amenée à déployer en premier lieu plusieurs modèles de la fasciathérapie sur lesquels je m'appuie effectivement. L'inconvénient était alors l'ampleur des données à analyser ! Cette étape de déploiement a cependant été nécessaire car elle m'a permis de repérer et d'extraire les modèles principaux structurant ma pratique, aboutissant ensuite à une phase de resserrement autour du principal modèle fasciathérapique que j'utilise dans cette pratique : le modèle de la voie de résonance d'un choc (VRC).

Les connaissances théoriques du domaine médical sur lesquelles je m'appuie ont été beaucoup plus aisées à identifier puisqu'il s'agit de connaissances physiopathologiques concernant la région lombo-pelvienne et la grossesse. Ces sous-catégories peuvent être de ce fait davantage considérées comme *a priori* que réellement émergentes.

Le contenu de la catégorie classificatoire "connaissances issues de mon expertise pratique" a été lui aussi le fruit d'un long cheminement avant de déterminer ce qui relevait de mon expertise pratique en lien avec ma question de recherche. De quelle expertise pratique auprès des femmes enceintes est-ce que je souhaitais parler, expertise de l'accompagnement auprès des femmes enceintes, de la relation, ou encore de mon expertise fruit de mon observation manuelle minutieuse du terrain particulier de la femme enceinte présentant des problématiques ALP ? Pour mener à bien ce travail de réflexion autour de mon expertise pratique, je me suis appuyée sur les notes prises dans mon journal de pratique où je décrivais les gestes m'apparaissant les plus systématiques ainsi que les éléments anatomiques régulièrement travaillés chez la femme enceinte. A la lecture des verbatim, j'ai ainsi pu identifier les éléments communs avec ceux que j'avais notés dans le journal de pratique. Comme pour la colonne 2 (connaissances théoriques de la fasciathérapie) j'ai d'abord déployé les sous-catégories avant de resserrer les connaissances recrutées autour de ce que j'ai appelé des stratégies thérapeutiques adaptées, que j'ai pu repérer.

2.2. Analyse transversale du tableau n°2

- A cette étape de l'analyse il me semble plus approprié de mener directement une analyse transversale ; d'ailleurs comme nous avons pu le constater, les allers-retours, entre les recueils de données et l'élaboration du tableau n°2 dans la phase d'analyse cas par cas, étaient déjà une amorce de l'analyse transversale.

- Pour rédiger l'analyse transversale, je dois aborder le contenu des sous-catégories. Ces contenus sont conséquents et ici aussi je dois les structurer. Je me rends compte qu'il y a des éléments communs entre les extraits des verbatim classés dans les tableaux n°2a, 2b, et 2c. Pour rendre compte des éléments communs contenus dans les sous-catégories, j'ai " travaillé " les extraits de façon à dégager le sens qu'ils portent au sein de chacune des sous-catégories. Je mets ainsi à jour des titres pour renommer ces extraits, une sorte d'énoncé phénoménologique que j'appelle « reformulations catégorisantes » parce que l'objectif est de m'aider à mieux catégoriser, à mieux discriminer les extraits choisis. Ces « reformulations catégorisantes » figurent dans leur intégralité dans les tableaux des catégorisations finales n°2a, 2b et 2c, situés en annexe II.

Cette séquence de reformulation me permet de rester à la fois proche de ma pratique de terrain (je décris une séance pour une femme à un traitement), et d'extraire des éléments communs de ma pratique. Ainsi, je n'analyse pas seulement trois participantes ni seulement 3 séances, mais des éléments constitutifs de ma pratique. Cette étape me permet d'avoir une proximité supplémentaire avec mes données et de justement pénétrer la pertinence et toute la richesse des éléments retenus en rapport avec ma question de recherche.

Les reformulations catégorisantes deviennent un support pour mener la description et l'analyse ancrée dans mes données et non à partir de généralités, et me permettent de mettre en évidence des aspects ou des éléments de compréhension de ma pratique qui ne se seraient pas donnés autrement.

- Cependant, cette phase de pénétration du contenu de mes données (tableaux 2a, 2b, et 2c) a contribué à les déployer davantage encore. J'ai donc fortement élagué les tableaux 2a, 2b, et 2c, en ne gardant que l'essentiel du contenu des reformulations catégorisantes communes aux trois tableaux, aboutissant à une réduction de plus de la moitié des données. L'analyse et l'interprétation du tableau n°2 résulte de cette étape de réduction de données.

2.3. Ecriture du champ théorique

A ce stade de la recherche, avant de déployer l'analyse du tableau n°3, je fais un retour sur le cadre théorique. Sa rédaction me permet d'affiner les catégories et sous-catégories du tableau n°3 en décomposant mieux encore les différents éléments structurant le geste technique lui-même.

2.4. Analyse cas par cas du tableau n°3

Je commence par l'analyse du verbatim de Dorothee. Je classe les extraits significatifs du verbatim dans chacune des trois catégories classificatoires du tableau n°3, que je nomme

n°3a (en annexe III dans sa version finale). Au sein de chaque catégorie classificatoire, je classe et je range les extraits dans des catégories et sous-catégories *a priori* ou émergentes. Les catégories et sous-catégories qui se dessinent participent à l'élaboration du contenu du tableau n°3 provisoire qui me servira ensuite de base pour le classement des recueils de données de Lucile et d'Anouk. Je procède de la même manière avec les recueils de données d'Anouk (voir la catégorisation finale n°3b en annexe III) et de Lucile (voir catégorisation finale n°3c en annexe III).

J'explique ci-après la dynamique d'élaboration des catégories et sous-catégories du tableau n°3 (colonne 1, 2 et 3).

Pour ne pas devoir reprendre l'ensemble des actes pratiqués en fasciathérapie, ce qui aurait dépassé le cadre de notre étude, j'ai ciblé les actes fasciathérapiques aux actes que je me suis observée pratiquer le plus systématiquement chez la femme enceinte présentant des problématiques ALP. J'avais ainsi abouti à une première catégorisation *a priori* que j'ai affinée au contact de mes données.

Ainsi, à la lecture des verbatim, j'ai repéré trois grandes catégories d'actes fasciathérapiques qui me permettent de classer les actes qui concourent pleinement à la prise en charge des problématiques ALP de la femme enceinte. Elles concernent la posture du praticien, les actes manuels et gestuels (puisque j'ai décrit des séquences de fasciathérapie manuelle et gestuelle) et les actes verbaux. Si ces trois grandes catégories participent de manière contemporaine à la réalisation du geste technique et permettent de s'adresser de manière globale et respectueuse au processus gravidique, elles méritent d'être distinguées ici de façon à pouvoir mieux répertorier ce qui est propre à chacune.

Mais avant de pouvoir repérer et cerner au sein de ma pratique les éléments me paraissant particulièrement adaptés ou pertinents, il a d'abord fallu que je déploie presque méthodiquement chacune des classifications catégorisantes pour en découvrir les différents contenus et savoir de quoi était réellement faite ma pratique spécifique chez la femme enceinte. Cet effort de déploiement, loin d'être lié à une 'méconnaissance' de la pratique, vise à être en fait le garant d'une analyse minutieuse ancrée pleinement sur le terrain de la recherche, et tente de répondre véritablement aux critères de recherche de la théorisation ancrée.

Comme pour l'analyse du tableau n°2, hormis les « actes manuels et gestuels » (colonne 2) qui apparaissent clairement dans le matériau de recherche, les données concernant les catégories liées à la « posture du praticien » (colonne 1) n'apparaissent pas directement dans les textes mais de manière implicite et je peux les reconnaître parce que je connais ma

pratique. De même, il n'a pas été facile d'extraire des recueils de données les catégories pertinentes qui composent la catégorie classificatoire « guidage verbal » (colonne 3), parce que de surcroît je faisais une verbalisation descriptive en temps réel. Ici encore, dans le choix de mes sous-catégories, je m'appuie sur ce que j'observe le plus systématiquement. Par ailleurs, je fais très bien la part entre le guidage verbal à l'intention de ma patiente et les descriptions orales destinées à ma recherche.

Comme pour le tableau n°2, je rédige des sortes de titres pour nommer les extraits des verbatim que je nomme aussi reformulations catégorisantes ; elles figurent dans leur intégralité dans les tableaux n°3a, 3b et 3c situés en annexe III. Je procède par la suite à la réduction des données en affinant suffisamment les contenus de sous-catégories de moitié en gardant les éléments communs comme je l'ai fait aux tableaux n°2a, 2b et 2c

2.5. Analyse transversale du tableau n°3

Je me rends compte en écrivant l'analyse transversale que la classification selon les deux approches manuelles et gestuelles dans les analyses cas par cas, ne favorise pas la phase d'interprétation des données. Je décide alors de modifier la présentation du tableau n°3, en gardant les mêmes catégories et sous-catégories mais analysant et interprétant successivement les données concernant l'approche manuelle et gestuelle. Cette procédure à l'avantage de mettre en relief les complémentarités des deux approches.

2.6. Analyse dynamique des tableaux n°2 et n°3

Je finalise l'analyse des tableaux n°2 et n°3 par un mouvement herméneutique profond de l'ensemble des résultats qui ne reprend pas l'analyse telle qu'elle s'est déroulée catégorie par catégorie mais qui présente des processus issus d'un plus haut niveau d'interprétation. En fait, c'est comme si après avoir déplié et tenté de distinguer des éléments qui étaient au premier abord intimement mêlés dans ma pratique, il m'a été possible les croiser à nouveau pour mieux observer leurs interactions dans une sorte de méta-analyse qui expose alors mes manières de pratiquer au sens large. Je me suis rendue compte qu'il y avait des interactions entre les tableaux n°2 et n°3 et même entre des catégories et sous-catégories d'un même tableau entre elles, qui mettent en évidence une dynamique de nouvelle catégorie d'actes non encore décrits au cours de l'analyse.

2.7. Reprise de l'analyse transversale du tableau n°3

Le déploiement et l'écriture de l'analyse dynamique me permet de me rendre compte que je dois mettre en valeur les résultats de recherche contenus implicitement dans l'analyse des tableaux n°2 et n°3.

Ainsi je réécris et reformule davantage l'analyse du tableau n°3 de façon à mieux mettre en relief les actes que je pratique à chaque étape et qui représente des micro-étapes dans les gestes techniques.

Je fais des cadres afin de mettre en valeur certains points clés qui sont des résultats de recherche. Je fais des doubles cadres qui rendent compte d'une part d'une dimension d'interprétation herméneutique des données et qui d'autre part me permettent de faire un retour sur le cadre théorique.

13 – Tableau n°2 : Informations et connaissances recrutées pendant une séance de fasciathérapie chez une femme enceinte présentant des problématiques ALP

| Informations verbales de la patiente | Connaissances théoriques sur lesquelles je m'appuie | Connaissances issues de mon expertise pratique | Informations internes perçues sous mes mains pendant la séance |
|--|---|---|---|
| <p>1. Symptômes physiques</p> <p>1.1 Symptômes abdomino-lombo-pelviens</p> <p>1.2 Autres symptômes liés à la grossesse</p> <p>2. Vécu de la grossesse et interaction avec son bébé</p> <p>2.1 Vécu de la grossesse</p> <p>2.2 Interaction avec son bébé</p> <p>3. Effets de la séance</p> <p>3.1 En différé (de la séance précédente)</p> <p>3.2 En temps réel (de la séance actuelle)</p> <p>3.3 En post-immédiateté (juste après la séance actuelle)</p> <p>3.3.1 Par rapport aux symptômes abdomino-lombo-pelviens</p> <p>3.3.2 Par rapport aux autres symptômes physiques</p> <p>3.3.3 Par rapport à sa perception du bébé</p> <p>3.3.4 Autres effets rapportés</p> | <p>1. Connaissances médicales</p> <p>1.1 Physiopathologie lombo-pelvienne</p> <p>1.2 Physiopathologie de la grossesse</p> <p>2. Connaissances de la fasciathérapie : Modèle de la voie de résonance d'un choc</p> <p>2.1 Réaction somato-psychique</p> <p>2.2 Immobilité : blocage articulaire</p> <p>2.3 Désertion sensorielle et imperception</p> <p>2.4 Perturbation des rythmes et du drainage</p> <p>2.5 Tension des fascias myotensifs</p> <p>2.6 Crispation des fascias</p> <p>2.7 Réaction neurovasculaire et neurovégétative</p> | <p>Stratégies fasciathérapiques adaptées à la femme enceinte</p> <p>1. Importance de libérer le cadre osseux et le fascia musculo-squelettique</p> <p>2. Importance de libérer le FAP</p> <p>3. Importance de libérer le fascia dure-mérien</p> <p>4. Importance de permettre le centrage du bébé dans le cadre osseux</p> | <p>1. Tension/relâchement</p> <p>1.1 Etat tensionnel</p> <p>1.2 Psychotonus</p> <p>2. Paramètres du mouvement interne</p> <p>2.1 Lenteur</p> <p>2.2 Orientation</p> <p>2.3 Amplitude</p> <p>2.4 Globalité</p> <p>2.5 Rythmes/séquence</p> <p>2.6 Dissociations</p> <p>2.7 Evolutivité</p> <p>3. BRS/ML/BMS/mouvement libre</p> <p>3.1 Biorythme sensoriel</p> <p>3.2 Mouvement linéaire</p> <p>3.3 Biomécanique sensorielle</p> <p>3.4 Mouvement libre</p> <p>4. Dynamique maman/ bébé</p> <p>4.1 Maman/ bébé</p> <p>4.2 Bébé/maman</p> |

14 – Tableau n°3 : Actes pratiqués pendant une séance de fasciathérapie chez une femme enceinte présentant des problématiques ALP

| Posture du praticien | Gestes techniques : Actes manuels et gestuels | Guidage verbal |
|---|---|--|
| <p>1. Mobilisation attentionnelle envers les problématiques abdomino-lombo-pelviennes</p> <p>1.1. En thérapie manuelle</p> <p>1.2. En thérapie gestuelle</p> <p>2. Mobilisation attentionnelle envers le processus de la grossesse</p> <p>2.1. En thérapie manuelle</p> <p>2.2. En thérapie gestuelle</p> | <p>1. Les différents types de touchers utilisés</p> <p>1.1. Toucher de relation et toucher symptomatique</p> <p>1.2. Toucher psychotonique</p> <p>1.3. Touchers spécifiques des structures anatomiques</p> <p>1.4. Spécificités des prises</p> <p>2. Le biorythme sensoriel</p> | <p>1. Guidage verbal descriptif orientant la patiente vers la perception de sa région abdomino-lombo-pelvienne et de sa libération</p> <p>1.1. En thérapie manuelle</p> <p>1.2. En thérapie gestuelle</p> <p>2. Guidage verbal descriptif orientant la patiente vers la perception en relation avec la présence ou la dynamique du bébé</p> <p>2.1. En thérapie manuelle</p> <p>2.2. En thérapie gestuelle</p> |

TROISIÈME PARTIE :

ANALYSE ET

INTERPRÉTATION DES

DONNÉES

Chapitre 7 : Analyse et interprétation des motifs de consultation et du mode d'organisation des séances

Le tableau n°1 (voir Annexe n°1) est réalisé à partir de l'ensemble des fiches patientes. Il fait l'inventaire des « modalités des séances » d'une part et des « motifs de consultation » d'autre part. Il répond à mon premier objectif de recherche « répertorier les différents motifs de consultation des femmes enceintes de ma patientèle ainsi que le mode d'organisation des séances ».

1. Données générales sur les patientes

1.1. Nombre de participantes et nombre de grossesses suivies

Au total sur 20 ans de pratique, j'ai accompagné 160 futures mamans et 179 grossesses. 12 femmes sont venues pour plusieurs grossesses et pour un maximum de 4 grossesses.

1.2. Participantes primipares

Les femmes primipares (première grossesse) sont au nombre de 97 sur les 160 femmes accompagnées.

1.3. L'âge moyen de consultation

L'âge moyen de consultation est de 31 ans (31,2) ; la plus jeune maman est âgée de 20 ans et la plus âgée de 45.

2. Le mode d'organisation des séances (Tableau n°1-A)

2.1. La répartition des séances

2.1.1. Période du pré-partum

Le total des séances effectuées est conséquent et s'élève à 704 séances pour les 179 grossesses suivies. Le calcul de la moyenne arithmétique générale des consultations sur

l'ensemble de la grossesse est de 3.93 séances. Ce taux moyen de consultation, d'environ 4 séances par personne, est relativement faible.

A mon sens, il peut signifier que le thérapeute est impliqué dans sa prise en charge : il n'a que 3 à 4 séances en moyenne pour être efficace et répondre à la demande de soin. Ce taux moyen peut s'avérer d'autant peu élevé que, en plus de la dimension curative, la fasciathérapie présente une dimension éducative qui peut demander du temps (donc plusieurs séances) pour se déployer. Cependant une moyenne, par définition, n'est pas représentative de chaque cas, puisqu'une majorité de femmes viennent consulter au troisième trimestre. Certaines consultent dès le premier ou le deuxième trimestre et bénéficient alors d'un nombre plus élevé de séances avec un maximum de 16 séances.

La répartition des séances selon les trois trimestres s'effectue comme suit :

- Environ 9% des séances, soit 63 sur les 704 séances, sont effectuées pendant le premier trimestre. Ce chiffre est non négligeable et montre qu'il y a une réelle demande dès les premiers mois de la grossesse. La moyenne arithmétique des consultations au premier trimestre (T1) se situe entre 2 et 3 (2.33 séances). Les femmes consultant à T1 sont au nombre de 27 sur les 179, soit 15% d'entre elles. La plupart connaissent déjà la fasciathérapie (étant déjà traitées par moi-même ou par des collègues fasciathérapeutes) et souhaitent y avoir recours pendant leur grossesse ; leurs demandes sont orientées vers le « bien-être » dans 11 cas, « la prise en charge des symptômes généraux » dans 13 cas, et/ou les « problématiques abdomino-lombo-pelviennes » dans 14 cas. La demande de bien-être est généralement associée à aux autres demandes.

Ainsi, si je m'appuyais sur le calcul de la moyenne de consultation trimestrielle, je pourrais les voir entre 7 et 9 séances au total jusqu'à la naissance, ce qui pourrait me permettre d'ajuster les traitements en fonction de l'évolution de la demande et du déroulement de la grossesse, et d'intégrer une dimension à la fois préventive et pédagogique.

- Environ 31 % des séances, soit 221 sur les 704 séances, sont effectuées au cours du deuxième trimestre (T2). La moyenne arithmétique des séances effectuées à T2 se situe entre 2 et 3 séances. Elles sont 70, sur les 179 cas, à commencer les consultations à T2 et 27 à continuer les séances commencées à T1.

Le deuxième trimestre est une période où les problématiques ALP deviennent plus fréquentes : 73 % des femmes s'en plaignent (54/74 plaintes pour les 70 femmes), contre 27 % souffrant de symptômes généraux (20/74 plaintes pour les 70 femmes).

A ce stade de la grossesse, je sais que je pourrai les voir environ 4 à 6 fois avant l'accouchement, ce qui me laisse le temps nécessaire de travailler sur la problématique et de proposer à la maman des exercices d'autonomisation et de prévention des récidives.

- 60 % des séances se font au troisième trimestre soit 420 sur les 704 séances. La moyenne arithmétique des séances effectuées à T3 varie entre 2 et 3 séances. Cependant, il convient de distinguer, parmi les 420 séances, deux groupes de femmes dont l'enjeu des séances diffère légèrement. D'une part, le groupe des femmes ayant consulté auparavant à T1 et/ou T2, soit un volume de 207 séances effectuées par les 97 futures mamans (27 à T1 + 70 à T2) avec une moyenne de 2,13 séances à T3, et d'autre part les femmes consultant à partir de T3 au nombre de 82 sur les 179 cas, avec un volume de 213 séances soit 2,59 séances en moyenne.

Parmi les demandes à T3, les problématiques ALP sont citées 71 fois, les symptômes généraux sont cités 26 fois et les demandes de bien-être 7 fois. A ce stade les problématiques ALP sont très fréquentes puisque 86 % d'entre elles viennent pour ça.

Pour le premier groupe, la dynamique est légèrement différente et la dimension pédagogique y est plus présente, le stade des algies et de l'impotence fonctionnelle est moindre, une large place est faite aux exercices d'autonomisation et de préparation à la naissance. Quand la maman consulte à T3, je suis confrontée à un critère temps, il y a une forme d'urgence, je ne peux la voir que 2 à 3 fois la demande est symptomatique et les algies sont souvent majeures. Je pratique alors des séances assez rapprochées pour permettre à la future maman d'arriver au moment de l'accouchement avec plus de mobilité et moins de douleur, et favoriser un accouchement physiologique, sachant aussi qu'il faut anticiper le fait que certains accouchements se déclenchent avant la date du terme.

2.1.2. Période du post-partum

Les résultats montrent que les mamans reviennent après la naissance continuer les séances de fasciathérapie suivies dans le cadre de leur grossesse puisque dans 51 des cas sur 179, soit 28 % des suivis, les femmes sont revenues en consultation en post-partum dans les 6 mois suivant la naissance pour elles-mêmes avec 227 séances pratiquées, et une moyenne de 4 à 5 séances effectuées (4,45) sur ces 6 mois.

De plus, sur 179 grossesses, j'ai vu 37 nouveaux-nés, soit 20% des bébés. Il y aura au total 81 séances sur une période de 6 mois suivant la naissance, ce qui fait une moyenne de 2.18 séances pratiquées avec ces nouveaux-nés.

2.2. Les techniques utilisées

Dans cette partie, j'ai fait le choix de répertorier les techniques utilisées sur l'ensemble du suivi car mes fiches, parfois assez anciennes, n'étaient pas suffisamment détaillées pour discriminer le contenu de chaque séance individuellement. Ainsi, les différentes techniques de fasciathérapie utilisées au cours des séances auprès des 179 mamans se répartissent comme suit :

- J'ai utilisé exclusivement la thérapie manuelle comme pratique fasciathérapique auprès de 116 personnes (ou dans 116 cas). La moyenne des séances effectuées est au nombre de 3 à 4 séances (3,36), ce qui répond à une prise en charge essentiellement symptomatique.
- J'ai utilisé deux techniques de fasciathérapie, la thérapie manuelle et la thérapie gestuelle, dans 59 cas soit alternativement (1 technique par séance) soit de manière complémentaire (2 techniques par séance). La moyenne de 5 à 6 séances (5,27) effectuées permet de diversifier la pratique et d'allier à la fois la dimension curative, fonctionnelle et éducative de la fasciathérapie. A noter que si l'on croise cette catégorie avec les motifs de consultation, on observe des demandes de bien-être plus fréquentes et des problématiques générales et abdomino-lombo-pelviennes moins aiguës (voir annexe I).
- J'ai utilisé exclusivement la pratique de la thérapie gestuelle dans 4 cas ; un maximum de 2 séances a été réalisé. Ces 4 patientes étaient en toute fin de grossesse et dans des conditions particulières : soit la maman était hyperalgique et le travail assis un moyen pertinent de la soulager rapidement (2cas sur 4), soit la maman est venue avec une demande de préparation à la naissance (2 cas sur 4).

| Tableau n°1-A | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-------------------|--------------------|---------------|---------------------------------------|--|---|--|---|--|---|---|--|---|--|-------------------|--------------------|---|
| Mode d'organisation des séances | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sous-catégories | N° de la patiente | N° de la grossesse | Age (moyenne) | Répartition des séances en pré-partum | | | | | | Répartition en post-partum | | | | Techniques utilisées | | | |
| | | | | Total des séances réalisées | Nombre de séances réalisées au premier trimestre | Nombre de séances réalisées au deuxième trimestre | Nombre de séances réalisées au troisième trimestre | Nombre de femmes consultant à partir du premier trimestre | Nombre de femmes consultant à partir du deuxième trimestre | Nombre de femmes consultant à partir du troisième trimestre | Nombre de séances effectuées par la maman | Nombre de femmes consultant en post-partum | Nombre de séances avec les nouveaux-nés | Nombre de nouveaux-nés en consultation | Thérapie manuelle | Thérapie gestuelle | Thérapie manuelle et thérapie gestuelle |
| Totaux | 160 | 179 | 31,2 | 704 | 63 | 221 | 420 | 27 | 70 | 82 | 227 | 51 | 81 | 37 | 116 | 59 | 4 |

15 – Tableau n°1-A: Mode d'organisation des séances

En résumé

La majorité des consultations se fait au troisième trimestre 60 % des séances.

De plus, de nombreuses femmes (30%) poursuivent les séances de fasciathérapie dans la période du post-partum pour elles-mêmes ou pour leur nouveau-né.

Sachant que, dans le cadre qui est le mien, les femmes enceintes consultent en moyenne 4 fois au cours de leur grossesse, il me faut aller à l'essentiel et adapter mon projet thérapeutique. Sur un trimestre, je les vois environ 2 à 3 fois, et sur l'ensemble d'une grossesse environ 6 à 9 fois selon le contexte du déroulement de la grossesse.

La thérapie manuelle répond davantage à une situation d'urgence et symptomatique tandis que l'alliance thérapie manuelle et gestuelle intègre une dimension préventive et pédagogique plus forte et semble également répondre à une demande de bien-être.

3. Les motifs de consultation (Tableau n°1-B et n°1-C)

3.1. Motifs de consultation initiaux (Tableau n°1-B)

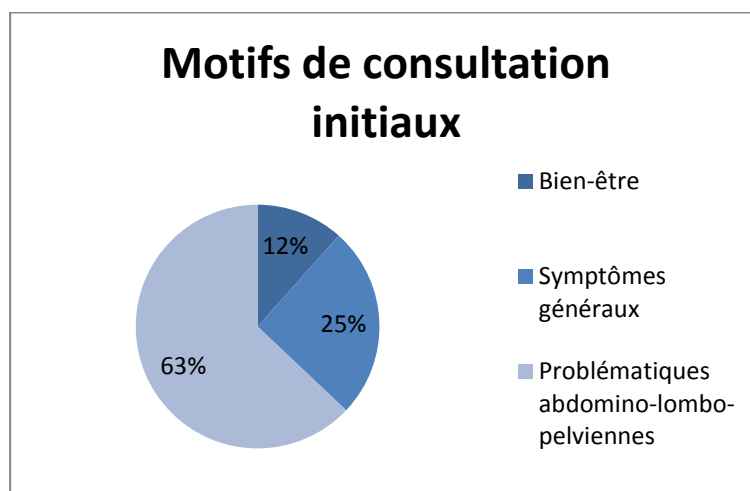
Comme je l'ai expliqué dans la partie méthodologique, l'étude des demandes de consultation me donne des repères sur les problématiques physiques de la femme enceinte qui les motivent à consulter en fasciathérapie.

J'ai organisé ces différents motifs en sous-catégories classificatoires (13 au total) que j'ai ensuite regroupées en 3 catégories principales : bien-être, symptômes généraux et problématiques abdomino-lombo-pelviennes (ALP). Ces 3 catégories rendent compte de la diversité des demandes et d'un aspect polyvalent de ma pratique.

Le schéma ci-après montre la répartition des demandes initiales par fréquence. Ainsi les demandes pour problématiques ALP sont les plus nombreuses 63% (=141/224, pour un total de plaintes 141+57+26=224) et ce constat a d'ailleurs participé au choix de centrer la recherche sur les problématiques ALP. Viennent ensuite, de façon plus minoritaire, les demandes pour symptôme généraux 25% (=57/224) et les demandes pour bien-être 12% (=26/224)

Cependant si nous observons de manière plus approfondie les données, nous observons qu'une demande est la plupart du temps composée de plusieurs plaintes faisant référence à une ou plusieurs catégories.

16 – Schéma de la répartition des motifs de consultation initiaux



3.1.1. Catégorie « problématiques abdomino-lombo-pelviennes »

J'ai choisi de regrouper dans la catégorie « problématiques abdomino-lombo-pelviennes », six sous-catégories (troubles lombo-pelviens, MAP, Contractions, bébé bas, troubles neuro-vasculaires, bébé en siège) constituées de symptômes ciblés sur cette région anatomique car ceux-ci sont bien souvent intriqués et font l'objet pour moi d'un type de prise en charge assez similaire en fasciathérapie. De plus, cette classification non décrite de cette façon dans les classifications médicales, reflète de façon assez fidèle la manière dont les mamans expriment leurs symptômes. Bien évidemment, les femmes ne formulent pas leurs plaintes en termes de problématique abdomino-lombo-pelvienne, ni même de symptôme. Cependant, ces plaintes sont pour moi clairement affiliées à cette nature de problématique selon différentes sous-catégories que nous allons détailler ici (cf. tableau n °1-B)).

La sous-catégorie « troubles lombo-pelviens » comprend des plaintes de nature lombalgique, sciatalgique ou pelvienne. Les gênes concernent le cadre ostéo-musculaires

essentiellement. Ces plaintes citées 97 fois sur 141, représentent 54 % de l'ensemble des gênes rapportées dans cette sous-catégorie. Ce motif de consultation est significatif et reflète un réel besoin. Par ailleurs, comme on l'a abordé dans le champ théorique, ces symptômes sont rarement isolés et font partie d'un ensemble de symptômes loco-régionaux liés à la croissance utérine.

La sous-catégorie « menace d'accouchement prématuré » ou MAP rassemble un ensemble de symptômes associés avec un utérus hypertonique et contractile, et le col de l'utérus qui se modifie et devient plus évasé sous la pression qu'exerce le bébé sur le plancher pelvien. Cette sous-catégorie pourrait surprendre, car dans ces situations-là seul le repos total est habituellement préconisé, associé à des antispasmodiques. Or le toucher manuel a, d'une part, des effets myorelaxants et d'équilibration des grands systèmes avec notamment une action sur le système parasympathique, et d'autre part une action de rééquilibration des contraintes, notamment le recentrage du bébé dans le bassin maternel, soulageant les contraintes mécaniques sur le col utérin. Ces plaintes ne sont citées que 13 fois sur 141 plaintes soit seulement 7 % des gênes dans cette catégorie. Ce faible chiffre peut s'expliquer par le fait que lorsque ce diagnostic est posé, la femme restant au repos, ne se déplace plus et interrompt son suivi en fasciathérapie.

La sous-catégorie « contractions » a elle aussi un statut particulier, il s'agit rarement d'une demande première, mais elle est associée à un tableau clinique de douleurs lombo-pelviennes, ou bien associée à la sensation de porter son bébé très bas. La maman s'exprimera souvent en disant que son ventre est « dur », certaines parleront même d'avoir une sensation de « carapace » au niveau du ventre. La fasciathérapie a une action bénéfique sur ce symptôme par son action myorelaxante et le travail psychotonique. Cette sous-catégorie représente 10 % des plaintes de la catégorie.

La sous-catégorie « bébé bas » se différencie de la précédente parce que l'utérus n'est pas hypertonique et que le col n'est pas modifié, mais le bébé provoque néanmoins des gênes dans la région pelvienne parce qu'il pèse sur le plancher pelvien. Dans cette sous-catégorie j'ai repris le terme employé par les femmes elles-mêmes qui parlent aussi de 'sensation de pesanteur' au niveau du petit bassin. Souvent en association avec les troubles lombo-pelviens. Cette sous-catégorie représente 12 % des plaintes de cette catégorie.

La sous-catégorie « troubles neuro-vasculaires » rassemble des symptômes comme constipations, hémorroïdes, varices vulvaires, jambes lourdes et œdème des membres inférieurs. Ces symptômes sont très fluctuants au cours de la grossesse, ils apparaissent puis disparaissent. Ils ne font pas souvent l'objet de plaintes de la part des femmes, car dans la

représentation collective, ils sont liés aux maux (« incontournables »...) de la grossesse. Ils sont très souvent liés au poids du bébé sur le plancher pelvien. Ils constituent 12 % des plaintes de cette catégorie.

La dernière sous-catégorie répertoriée est « bébé en siège ». Lorsque le bébé est positionné en siège, il est souvent proposé à la maman, dans le cadre de son suivi médical de grossesse et si la situation clinique le permet, une manœuvre d'éversion du bébé afin de permettre une naissance physiologique par voie basse et non par césarienne. Et un certain nombre de femmes, surtout s'il s'agit d'un deuxième bébé, souhaite vivre une naissance physiologique. La fasciathérapie peut favoriser la manœuvre d'éversion pratiquée par le gynécologue-obstétricien, par un travail corporel de détente et de relâchement global en vue d'avoir une paroi abdominale moins réactive pour que l'éversion se déroule le mieux possible. Si l'éversion n'est pas possible médicalement, la fasciathérapie peut permettre, par son impact sur l'état général et tonique de la maman, d'atténuer les douleurs lombo-pelviennes souvent liées à la position en siège du bébé. Cette sous-catégorie apparaît principalement du fait que dans l'anamnèse je demande en général si le bébé est bien placé (c'est-à-dire tête en bas à T3). Cette donnée est relativement faible avec un taux de 4% de la catégorie des problématiques abdomino-lombo-pelviennes.

3.1.2. Catégorie « symptômes généraux »

Sous le terme « symptômes généraux », j'ai regroupé six sous-catégories (mal-être, troubles du sommeil, fatigue, stress, nausées, divers) constituées de symptômes relevant à mon sens d'une problématique générale. L'état général se définit par des indicateurs objectifs (éléments sanguins, tension artérielle) d'une part, et par des critères subjectifs d'autre part, relevant davantage d'une appréciation de la personne elle-même.

J'ai pris en compte ces différents symptômes (tableau n°1-B) qui ne font pas directement partie de mon objet recherche, parce qu'ils sont bien souvent associés à une problématique ALP et rendent compte de la complexité de la clinique. La fasciathérapie par son action sur le biorythme notamment permet de prendre en charge à la fois le symptôme et l'état général comme les fatigues, certains troubles du sommeil ou les états de stress.

La sous-catégorie « mal-être » regroupe des femmes ne se sentant pas bien moralement et vivant mal, à un moment donné de leur grossesse, les transformations qui lui sont liées. Ce symptôme représente presque 18% des plaintes de cette catégorie.

J'ai répertorié les « troubles du sommeil » qui apparaissent en début ou en cours de grossesse, soit 22% des plaintes de cette catégorie.

La sous-catégorie « fatigue » peut être liée aux troubles du sommeil mais ce n'est pas systématique, la fatigue peut être présente indépendamment d'une problématique de sommeil. Généralement elle survient les premiers mois, mais peut perdurer bien au-delà. Ce symptôme représente 27% des plaintes de cette catégorie.

J'ai regroupé ensuite dans « état de stress » les problématiques des femmes témoignant d'anxiété ou d'inquiétudes liées à la grossesse pour des risques de fausse-couche ou de malformation du bébé, inquiétudes avant les échographies, inquiétudes quant à la naissance ou en rapport avec leur capacité à devenir mère ; parfois l'état de stress est lié au contexte de vie et à la sensibilité accrue dans cette période de la vie. Cette demande est particulièrement présente chez les mamans ayant des antécédents de fausse-couches, de bébés mort-nés ou de grande prématurité. Il représente 19% des plaintes de cette catégorie.

Les « nausées » très souvent présentes au premier trimestre peuvent parfois perdurer et se transformer en troubles digestifs persistants. Cités 4 fois seulement, ce symptôme peut faire l'objet à lui seul d'un premier motif de consultation au premier trimestre. Il représente 5% des plaintes.

Dans la sous-catégorie « divers », j'ai classé des symptômes atypiques ou peu fréquents liés à la grossesse, hypertension artérielle, hyper-salivation, diabète gestationnel, panique au premier accouchement, boulimie ou au contraire absence de prise de poids. Ces symptômes sont associés à d'autres symptômes généraux ou abdomino-lombo-pelviens. Ils représentent 9% des plaintes dans cette catégorie.

3.1.3. Catégorie « bien-être »

Dans la catégorie « bien-être », j'ai classé les demandes des mamans formulant leur désir de 'prendre soin' d'elle-même pendant la grossesse et de se préparer à la naissance. Cette demande n'est généralement pas formulée de manière isolée, mais associée à une demande symptomatique soit d'ordre général soit localisée à la région abdomino-lombo-pelvienne ou les deux. En effet, même lorsque leur priorité est d'être accompagnées de manière qualitative dans leur processus de grossesse ou d'accouchement, les femmes enceintes sont souvent gênées par des problématiques somatiques. La fasciathérapie est à même d'accompagner cette double nature de demande.

La notion de « bien-être » et d'obtention de ce bien-être est très personnelle, puisque certaines mamans ne viendront qu'une seule fois, tandis que d'autres souhaiteront bénéficier de 11 séances au total réparties sur l'ensemble de la grossesse.

| Tableau n°1-B | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------|--------------------|---------------------|---------|--------|---------|--------|--|------|--------------|----------|----------------------------|------------|
| Motifs de consultation initiaux | | | | | | | | | | | | | |
| Catégories | Bien-être | Symptômes généraux | | | | | | Problématiques abdomino-lombo-pelviennes (ALP) | | | | | |
| Nombre de plaintes | 26 | 57 | | | | | | 141 | | | | | |
| 100 % | 11,61% | 25,44 % | | | | | | 62,95 % | | | | | |
| Sous-catégories | Bien-être | Mal-être | Troubles du sommeil | Fatigue | Stress | Nausées | Divers | Lombo-pelviens | MAP | Contractions | Bébé bas | Troubles neuro-vasculaires | Bébé siège |
| Totaux | 26 | 14 | 17 | 21 | 15 | 4 | 7 | 97 | 13 | 18 | 22 | 23 | 8 |
| % | 100 | 17,95 | 21,79 | 26,92 | 19,23 | 5,13 | 8,97 | 53,59 | 7,18 | 9,94 | 12,15 | 12,71 | 4,42 |
| | 100% | 100% | | | | | | 100% | | | | | |

17 – Tableau n°1-B : Motifs de consultation initiaux, résultats

En résumé

Les problématiques abdomino-lombo-pelviennes, 63 % des plaintes, sont des motifs de consultation initiaux très fréquents qui s'expriment par des tableaux cliniques très différents. Les symptômes généraux représentent 25 % des plaintes, et la demande bien-être 12 % des motifs de consultation. Les symptômes, rarement isolés, font l'objet d'une demande plurielle (à la fois bien-être et/ou symptômes généraux et/ou problématiques ALP).

Il paraît important pour le thérapeute de discerner la demande prioritaire de façon à répondre à la demande de la femme et construire son projet thérapeutique qui s'adaptera à chaque cas particulier. La fasciathérapie permet de répondre au sein d'un même geste à une demande à la fois locorégionale et générale par les différentes natures de toucher.

3.2. Evolution des motifs de consultation (Tableau n°1-C)

J'ai souhaité étudier l'évolution des motifs de consultation au cours de la grossesse pour observer de quoi ces motifs étaient faits. Nous retrouvons les mêmes motifs de consultation que les motifs initiaux, mais les répartitions entre les différentes plaintes sont modifiées.

A noter que j'ai choisi de ne faire figurer dans le tableau n°1-C que les cas des patientes dont la motivation a évolué par rapport à la demande initiale. Cette évolution concerne 50 suivis sur 179, soit seulement 28 % . Dans 129 cas (72%) je n'ai pas relevé de modifications notables de la demande initiale.

Dans les résultats du tableau, on observe que la catégorie « problématiques ALP » reste une demande prédominante, puisqu'elle apparaît dans 71% des cas, contre 29% pour la catégorie « symptômes généraux ». Cependant, on n'observe pas de réelle modification de proportion entre les symptômes généraux et problématiques ALP (même si celles-ci augmentent très modérément), puisque la catégorie bien-être disparaît au cours de l'évolution des motifs de consultation au profit de ces deux catégories.

Par contre, dans certaines sous-catégories, on constate des modifications majeures. Ainsi les troubles neuro-vasculaires 28% augmentent de façon significative de 12% à 28% des problématiques ALP alors que les symptômes lombo-pelviens diminuent considérablement de 54% à 20 %. Ce résultat peut être en relation avec l'évolution physiopathologique de la grossesse (augmentation des troubles neuro-vasculaires au troisième trimestre). Cet état de fait est peut-être lié au fait que les douleurs lombo-pelviennes étant améliorées par la prise en charge fasciathérapie et donc moins invalidantes, les femmes peuvent alors confier d'autres petits mots de la grossesse.

Dans les « symptômes généraux » on constate que la « fatigue » reste le symptôme prédominant et récurrent avec un pourcentage de 50% dans cette catégorie. Les autres symptômes étant largement minoritaires. On peut penser que la fasciathérapie a participé à la diminution des ces symptômes.

| Tableau n°1-C | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------|---------------------|---------|--------|---------|--------|--|-------|--------------|----------|----------------------------|------------|
| Evolution des motifs de consultation | | | | | | | | | | | | |
| Catégories | Symptômes généraux | | | | | | Problématiques abdomino-lombo-pelviennes (ALP) | | | | | |
| Nombre de plaintes | 18 | | | | | | 45 | | | | | |
| % | 28,57 % | | | | | | 71,42 % | | | | | |
| Sous-catégories | Mal-être | Troubles du sommeil | Fatigue | Stress | Nausées | Divers | Lombo-pelviens | MAP | Contractions | Bébé bas | Troubles neuro-vasculaires | Bébé siège |
| Totaux | 5 | 2 | 11 | 0 | 2 | 2 | 13 | 9 | 13 | 5 | 18 | 7 |
| % | 22,72 | 9,09 | 50 | 0 | 9,09 | 9,09 | 20 | 13,84 | 20 | 7,69 | 27,69 | 10,76 |
| | 100% | | | | | | 100% | | | | | |

18 – Tableau n°1-C : Evolution des motifs de consultation, résultats

Conclusion

On constate une évolution des motifs de consultation au cours de la prise en charge avec une modification de la répartition des plaintes dans les sous-catégories. Ainsi, les troubles lombo-pelviens ont diminué et représentent 20 % des plaintes de la catégorie ALP, alors que les sous-catégories troubles neuro-vasculaires 28 % et contractions 20 % ont augmenté par rapport aux motifs de consultation initiaux. Cependant, il est difficile de distinguer dans cette évolution ce qui est de l'ordre de la progression de la grossesse, avec l'apparition de nouvelles problématiques, de ce qui est lié au suivi fasciathérapique, avec modification du paysage et des priorités pour les femmes.

Chapitre 8 : Analyse et interprétation des informations et connaissances recrutées

Ce chapitre est consacré à l'analyse de l'ensemble des informations et connaissances recrutées qui concourent à la construction du geste thérapeutique. Cette analyse prend en compte les échanges verbaux avec la patiente, les connaissances mobilisées et les connaissances liées à mon expertise pratique, ainsi que les informations internes issues de la perception manuelle pendant la séance comme éléments principaux de cette construction.

Ces items correspondent à des catégories classificatoires dont la dynamique d'élaboration (*a priori* ou émergente) est explicitée dans le chapitre 6 (méthodologie d'analyse).

1. Les différentes informations verbales prises en compte dans ma pratique de fasciathérapeute

1.1. Symptômes physiques

J'écoute et note les symptômes physiques dont se plaignent les femmes enceintes. Ceux-ci font apparaître différentes catégories de plaintes physiques avec des gênes abdomino-lombo-pelviennes et des symptômes liés à la grossesse.

1.1.1. Les symptômes abdomino-lombo-pelviens

J'interroge mes patientes sur leur(s) symptôme(s), comme la douleur, en leur demandant d'en préciser la localisation, l'intensité, la fréquence et les circonstances de survenue.

Pour Dorothée la douleur concerne la région pelvienne et lombaire basse : « *C'est surtout là que j'ai mal, (Dorothée montre la région au-dessus du pubis) tout en bas depuis quelques jours et aussi tout le bas du dos en arrière* » (D, 1 128-129), elle parle aussi de gêne et d'encombrement du bébé : « *La nuit je ne dors pas bien, je sens qu'il est bas, ça me gêne et ça fait une semaine que j'ai de nouveau mal au dos* » (D, 1 77-78). Ainsi, même en situation d'apesanteur, elle perçoit son bébé comme gênant, la région abdomino-lombo-pelvienne reste probablement tendue même au repos. Il est clair que chez Dorothée les douleurs sont directement en lien avec la physiologie de la grossesse. Dorothée parle de sensation de

pesanteur ou de poids dans la région parce que le bébé fait probablement pression sur les organes du petit bassin d'autant plus qu'il est positionné en siège.

Pour Anouk, la localisation de la douleur est différente, elle se situe dans la région lombaire d'une part, « *J'ai mal au dos. C'est plutôt musculaire, ce n'est pas l'ossature, [...]. Donc c'est vraiment de la courbature, avec la tension j'ai tendance à me cambrer, ce n'est pas bon. J'essaye de remettre le dos à peu près droit.* » (A s, l 16-19), et au niveau du pelvis d'autre part : « *au niveau du pubis. [...]. Plus vers la superficie. [...] c'est vraiment centré là. Je le sens plus en superficie au niveau des ligaments de l'utérus. Ce n'est vraiment pas profond, j'ai l'impression que je pourrais même le toucher.* » (A s, l 48-53). Elle exprime aussi un retentissement fonctionnel au niveau de la marche : « *[...] je marchais beaucoup en canard, [...]* » (A s, l 319-320). Toutefois, je questionne Anouk sur la tension qu'elle perçoit dans son ventre pour vérifier que ses tensions ne ressemblent pas à des contractions « *[...] je me rends compte que le ventre qui d'habitude est mou, et qui là n'est pas dur, dur, mais tendu* » (A s, l 61-64), car un nombre élevé de contractions peut faire craindre des complications de menace d'accouchement prématuré.

Lucile, quant à elle, évoque une douleur précise avec des irradiations dans les jambes : « *Bon ça (la douleur) c'est passé, ça ne lance plus jusqu'au pied. [...] (La gêne se situe) Au niveau du bassin et puis à l'entre-jambe. [...] En même temps ça tire, toujours le point à l'arrière [elle montre la sacro-iliaque droite] qui est toujours bloqué je pense !* » (L s, l 33-45). Elle parle aussi des répercussions sur la vie quotidienne : « *Comme je suis assise au bureau, je le (le point douloureux) sens dès que je dois me relever. Une fois que j'ai bougé ça s'atténue un peu mais...* » (L s, l 93-94)

La topographie, la fréquence et l'intensité de la gêne est très variée. Pour les trois participantes, la localisation de la douleur est bien souvent précise, située dans la région pelvienne et dans la région lombo-sacrée. Chacune évoque aussi des répercussions dans la vie quotidienne.

Bien qu'à des stades très différents de la grossesse (4 mois 1/2, pour Lucile, 5 mois 1/2 pour Anouk et 9^{ème} mois pour Dorothée), elles présentent toutes les trois une problématique abdomino-lombo-pelvienne.

Dorothée au 9^{ème} mois de grossesse évoque la sensation d'être encombrée par le volume du bébé, plainte assez fréquente à ce stade de la grossesse.

1.1.2. Autres symptômes liés à la grossesse

Les autres symptômes présentés par les patientes m'intéressent aussi parce qu'ils me renseignent sur le déroulement de la grossesse (et les complications éventuelles) dont la future maman ne parle pas toujours spontanément.

En fin de grossesse, Dorothée évoque ainsi les répercussions de l'encombrement du volume du bébé sur la qualité de son sommeil et son état général : « *La nuit je ne dors pas bien, je sens qu'il est bas, ça me gêne et ça fait une semaine que j'ai de nouveau mal au dos* » (D, 177-78). Les troubles du sommeil sont fréquents en fin de grossesse.

Lucile, au début du 4^{ème} mois de grossesse, est encore très gênée par les nausées qui ont un impact sur sa vie quotidienne, « *A cause des nausées et de la fatigue. Tout ça ! [...] En fait je n'arrive pas à positiver suffisamment pour l'apprécier (la grossesse) à 100%.* » (L s, 154-160). Elle évoque aussi un état de fatigue généralisé : « *C'est éprouvant (me chuchote-t-elle), je suis vite essoufflée* » (L s, 167). Les nausées qui perdurent témoignent bien souvent, selon mes observations, d'un état de tension généralisé.

Nous retiendrons deux familles de problématiques liées à la grossesse, d'une part des problématiques ALP, prenant des formes cliniques variées et d'autre part des problématiques plus générales (fatigue, sommeil) se surajoutant parfois aux problématiques ALP.

1.2. Vécu de la grossesse et interaction avec son bébé

1.2.1. Vécu de la grossesse

Cette catégorie expose le versant psychique ou somato-psychique de la grossesse et la manière dont la femme vit et compose avec ces transformations, profondes et identitaires pour certaines. Je peux aussi me faire une idée de comment la future maman s'adapte au processus gravidique.

Pour Dorothée, il se développe un climat d'inquiétude lié au développement du bébé parce que sa croissance se situe en dessous de la moyenne depuis quelques semaines : « *et depuis le début on me dit qu'il est petit ! Quel stress !* » (D, 1105-106) De toute évidence elle vit mal ce que les professionnels de la périnatalité lui renvoient à propos du déroulement de la grossesse qui n'est pas dans les normes. De même la perspective de la césarienne avec ses suites post-opératoires, parce que le bébé est positionné en siège, renforce elle aussi le climat d'inquiétude : « *Je commence à stresser pour l'opération, j'appréhende, ce qui me fait stresser c'est la cicatrisation, est-ce que je vais pouvoir me lever, m'occuper de lui, l'opération comment ça va se passer ?* » (D, 1450-452) Il est vrai que pour Dorothée, le

déroulement de la grossesse, depuis le 6^{ème} mois, s'est fait dans un climat d'inquiétude et d'anxiété lié au retard de croissance supposé du bébé et la faible quantité de liquide amniotique pouvant faire craindre une souffrance fœtale.

Le vécu de la grossesse, chez Anouk, est beaucoup serein et ne concerne que certains moments de fatigue intense probablement liés à son activité professionnelle. Quand la fatigue est trop grande, elle remarque qu'elle a des contractions, alors elle fait moins d'efforts physiques, « [...] j'arrête ce que je suis en train de faire qui, a priori, est stressant ou trop fatiguant physiquement » (A s, 1 37-38) car elle s'est rendue compte qu'une période de trop grande fatigue lui a déclenché des contractions utérines intenses : « C'était un soir où je pleurais sans raison, parce qu'il y avait trop de fatigue et j'avais trop tiré sur la corde. C'est la seule fois où j'ai eu des contractions. Même en en prenant conscience, ça ne se détendait pas tout seul. » (A s, 1 80-83) Le témoignage d'Anouk, quand elle évoque ses pleurs sans raison, nous montre certains moments de fragilité chez la femme enceinte qui peuvent la déstabiliser.

Lucile se trouve en difficulté parce que la grossesse actuelle la confronte à un idéal de la grossesse et qu'elle la compare aussi à sa grossesse précédente, « Parce que ça (la grossesse) doit être un moment formidable à vivre (dit-elle toute émue) ! (Il y a à nouveau quelques larmes) » (L s, 1 331-332) Ce constat la met dans une incapacité à prendre du plaisir : « En fait je n'arrive pas à positiver suffisamment pour l'apprécier (la grossesse) à 100%. (...) Alors qu'à la première grossesse, malgré qu'il y avait les nausées, ça....., c'était plus agréable. » (L s, 1 159-160) Ce climat général de douleurs et de fatigue profonde crée chez Lucile un fort climat d'inquiétude, « En plus je ne sais pas.....on a toujours peur que ce soit l'utérus ou autre chose qui.... Je ne sais pas si c'est musculaire ou pas, aucune idée ! » (L s, 1 120-122)

| |
|--|
| Dorothée et Lucile vivent assez mal certains aspects de la grossesse, cela transparait dans leurs propos, tandis qu'Anouk davantage à l'écoute d'elle-même développe des stratégies plus adaptées. |
|--|

1.2.2. Interaction avec le bébé

J'observe le degré d'interaction des futures mamans avec leur bébé, c'est-à-dire quelle forme de relation il existe entre la maman et son bébé, au sens d'une implication et d'un degré de conscience de ce qui se passe en elle sur le plan physique et psycho-émotionnel.

Dorothée se dit rassurée par la bonne croissance du bébé les dernières semaines « Il est passé de 1,6 kg à 2,2 kg en l'espace de trois semaines, ce qui est énorme. Maintenant est-ce

que j'aurai un petit bébé ou pas ? » (D, 1 87-88), et ce malgré l'incertitude qui demeure jusqu'à la naissance.

Anouk est régulièrement à l'écoute de son bébé, elle perçoit ses positionnements « [...] le bébé est, à mon sens, bien centré » (A s, 1 23), elle fait le lien entre un état de tension ou de stress et certains mouvements du bébé qui sont douloureux : « *Quand il tape en bas, je suppose qu'il doit taper sur des ligaments, des choses comme cela, et c'est pas agréable. [...] Du coup quand il tape en bas c'est vraiment des moments où je suis stressée ou contrariée. Ou peut-être que je n'y fais pas attention les autres moments aussi !* » (A s, 1 42-46)

En revanche, Lucile n'évoque pas d'interaction significative avec son bébé à cette séance.

Il y a des degrés de proximité avec le bébé qui s'expriment de manières très différentes chez chaque maman. Les questionnements sur la santé du bébé sont toujours un facteur anxiogène pour la maman.

1.3. Les effets de la séance

1.3.1. En différé (de la séance précédente)

A chaque séance, je vérifie, par un petit moment d'entretien avec ma patiente, l'impact de la séance précédente sur l'évolution du déroulement de la grossesse et l'évolution des différents symptômes entre les deux séances. Les effets que rapportent les patientes à propos de leur séance précédente portent une valeur pour la maman elle-même, et me permettent de mesurer le degré d'amélioration ou pas sur chacune d'elle *a posteriori*. C'est aussi l'occasion de questionner la nouvelle demande de soin.

Dorothée rapporte le lien qu'elle fait entre les effets de la séance précédente et le fait que le bébé soit remonté. Elle découvre aussi un lien entre son état tensionnel/relâchement et le positionnement du bébé : « [...] *c'est comme la dernière fois, [...] j'ai vraiment senti le bébé remonter, j'ai vraiment vécu... et on m'aurait dit ça, je ne l'aurais pas cru.* » (D, 1 444-452)

Anouk, quant à elle, fait le lien entre son bébé bien centré dans le bassin et l'absence de douleur : « [...] *la dernière fois j'avais la sensation qu'il (le bébé) était bien sur la colonne, j'avais pas du tout eu mal au dos jusqu'à samedi, pas une seule douleur, pas une seule gêne.* » (A s, 1 154-157). Elle rapporte aussi des améliorations sur les troubles vasculaires liés à la grossesse dans les membres inférieurs : « *Les jambes aussi, je ne vous avais pas dit, depuis la dernière séance où vous aviez travaillé sur le bassin et les jambes, je les ai à nouveau ressenties (positivement) tout le mois passé et puis avec moins de gonflement*

d'ailleurs. Hier avec les grosses chaleurs, je n'ai pas du tout eu les jambes enflées. » (A s, 1 330-333)

Chez Lucile l'amélioration n'a été que temporaire et n'a duré qu'une dizaine de jours « *ça m'a soulagé (la douleur lombaire) une dizaine de jours. Et puis hop c'est revenu. » (L s, 1 104)*

Deux des trois patientes rapportent un lien entre l'amélioration du symptôme et leur sensation de recentrage du bébé dans la cavité abdomino-pelvienne.

1.3.2. En temps réel (de la séance actuelle)

Je questionne régulièrement la patiente pour savoir comment elle vit ce qui se passe en elle pendant la séance, mais aussi ce qu'elle perçoit réellement des modifications de son état interne.

Ainsi, les trois patientes parlent d'apaisement, de détente globale et de soulagement pendant le soin (traitement de fasciathérapie) qu'il soit manuel ou gestuel : « *Je ne sens pas de douleur. [...] Quand ça s'ouvre (ça soulage). [...] (Ça relâche) Toute la partie du ventre. » (L s, 1 300-304), ou bien de changement d'état « je sens que les muscles sont moins...C'est tout léger en fait, tout est souple. » (D, 1 375-376)*

Dorothée parle de sensation d'être étirée de l'intérieur, d'une souplesse nouvelle dans son corps : « *Je sens qu'on me tire, ça m'allonge, tout mon corps s'étire, j'ai plus de place pour je ne sais pas comment l'expliquer, c'est comme si on étirait mon corps » (D, 1 362-363). Elle perçoit d'ailleurs les positionnements du bébé avec beaucoup de précision, « Je sens qu'il (le bébé) appuie sur la colonne » (D, 1 351).*

Anouk et Lucile parlent aussi de gain de place dans le bassin et un assouplissement de la région lombo-pelvienne, « *[...] ça donne de la place en bas et de la souplesse surtout. [...] Vraiment dans la structure, dans le centre du dos » (A s, 1 200-202).*

Je m'informe en temps réel de ce que la personne perçoit et vit pendant la séance, cela me permet d'évaluer l'impact immédiat de mon geste technique sur son état général et notamment sur sa problématique ALP.

Pendant la séance les mamans témoignent d'effets directs sur les bébés.

1.3.3. En post immédiateté

Après la pratique manuelle ou gestuelle, je questionne chaque patiente sur les impacts immédiats de la séance de façon à faire un bilan de mon intervention sur leur problématique ALP et leur état général. La restitution de leur expérience est aussi pour moi un indicateur de

comment elles se sont appropriées l'expérience, et le degré de résonance qu'a eu la séance pour chacune (sur sa douleur, son état général, son rapport au bébé).

- ***Par rapport aux symptômes abdomino-lombo-pelviens***

Anouk et Lucile parlent d'amélioration de la douleur, de diminution de la gêne et d'une mobilité retrouvée : « *Vraiment de la mobilité partout jusqu'en haut du dos.* » (A s, 1 343-344)

Dorothee décrit un changement d'état qui s'accompagne d'une sensation de légèreté avec disparition de la lourdeur qu'elle ressentait dans la région pelvienne : « *Je me sens bien. [...] Je sens qu'il y a moins de tensions au niveau du bas du ventre, je sens..., comment dire, c'est aéré, [...] je sens moins cette lourdeur en bas* » (D, 1 387-389). Elle parle aussi d'amélioration des gênes lombo-pelviennes : « *Je me sens bien et la barre derrière je ne l'ai plus, c'était vraiment-là et je n'ai plus ce poids qui m'appuyait.* » (D, 1 398-399).

- ***Par rapport aux autres symptômes physiques***

Dorothee décrit un état de relâchement général et d'allègement dans plusieurs parties de son corps : « *Oui, c'est plus léger, même au niveau des épaules, du haut du dos, je me sens beaucoup plus légère, plus aérée, plus souple, moins compressée [...]* » (D, 1 391-392)

- ***Par rapport à sa perception du bébé***

Lucile ne témoigne pas d'un impact de la séance sur sa perception du bébé, ce qui est très fréquent à ce stade de la grossesse (4 mois 1/2), à la différence d'Anouk (5 mois 1/2) et de Dorothee (9^{ème} mois).

Anouk parle de sa perception d'un relâchement lié au repositionnement du bébé : « *moi j'ai l'impression qu'au niveau de ventre ça tire forcément moins sur les ligaments, maintenant que le bébé est revenu en arrière* » (A s, 1 342-344), tandis que Dorothee en fin de grossesse (9^{ème} mois) nous offre une richesse d'informations. Elle évoque même sa propre perception du bien-être du bébé : « *je sens que le bébé, il est bien* » (D s, 1 387), sa perception des mouvements du bébé : « *je pense qu'il est plus à l'aise maintenant. Avant je le sentais, pas coincé, mais il était ramassé. Il n'arrivait pas à se développer, je sens quand je fais les mouvements que c'est lui qui me...c'est impressionnant !* » (D s, 1 415-417) Pour elle, le bébé peut être perçu aussi comme une aide pour explorer les différentes orientations de son mouvement gestuel : « *par mouvements de vague en fait, il dirigeait mon bassin comme si mon bassin n'était pas comme il voulait. Comment l'expliquer ! J'avais l'impression que mon bassin était décalé par rapport à lui ; je sentais vraiment les mouvements où lui voulait aller,*

c'est lui qui me dirigeait. » (D, l 405-408) Elle parle aussi d'un lien inédit avec son bébé, qu'elle ne définit pas davantage, une expérience inédite encore jamais ressentie auparavant : « *Là, je sens, je fais vraiment un lien avec mon bébé car avant je ne ressentais pas tout ça mais maintenant je sens vraiment ce qu'il veut, je n'ai pas les bons mots, comme avant j'ai senti qu'il va plus vers là que vers là.* » (D, l 440-442)

- **Autres effets rapportés**

Dans le cas de Dorothée, la position assise pendant la séance est plus adaptée à son stade de grossesse. Inversement, certaines femmes se sentent mieux en position allongée, l'utérus par sa taille et son poids en fin de grossesse peut comprimer les gros vaisseaux et engendrer un malaise vagal : « *Quand je suis couchée j'ai des vertiges, ça me tourne et le fait de toucher mon ventre je ne me sens pas bien. Par contre assise c'est super et je sens plus les mouvements, mon corps il suit, ça bouge tout seul.* » (D, l 445-452)

Lucile quant à elle perçoit un impact somato-psychique avec une amélioration de l'humeur : « *(rire), je me sens MIEUX (psychologiquement). [...]. C'est-à-dire plus positive.* » (L s, l 322-325)

Les trois participantes rapportent des effets de la séance sur les symptômes ALP ou généraux.

Certaines font le lien entre le positionnement du bébé et leur gêne abdomino-lombo-pelvienne (ou son soulagement).

L'une d'entre elles mentionne un mieux-être psychique indéniable en fin de séance.

Deux des trois participantes évoquent avec précision ce qu'elles ressentent de leur bébé.

Une d'elle, qui est en fin de grossesse, décrit une interaction forte avec la dynamique de son bébé qui la surprend même. Ses perceptions particulièrement précises viennent enrichir la représentation qu'elle se faisait de son lien à son bébé. Ce mode d'enrichissement perceptivo-cognitif rejoint le modèle décrit en psychopédagogie perceptive.

L'interaction verbale en fin de séance me permet de faire un petit bilan de ce que chacune a vécu et perçu de la séance, et pour moi-même les secteurs qui ont été concernés par la séance : secteur physique (avec ce qui a changé par rapport aux plaintes de départ), disposition psycho-affective en fin de séance et interaction avec leur bébé.

2. Connaissances théoriques sur lesquelles je m'appuie

Une partie de ma pratique est liée à un savoir technique ou théorique qui me sert de référence. Les différentes problématiques des patientes font appel à la fois à mes connaissances de la physiopathologie lombo-pelvienne et de la physiopathologie de la grossesse selon les modèles médicaux et kinésithérapiques. Ces connaissances sont nées de mes formations de base ou formations continues, mais également des interactions avec les professionnels de la périnatalité, ou bien des connaissances acquises directement sur le terrain au contact de mes patientes. A ces modèles médicaux et paramédicaux s'ajoutent pour moi l'apport de connaissances en fasciathérapie, discipline qui propose d'autres modèles compréhensifs de la lecture de la physiopathologie de l'individu.

Ces regards croisés entre connaissances médicales et connaissances fasciathérapiques viennent nourrir et enrichir ma lecture de la physiopathologie des problématiques ALP liées à la grossesse.

2.1. Connaissances médicales

Les connaissances médicales me servent de grille de lecture des problématiques ALP en rapport soit avec les symptômes lombo-pelviens, soit avec la physiopathologie de la grossesse. Elles vont me permettre de cibler mon projet thérapeutique initial et mon geste technique sur les éléments concernés *a priori* dans ce type de pathologie.

2.1.1. Physiopathologie lombo-pelvienne

Je prends en compte les informations se rapportant à la problématique lombo-pelvienne, par exemple la topographie de la douleur ou bien les éléments anatomiques pouvant être concernés : « *J'ai mal au dos. C'est plutôt musculaire, ce n'est pas l'ossature, c'est tout simplement le fait d'avoir changé de lit ce week-end, [...]. Et puis depuis ça passe un peu mais il y a de la courbature, c'est vraiment musculaire.* » (A s, l 16-22)

Ces connaissances vont me permettre de cibler mon action thérapeutique sur les éléments cités, comme la charnière lombo-sacrée ou la région sacro-iliaque, dans un but antalgique et/ou fonctionnel vers une prise en charge lombo-pelvienne dans laquelle la précision des prises manuelles pourra être importante. Cependant, comme nous l'aborderons plus loin, le repérage des structures anatomiques concernées sera considérablement affiné par les informations manuelles perçues qui me renseignent sur l'état des structures, leur degré de tension, crispation, densité ou de blocage.

2.1.2. *Physiopathologie de la grossesse*

Je retiens ici trois types de connaissances particulièrement en rapport avec les problématiques ALP.

- *Connaissance des gênes spécifiques liées à la grossesse*

Certaines douleurs lombo-pelviennes sont déclenchées par les transformations physiques liées à la grossesse (augmentation de l'ensemble des liquides corporels, croissance utérine, relâchement des structures passives sous l'action des hormones pour permettre au bassin de s'élargir et de se préparer à l'accouchement, douleurs ligamentaires, douleurs articulaires notamment pelviennes).

Ainsi Dorothée, Anouk et Lucile décrivent toutes les trois des types de symptômes spécifiques liés à la grossesse, avec des topographies particulières. Dorothée évoque des douleurs pubiennes et lombo-sacrées : « *C'est surtout là que j'ai mal, (Dorothée montre la région au-dessus du pubis) tout en bas depuis quelques jours et aussi tout le bas du dos en arrière.* » (D, 1 128-129). Anouk évoque en plus des douleurs de nature ligamentaire, qui peuvent faire penser aux douleurs des ligaments ronds : « *C'est vraiment centré là. Je le sens plus en superficie au niveau des ligaments de l'utérus. Ce n'est vraiment pas profond, j'ai l'impression que je pourrais même le toucher.* » (A s, 1 52-53). Lucile quant à elle se plaint de la région iliaque, de la région ischiatique, avec des irradiations vers le sacrum pouvant faire penser au syndrome de Lacomme : « *Bon ça (la douleur) c'est passé, ça ne lance plus jusqu'au pied. [...] (La gêne se situe) Au niveau du bassin et puis à l'entre-jambe. [...] Je n'arrive pas vraiment à savoir en fait.... C'est par là (elle montre la région du pubis). [...] En même temps ça tire, toujours le point à l'arrière [elle montre la sacro-iliaque droite] qui est toujours bloqué je pense !.....* » (L s, 1 33-45)

Nous observons que la symptomatologie liée à l'état gravidique est variée. Chez Anouk, Lucile et Dorothée, c'est la sphère pelvienne basse qui est concernée (pubis, sacro-iliaque, gêne inguinale). Anouk parle de tensions ou de contractions des ligaments ronds qui haubangent l'utérus.

La croissance utérine très rapide vient solliciter l'ensemble des structures abdomino-lombo-pelviennes. Mes connaissances anatomo-physiologiques vont me permettre d'orienter mon intervention en rapport avec les zones citées.

Par ailleurs, toute tension abdominale peut aussi faire penser à des contractions utérines. Les contractions utérines sont physiologiques en soi, mais un excès peut faire craindre l'ouverture prématurée du col de l'utérus.

La connaissance des gènes spécifiques liées à la grossesse permet de cibler et d'adapter la prise en charge.

- ***Connaissance des processus physiologiques liés à la grossesse***

Les modifications physiologiques liées à la grossesse peuvent entraîner certains troubles plus ou moins durables qu'il est important de connaître parce qu'il vont permettre de rassurer la patiente ou bien de les resituer dans leur contexte clinique. Il s'agit d'un ensemble de symptômes relativement hétéroclites que j'ai retenus ici parce que les futures mamans s'en plaignent fréquemment.

Ainsi, certaines femmes se plaignent de nausées passagères plus ou moins gênantes au premier trimestre, et dont la sévérité devrait être davantage prise en compte car elles fatiguent les futures mamans qui s'alimentent mal : « *Au niveau des nausées, ça va, j'ai encore des aigreurs, c'est ça qui me barbouille un peu.* » (L s, l 109)

Certains troubles du sommeil apparaissent dès les premiers mois de grossesse et devraient aussi être pris en compte car ils fatiguent les mamans, alors que les troubles du sommeil en fin de grossesse sont relativement physiologiques : « *Le dernier mois il y a souvent des réveils fréquents qui ne sont pas toujours dus aux problèmes de retournements* » (D, l 119-121).

Dans certaines positions l'utérus peut comprimer la veine cave et entraîner un malaise vagal : « *Je demande à D. de s'asseoir au bord de la table parce qu'elle ne se sent pas bien [...]. Cela arrive parfois plutôt en fin de grossesse, c'est peut-être dû à la position (allongée ou assise).* » (D, l 180-183) Il convient alors de changer de position pour soulager les zones de compression, couchée sur le côté ou bien assise conviennent alors mieux.

Les futures mamans ont aussi tendance à limiter naturellement leurs amplitudes de mouvement en fin de grossesse bien souvent par peur de comprimer le bébé alors qu'il n'y a aucun risque : « *Cet exercice permet à Dorothee d'explorer la mobilité articulaire du bassin et des lombaires car il me semble important que la femme arrive à l'accouchement avec souplesse et mobilité. De façon générale, plus on avance dans la grossesse, plus la femme a tendance à réduire l'amplitude de ses gestes dans le quotidien.* » (D, l 205-208)

Parfois la patiente se plaint d'une fatigue généralisée, passagère ou durable comme c'est le cas chez Lucile pouvant créer un état d'anxiété. « *C'est éprouvant (me chuchote-t-elle), je suis vite essoufflée.* » (L s, l 167) La fatigue du premier trimestre est fréquente. Elle est physiologique et correspond à l'adaptation de la personne à son nouvel état ; si elle perdure cela peut signifier une difficulté d'adaptation.

Le terrain particulier de la femme enceinte peut favoriser l'expression d'un état de vulnérabilité psychique, d'anxiété inhabituelle, d'angoisses dont le thérapeute devra tenir compte.

La connaissance des processus physiologiques favorise une prise en charge qui dépasse parfois simplement la dimension symptomatique de la problématique ALP pour la resituer dans le contexte plus général lié à la grossesse.

Le terrain particulier de la femme enceinte peut favoriser l'expression d'un état de vulnérabilité psychique, d'anxiété inhabituelle, d'angoisses dont le thérapeute devra tenir compte. Ces informations me permettront de prioriser mon action fasciathérapique vers un objet plus global que la seule prise en charge du symptôme.

- ***Connaissance de certaines complications de la grossesse***

Parmi les complications de la grossesse, je retiendrai la “menace d'accouchement prématuré” (MAP), relativement fréquente dans mon cabinet. L'annonce de ce diagnostic crée toujours un grand état de stress et beaucoup d'anxiété chez la maman. Bien souvent l'avis médical recommande le repos plus ou moins strict selon les cas.

Dorothée se trouve concernée par ce diagnostic, elle est mise au repos précocement pour menace d'accouchement prématuré, retard de croissance fœtale et insuffisance de liquide amniotique, elle poursuit la grossesse sous étroite surveillance médicale : « *Lorsque je la revois [...] à 6 mois et demi de grossesse, elle est au repos pour MAP (menace d'accouchement prématuré), elle a des contractions utérines, le col de l'utérus commence à être ouvert, elle a des douleurs au bas du ventre et le bébé est bas. Ces complications de la grossesse et la mise au repos la mettent dans un état de stress, elle a du mal à accepter la situation.* » (D, l 12-16). Le cas particulier de Dorothée a nécessité que je l'accompagne dans le vécu de sa grossesse, allant au-delà de la simple prise en charge symptomatique.

La connaissance de certaines complications de la grossesse va permettre d'adapter la prise en charge fasciathérapique au contexte clinique (fréquence des séances, différents touchers).

2.2. Connaissance de la fasciathérapie : le modèle de la voie de résonance d'un choc (VRC)

La fasciathérapie apporte un regard nouveau sur les processus physiopathologiques du corps humain en les inscrivant dans une approche globale, c'est-à-dire qu'il prend en compte les interactions entre les différentes structures anatomophysiologiques, offrant ainsi une compréhension et une lecture différente des problématiques ALP.

Le modèle de la voie de résonance d'un choc (VRC) s'adresse à la dynamique interne de l'ensemble des systèmes anatomo-physiologiques.

Certains symptômes décrits par les participantes ainsi que certaines informations manuelles perçues me renvoient donc à cette grille de lecture, dont un ou plusieurs niveaux de résonance peuvent être concernés dans la réaction adaptative de la femme enceinte à sa grossesse. Je peux alors évaluer le degré d'atteinte tissulaire et fonctionnelle au sein de la dynamique interne, et libérer de façon assez presque méthodique les différents niveaux impliqués.

J'ai extrait des verbatim les éléments qui illustrent le mieux ces différents niveaux en m'appuyant soit sur les informations de la patiente, soit sur mes perceptions manuelles des zones de tensions ou bien des facteurs de libération.

- **Réaction somato-psychique**

Dès le début de la séance avec Lucile, j'observe dans sa manière de s'exprimer des indices qui me montrent qu'elle se sent particulièrement en difficulté : « *[Silence] Lucile a des larmes dans les yeux. [...]. (La grossesse) C'est éprouvant (me chuchote-t-elle), je suis vite essoufflée.* » (L s, l 162-167) Je sais alors que les éléments de lecture de sa dynamique interne risquent d'être au plus bas dans son corps (peu de psychotonus, peu de réponse au point d'appui) et qu'à ce stade de l'expression somato-psychique l'ensemble des niveaux de la VRC sont concernés. Je sais alors que je vais devoir reconstruire la réaction psychotonique avant de pouvoir avoir une action sur ses douleurs, ses blocages articulaires ou ses immobilités.

Dorothée, quant à elle, exprime des inquiétudes qui l'envahissent depuis quelques semaines à propos du développement de son bébé : « *Et depuis le début on me dit qu'il est petit ! Quel stress !* » (D, l 105). Cependant, quand je pose mes mains sur elle, j'ai accès à une qualité de réaction psychotonique au point d'appui tout au long de la séance. Ce qui me permet de penser qu'elle va plutôt bien sur le plan de ses réactions adaptatives.

- **Immobilité : le blocage articulaire**

Parfois le patient peut nommer son degré de blocage articulaire parce qu'il perçoit des restrictions de mobilité en lui. Quand il ne les perçoit pas ou peu il parle alors de douleurs qui

se situent bien souvent en regard du blocage. Chez la femme enceinte, ce niveau de lecture est plus subtil car la région qui se bloque est la structure pelvienne. Or ce bloc osseux étant réputé non mobile, la femme ne peut pas décrire le blocage articulaire, elle va seulement pouvoir exprimer les gênes qu'elle ressent localement.

Ainsi manuellement je retrouve ces inscriptions somatiques sous forme de blocages, de raideurs. Les restrictions de mobilité interne peuvent avoir un impact sur les restrictions de mobilités articulaires. Chez Anouk, c'est le sacrum-coccyx qui est plus particulièrement bloqué : « *Sous mes mains je retrouve un coccyx orienté vers le pubis avec une restriction de mobilité, tension des lames sacro-pubiennes et crispation du périnée* » (A ds, 1 66-67). Chez Lucile, c'est l'ensemble de la région abdomino-lombo-pelvienne qui est immobile sous mes mains avec un gros blocage de la région iliaque : « *Rapidement je me déplace vers son bassin et pose mes mains sur son aile iliaque droite (côté douloureux). Et là je sens tout son corps complètement bloqué, sous mes mains tout est tendu, dur, fixe, rigide.* » (L ds, 1 35-36)

- ***Désertion sensorielle et imperception***

La personne se rend compte qu'elle ne va pas bien, sans vraiment savoir pourquoi, parce qu'elle se perçoit moins bien.

Lucile a du mal à me confier pourquoi elle ne se sent pas bien, elle donne d'ailleurs peu d'informations en fin de séance sur le contenu même de la séance parce que sa perception est comme anesthésiée du fait de son état de crispation généralisé. Cette connaissance me permet aussi de ne pas aller trop loin dans mes sollicitations verbales chez Lucile et de respecter la phase dans laquelle elle se trouve. En revanche, mes descriptions en temps réel et l'accompagnement manuel permettent à Lucile de poser son attention sur les phénomènes internes. Je peux ainsi l'amener progressivement à orienter son attention sur ce qui s'assouplit en elle « *Relâchez bien, laissez venir avec mes mains, la colonne s'arrondit. Et là, la colonne se creuse. Ça recule et ça s'arrondit. [...]. Est-ce qu'il y a un mouvement qui soulage ?* » (L s, 1 297-299).

Les témoignages de Dorothée et Anouk, livrant des contenus de vécu beaucoup plus riches, détaillés et nuancés attestent au contraire d'une bonne qualité de perception.

- ***Perturbation des rythmes et du drainage***

Ces natures de perturbations ne sont pas nommées comme telles dans les verbatim mais, selon moi, elles se révèlent dans le texte quand je décris que les rythmes spontanés se restaurent. La restauration des rythmes globaux du corps signe le retour à la physiologie et à un équilibre tensionnel : « *On retrouve un rythme haut-bas. Beaucoup de chaleur se dégage,*

ça pulse dans l'ensemble du corps. » (D, 1 174-175) Chez Lucile la restauration des rythmes est plus timide et se donne davantage sous la forme d'une rééquilibration que d'une rythmicité franche : « retour, spontanément ça se rééquilibre. » (L s, 1 286-287)

- ***Tensions des fascias myotensifs***

Je repère manuellement les zones de contractures musculaires, souvent localisées dans la région lombaire à l'origine des troubles de l'adaptation tonique de la femme enceinte. Ainsi : « *Je fais une prise lombaire avec une main lombaire et une main ventrale sur le bébé. [...]. J'ai dans mes mains un grand contraste entre les deux mains, les vertèbres lombaires sont très denses, les muscles contracturés et dans ma main ventrale, beaucoup de vitalité, de légèreté. Cela me confirme que la priorité ici est de libérer la région lombaire.* » (A ds, 1 37-41) Ces contractures participent à l'installation de raideurs et de blocages articulaires.

Nous retrouvons ces natures de tensions musculaires chez les trois personnes participant à la recherche.

- ***Crispation des fascias***

La crispation des fascias (musculo-squelettiques, fascia axial profond et dure-mérien) est perçue par la main du thérapeute. La connaissance anatomique des différents fascias m'éclaire sur l'impact de leurs crispations sur la physiologie locorégionale. Ainsi, « *Je vais faire une prise au niveau du coccyx et du sacrum, je sens que c'est tendu par là. Comme si le coccyx était tiré vers l'avant.* » (A s, 1 189-190). Leur libération, dont je peux faire une lecture tout aussi précise, contribue à dénouer l'empreinte de la crispation tissulaire et à restaurer une physiologie locorégionale : « *Avec cette prise je sens que j'ai accès aux ligaments sacro-pubiens, au col de l'utérus, à la partie inférieure de l'utérus. Le coccyx recule, le sacrum s'antériorise, ça ouvre tout l'espace entre le sacrum-coccyx-pubis.* » (A s, 1 195-196)

Ces crispations viennent rigidifier l'ensemble des structures faisant perdre ainsi l'autonomie des différents éléments entre eux par la perte des plans de glissements.

- ***Réaction neurovasculaire et neurovégétative***

Un état de stress provoque une vasoconstriction générale ainsi que des troubles neurovégétatifs pouvant avoir des répercussions sur le plan métabolique de la personne. Cette donnée n'est pas décrite explicitement dans les verbatim. Elle s'exprime la plupart du temps sous forme de libération vasculaire, signant ainsi la réversibilité des impacts du stress sur les grands systèmes : « *Ça commence à pulser, ça libère le vasculaire...* » (A s, 1 237). Nous observons cette nature de réponse chez les trois patientes.

En m'appuyant sur les connaissances médicales et fasciathérapiques, (ici le modèle de la VRC), je peux distinguer manuellement trois niveaux stades dans les problématiques ALP :

- des empreintes de tensions ou crispations locorégionales sans traduction clinique
- des blocages ALP associés à une symptomatologie plus globale
- des blocages ALP majeurs qui concordent avec le témoignage des symptômes de la patiente

Ma double compétence de kinésithérapeute et de fasciathérapeute me donne un double niveau de lecture des problématiques ALP notamment liées à la grossesse mobilisant deux référents théoriques différents.

3. Connaissances issues de mon expertise pratique

Cette catégorie réunit les principales stratégies thérapeutiques que j'ai repérées dans ma pratique fasciathérapique auprès des femmes enceintes. Elles sont adaptées parce qu'elles sont nées de l'observation de mes procédures et gestes effectués sur des éléments anatomiques que je suis amenée à travailler presque systématiquement chez toutes mes patientes quel que soit le stade de la grossesse. Ces stratégies thérapeutiques me permettent lors du traitement d'avoir un fil conducteur qui oriente mon traitement vers ces différentes structures.

J'ai repéré dans les verbatim ces différents éléments s'y rapportant et je les ai distingués dans les 4 sous-catégories suivantes.

3.1. Importance de libérer le cadre osseux et le fascia musculo-squelettique

La croissance rapide de l'utérus et la prise de poids sollicitent énormément le cadre osseux qui doit se laisser étirer et distendre par la croissance utérine ; le centre de gravité change, l'ensemble de la région, qui comprend les basses-côtes, les lombaires, le pelvis, doit s'adapter et peut aussi devenir souffrante. Je commence par un travail spécifique sur le cadre musculo-squelettique pour les raisons suivantes :

- Importance de libérer la région thoracique et diaphragmatique pour permettre au bébé d'occuper l'espace supérieur : « *je déplace mes mains au niveau du diaphragme, une région qui est souvent tendue, avec un toucher périosté qui accroche le périoste et le volume du*

diaphragme. Traction. Ça travaille bien entre mes deux mains. Ça vient chercher aussi un travail à distance au niveau de la fosse iliaque droite et de la jambe droite. » (A s, l 114-117)

- Importance de libérer le cadre osseux et les crispations myofasciales pour soulager les tensions lombo-pelviennes : *« Retour, voilà et je sens que c'est bien la colonne qui recule, qui vient dans mes mains, vers l'arrière. » (A s, l 184-185. En effet je repère manuellement des zones de densité osseuse au niveau du bassin, de la région lombaire et parfois au niveau des basses côtes. Ces tensions viennent rigidifier la région qui va alors perdre de sa mobilité et de son élasticité.*
- Importance de libérer l'ensemble du petit bassin (pubis, branches ischio-pubiennes, sacrum, coccyx) pour décongestionner le petit bassin et éviter l'engagement du bébé qui exercerait une pression mécanique : *« [...] ça commence à se relâcher au niveau de la symphyse pubienne, étirement. J'accroche le périoste. C'est très tendu dans le bassin, [...] » (L s, l 214-216)*
- Libérer le cadre osseux permet de rendre malléable l'environnement du bébé : *« vous pouvez commencer à absorber comme si dans les os il y avait de la place maintenant. Comme si le bébé était même loin en arrière. » (D, l 303-305). Le toucher osseux permet à la maman de retrouver une souplesse intérieure avec des propriétés intrinsèques d'élasticité et de malléabilité, favorables à l'adaptation de la région ALP à la croissance fœtale, tout en préparant à un accouchement physiologique.*
- Les restrictions de mobilité interne peuvent avoir un impact sur le positionnement du bébé : *« voilà et là il y a tout l'espace postérieur qui est de nouveau habité. Il y a de nouveau de la place pour le bébé, il peut à nouveau reculer vers la colonne. » (A s, l 185-187)*

Le cadre osseux est la structure d'accueil du bébé qui doit s'adapter aux différentes transformations physiques liées à la croissance du bébé. J'ai remarqué qu'il s'agit d'une structure qui commence à réagir très tôt dans la grossesse, dès le début du deuxième trimestre, pouvant expliquer certaines douleurs lombo-pelviennes parce que le corps n'a pas l'élasticité pour s'adapter aux modifications structurelles.

3.2. Importance de libérer le fascia axial profond (FAP)

Le FAP est lui-aussi extrêmement sollicité par les modifications des rapports entre les éléments anatomiques d'une part et la croissance fœtale d'autre part. Par ailleurs il est aussi le siège d'activités neurovégétatives, neuroendocriniennes et liquidiennes importantes liées à la grossesse.

- Mettre en travail le fascia axial profond permet de libérer les organes vitaux et les fonctions de drainage de l'organisme, « ça ouvre au niveau du diaphragme, de la colonne, ça dégage tous les organes qui commencent à être comprimés entre la colonne et le bébé. [...]. On peut imaginer qu'il y a les reins aussi, l'aorte, les organes et puis il y a la colonne et le bébé qui glissent en arrière, qui se glissent dans ce coulissement postérieur. » (A s, l 294-298)
- Importance de libérer les plans de glissements entre le cadre osseux et le fascia axial profond comme je le fais chez Lucile : « l'utérus vient spontanément se coller dans la fosse iliaque créant comme un bloc » (L ds, l 58-59), cette « sensation de bloc » vient rigidifier l'ensemble du bassin donnant à Lucile une sensation de raideur. Libérer les plans de glissement permet à l'utérus de retrouver sa mobilité dans le cadre osseux et d'assouplir les différentes structures : « j'ai une main lombaire, une main au niveau de l'utérus, la main lombaire est une main d'écoute. La main au niveau de l'utérus vient contre l'aile iliaque droite. Il y a des petits lâchers prise, je repars et j'emmène l'utérus vers la gauche. Retour, je fais des petits points d'appui, je cherche de la mobilité. » (L s, l258-216)
 - Par ailleurs, la croissance du fœtus peut aussi générer des crispations du fascia axial profond et notamment du muscle utérin. Sa contractilité peut favoriser des contractions utérines pathogènes : « c'est très tendu dans le bassin, et au niveau de l'utérus ; et le bébé paraît tout resserré sur lui-même. » (L s, l 215-216).

On constate que chez les trois participantes, une partie de la séance est consacrée au fascia axial profond et que ce travail participe à rééquilibrer l'ensemble abdomino-pelvien soulageant la sensation de pesanteur. Restaurer l'élasticité du FAP participe à rééquilibrer la dynamique interne abdomino-lombo-pelvienne.

Le FAP est, de mon point de vue, la structure la plus sollicitée durant toute la grossesse. C'est l'élément anatomique qui doit se laisser distendre le plus, et c'est probablement celui qui est le plus réactif expliquant de nombreux troubles aussi bien abdomino-lombo-pelviens (syndrome de Lacomme ou lombo-sciatiques) que généraux d'ordre (neurovasculaires, digestifs, contractions utérines).

3.3. Importance de libérer le fascia dure-mérien

Le fascia dure-mérien et l'ensemble rachidien sont les structures anatomiques qui compensent les transformations posturales. Le fascia dure-mérien est tout particulièrement réactif aux fluctuations de la vie psychique pendant la grossesse, notamment en cas d'anxiété,

d'état de stress ou de climat d'inquiétude par rapport au bébé. Les préoccupations par rapport au déroulement de la grossesse ou à la santé du bébé ont des répercussions sur le fascia dure-mérien ou son prolongement, notamment dans la partie lombo-sacrée. Sa crispation va elle aussi contribuer à rigidifier l'ensemble du rachis et du pelvis.

Chez Dorothée le fait de retrouver des plans de glissement à l'intérieur de son corps va l'aider à trouver une distance juste par rapport à son enfant : *« laissez de l'espace entre vous et le bébé ; sentez que vous pouvez prendre de la distance par rapport à lui. La colonne continue à glisser en avant, ne reculez pas trop la tête, sans perdre le lien avec votre bassin. »* (D, l 341-344). Cette nature de travail est intéressante chez Dorothée pour l'aider à gérer toute l'inquiétude liée aux incertitudes de la grossesse. Alors que chez Lucile l'objectif sera différent et concernera davantage la stabilité de son état psychique.

3.4. Importance de permettre le centrage du bébé dans le cadre osseux

Les prises manuelles du fascia axial profond englobent le bébé et permettent de faire une lecture fine de sa mobilité dans les différents plans de l'espace. Ainsi quand j'accompagne les différentes orientations de mes mains avec les critères de profondeur et de globalité j'ai une lecture de la dynamique interne du bébé et de comment il occupe l'espace dans le ventre de sa maman.

Parfois le décentrage du bébé contribue à entretenir le blocage et le corps de la maman se bloque autour du bébé, l'ensemble des structures se figent ne permettant plus de mobilité. C'est ce que je fais avec Lucile lorsque je recherche de la mobilité entre la maman et son bébé : *« il y a des petits lâchers prise, je repars et j'emmène l'utérus vers la gauche. Retour, je fais des petits points d'appui, je cherche de la mobilité. Retour, mes deux mains vont en dissociation, ma main postérieure glisse vers la droite, la main antérieure glisse vers la gauche. »* (L s, l 259-262)

Aider le bébé à occuper l'espace a un impact sur la douleur ressentie par la maman : *« le bébé fait son mouvement et vous vous adaptez à lui. [...] Il descend en bas et à droite dans la fosse iliaque pendant que vous vous laissez faire dans votre colonne. Vous l'accompagnez. Comme s'il y avait une légère rotation aussi à droite, l'épaule droite recule. »* (D, l 317-321). Chez Dorothée, il s'agit davantage d'un dialogue gestuel entre elle et son bébé. L'exploration des différentes amplitudes permet alors un auto-ajustement. Ainsi, c'est tout l'ensemble ALP qui retrouve de la souplesse.

Chez les trois patientes, le centrage⁵¹ du bébé fait partie intégrante de la séance et participe à l'équilibre de la région abdomino-lombo-pelvienne.

Permettre le centrage du bébé dans le bassin participe à l'équilibre postural de la mère et soulage certaines gênes ou douleurs ressenties :

- de types musculo-squelettiques (lombo-sciatiques, pubiennes, syndrome de Lacomme, douleurs iliaques) pour des décentrages antéro-postérieur ou latéraux,
- de types viscérales (pesanteur, mictions fréquentes, contractions, constipations, hémorroïdes, troubles digestifs) pour des décentrages haut-bas.

Par ailleurs le centrage du bébé prépare la naissance dans le sens où il favorise l'installation de la cohérence entre le bébé et le bassin de la maman.

Cadre osseux, FAP, centrage du bébé sont dans cette catégorisation des fils conducteurs de ma pratique. En effet je retrouve cette même logique d'approche dans les 3 séances alors que la symptomatologie des participantes est différente et qu'elles sont à des stades différents de leur grossesse.

4. Informations perçues sous mes mains

J'aborde ici les informations que je perçois sous mes mains en thérapie manuelle comme en thérapie gestuelle (puisque je touche la personne en même temps qu'elle bouge). Les protocoles de fasciathérapie sont conçus pour suivre et potentialiser la dynamique du mouvement interne ce qui permet d'accéder à ses paramètres (d'expression) au sein des différentes structures corporelles.

Je pense qu'il n'est pas évident pour un non expert de la fasciathérapie d'appréhender tous les détails techniques de cette pratique, et plus particulièrement les items de perception, faisant l'objet de cette partie à venir, nécessaire à mon analyse. La précision de ces informations de nature « perceptive » (ce que je perçois sous mes mains) constitue une source de lecture diagnostique ou de bilan de l'évolutivité du traitement, sur laquelle je m'appuie en permanence pendant la séance.

⁵¹ Je tiens à préciser qu'il ne s'agit en aucun cas ici d'une technique manipulative, mais d'un objectif thérapeutique (le centrage) ; le protocole fasciathérapique permet aux structures tissulaires de se détendre et de favoriser un mouvement de centrage spontané et physiologique du bébé.

Je vais donc extraire des verbatim les données qui illustrent la manière dont ces informations sont prépondérantes dans ma pratique fasciathérapique.

4.1. Tension/relâchement

La perception d'un état de tension ou de relâchement traduit ici un processus de modification de l'état interne des différentes structures qui se sont altérées (au sens de modifiées) au contact de la dynamique interne et dont je peux faire un bilan très précis.

4.1.1. Etat tensionnel

Quand je pose mes mains sur chacune des trois participantes à ma recherche, avec l'intention de percevoir le mouvement interne, j'ai tout d'abord accès à leur état tensionnel du moment.

Ainsi l'état tensionnel apparaît majeur chez Lucile « *je sens tout son corps complètement bloqué, sous mes mains tout est tendu, dur, fixe, rigide. Le contraste est saisissant par rapport à son état de globalité et de vitalité à la fin de notre précédente rencontre.* » (L ds, l 35-37). Son état de tension est généralisé et ne concerne pas seulement la région pelvienne. J'aurai donc une intervention à la fois locale et globale.

En revanche chez Dorothée et Anouk, les tensions que je perçois sont localisées à la région lombo-pelvienne : « *je sens que les lombaires sont tendues.* » (A s, l 135). J'aurai donc une action ciblée sur les éléments concernés.

Chez Dorothée et Lucile, j'ai aussi accès à l'état tensionnel du bébé que je sens ramassé sur lui-même quand j'ai mes mains posées sur l'utérus « *j'ai les deux mains sur l'utérus et le bébé, j'ai mes deux mains qui s'écartent comme si mes deux mains étiraient le bébé. Je sens le bébé très ramassé sur lui-même.* » (Dorothée, l 164-165). Ce constat m'incite à penser que le bébé se trouve lui aussi concerné par l'état de tension de son environnement proche.

Je perçois l'état de tension de la personne soit de manière généralisée, soit localisée à éléments anatomiques précis. Ainsi, chaque structure peut faire l'objet d'une lecture de son degré de crispation ou de tension, venant souvent confirmer les propos de la patiente. Ces natures d'informations participent à l'élaboration du projet de séance. Le bébé peut lui aussi être concerné par l'état de tension généralisée de sa maman.

4.1.2. Psychotonus

La réaction psychotonique est l'outil clé en fasciathérapie ; déclenchée par l'action manuelle du thérapeute, c'est l'élément par lequel l'état tissulaire ou même somato-psychique

global de la personne peut se modifier. Selon l'intensité de la réponse psychotonique, l'état de la structure pourra se modifier plus ou moins rapidement exprimant par là-même les capacités d'adaptabilité de la personne. Je peux alors orienter mon attention sur ces manifestations toniques du corps pour en avoir une grille de lecture très précise.

- ***Au point d'appui***

Le psychotonus est une force de réorganisation qui s'exprime au sein des différentes structures du corps au point d'appui et qui permet au thérapeute d'évaluer le degré de vitalité. Ainsi, chez Lucile, je dois poser de nombreux points d'appui ; les points d'appui répondent peu au début de la séance, ils sont le témoin du peu de dynamique interne disponible : « *ça commence à travailler au point d'appui, on commence à avoir de la globalité. Ça devient plus léger, comme si quelque chose c'était allégé dans le corps.* » (L s, l 172-173)

Cependant le psychotonus s'exprime de manière différente d'une personne à l'autre. Chez Dorothée dès les premiers points d'appui, la réaction psychotonique est mobilisée : « *Au point d'appui, je sens qu'un grand volume (qui concerne à la fois la maman et le bébé) se mobilise sous mes mains. Cette force entraîne une réorganisation des tensions au sein de la maman. Je sens que le bébé remonte vers les côtes et se dégage du bassin.* » (D, l 169-171)

- ***Evolution du psychotonus sous mes mains dans les différentes structures***

Je perçois l'action du psychotonus sur l'architecture tonique des différentes structures. La réaction psychotonique évolue pendant toute la séance, c'est ainsi que chez Lucile en fin de séance, « [...] *ça commence à glisser dans le bassin, les deux mains se croisent, la main postérieure glisse vers la gauche, la main antérieure se rapproche de l'aile iliaque droite.* » (L s, l 263- 264). Le « glisser » témoigne ici des modifications de la structure.

Chez Dorothée l'évolution s'exprime de façon différente au niveau des différentes structures corporelles, les densités osseuses se sont modifiées pour offrir sous les mains une sensation de souplesse au niveau de l'os par exemple : « *vous pouvez commencer à absorber comme si dans les os il y avait de la place maintenant. Comme si le bébé était même loin en arrière. On n'avait pas du tout ça tout à l'heure.* » (D, l 303- 305)

La lecture de la réaction psychotonique au cours de la séance est un moyen pour le fasciathérapeute de connaître les modifications qui s'opèrent chez la personne en termes d'intensité de la réponse et de degré d'implication de la personne.
Le bébé peut lui aussi être concerné par la réaction tonique.

4.2. Paramètres du mouvement interne

J'observe que la libération de la dynamique interne dans tous ses paramètres, participe à l'amélioration de la symptomatologie organique et inversement ; il y a corrélation entre l'atteinte de la physiologie de certaines structures corporelles et la perturbation des paramètres du mouvement interne au sein de celles-ci.

La connaissance théorique (et pratique !) des différents paramètres du mouvement interne me permet d'orienter mon intervention sur les paramètres en restriction ou absents et de les restituer par l'action technique du point d'appui.

Dans cette partie de l'analyse (tableau n°2, colonne 4), je m'aperçois que les données concernant les informations internes perçues sous mes mains sont d'une grande richesse et sollicitent chez le thérapeute des habiletés perceptives très variées. Ces items sont à la fois éléments de lecture et de normalisation. Je peux saisir plusieurs informations de manière contemporaine, ainsi en même temps que je perçois la lenteur du déplacement tissulaire, je peux saisir l'amplitude, l'étendue ou la profondeur concernée par la dynamique interne.

4.2.1. Lenteur

La lenteur est le premier paramètre que la main du thérapeute sollicite et accompagne. Elle permet de construire le rapport sensible au corps et d'accéder aux autres paramètres de la dynamique interne. Il s'agit d'une lenteur fluide caractéristique ; de plus, elle installe une confiance, un état de profond relâchement chez la patiente. J'apprends à la personne à reconnaître en elle cette lenteur spécifique dans la pratique gestuelle afin qu'elle puisse à son tour y avoir accès : « [...] *la colonne se déroule dans la lenteur, [...] un peu moins vite* » (A s, 1 278-282).

4.2.2. Orientation

La grille de lecture des orientations dans lesquelles peuvent se mouvoir les tissus ou les articulations témoigne de leur degré de liberté. Ainsi grâce à la libération de tensions internes, crispations ou contractures se dessinent sous mes mains des formes gestuelles dans différentes orientations de l'espace. Il s'agit de successions d'orientations tissulaires qui se présentent dans le toucher manuel à l'issue des points d'appui.

J'accompagne manuellement ou gestuellement les différentes orientations qui s'offrent, cela permet de découvrir une richesse articulaire bien souvent inexplorée dans les gestes du quotidien. La personne fait l'expérience de nouvelles orientations de mouvement dans des zones d'elle qui étaient tendues : « *Le coccyx recule, le sacrum s'antériorise, ça ouvre tout l'espace entre le sacrum-coccyx-pubis. Retour, le sacrum glisse en arrière et le coccyx vers l'avant.* » (A s, 1 196-197). Au cours de la séance, les orientations disponibles

s'enrichissent, deviennent multiples, spontanées, attestant d'une souplesse tissulaire et/ou articulaire retrouvée « *Je glisse et je pousse, [...] ma main antérieure commence à me donner des orientations vers le haut. De nouvelles orientations que j'accompagne se donnent.* » (L s, 1 264-266)

4.2.3. Amplitude

J'accompagne manuellement toute l'amplitude du mouvement interne au sein des différentes structures anatomiques. Il peut s'agir d'une amplitude qui concerne à la fois la dynamique tissulaire (fascias, aponévroses, muscles) et le micro-jeu articulaire. La sensation d'amplitude est souvent rendue dans les verbatim par le terme de « glisser ». Les habiletés perceptives permettent de discerner les structures anatomiques réellement concernées.

Toute l'amplitude des mouvements tissulaires et articulaires se déploie, attestant pour le thérapeute des changements internes, libérant ainsi les restrictions internes qui ont des répercussions sur la physiologie : « *Là, je suis les mouvements de l'iliaque droit. Quand l'iliaque vient en convergence et en rotation interne ça ouvre tout l'espace postérieur au niveau du sacrum et du coccyx.* » (A s, 1 222-223). La patiente peut elle aussi percevoir les gains d'amplitude.

4.2.4. Globalité

La globalité corporelle, dans l'étendue et la profondeur, construit une unité somato-psychique. Les différentes régions corporelles retrouvent une unité entre elles et la personne a le sentiment d'être à nouveau entière.

La globalité se construit progressivement sous mes mains et au fur et à mesure de la séance (les différentes régions semblent se mouvoir dans une dynamique ou une cohérence commune).

- **Etendue**

La lecture de l'étendue topographique des tissus concernés se révèle parfois sous mes mains à travers la perception des zones que je perçois à distance de mes mains, sous forme d'une tension tonique : « *Ça vient chercher aussi un travail à distance au niveau de la fosse iliaque droite et de la jambe droite.* » (A s, 1 116-117), attestant là aussi des modifications de l'architecture tonique locale, régionale ou globale.

- **Profondeur**

L'autre aspect de la globalité loco-régionale est la profondeur anatomique concernée. Tout comme pour la perception de l'étendue, la main/le toucher sait discriminer les éléments

anatomiques impliqués. Cette notion de profondeur concernée par le traitement se traduit dans les verbatim par la notion de volume, d'absorption, d'épaisseur, ou de profondeur : « *Vous pouvez commencer à absorber comme si dans les os il y avait de la place maintenant. Comme si le bébé était loin en arrière.* » (D, 1 303-305)

4.2.5. Rythmes/séquence

La restauration des rythmes locaux ou globaux est l'expression d'un équilibre retrouvé, un retour à la normalisation des grandes fonctions du corps, ils ont une fonction de brassage et de drainage des différents liquides. Il s'agit d'une étape importante car c'est l'ensemble du corps qui retrouve alors une dynamique interne cohérente et commune.

Par exemple, chez Lucile, la restauration des rythmes globaux n'est pas franche, c'est pourquoi je suis attentive pendant toute la séance aux différents signes qui exprime un retour à cette physiologie rythmique : « *Ça commence à pulser. J'observe qu'elle a quelques soupirs qui commencent à s'entendre, cela m'indique qu'un état de relâchement commence à s'installer.* » (L s, 1 217-220). Par ailleurs, je la reverrai rapidement en consultation en raison de la timidité des rythmes à la fin de la séance.

4.2.6. Dissociations

Les mouvements dissociés permettent aux différentes structures du corps de retrouver des plans de glissements entre elles. La personne va commencer à retrouver une souplesse corporelle, signant les modifications internes. Ces mouvements dissociés se présentent d'eux-mêmes ou bien je les sollicite manuellement. Chez la femme enceinte, je porte une attention toute particulière aux mouvements dissociés, notamment quand le corps m'apparaît comme un monobloc (ce qui est le cas de Lucile), pour favoriser les plans de glissement et restaurer de la souplesse interne : « *Petit relâchement au point d'appui, ça commence à glisser dans le bassin, les deux mains se croisent, la main postérieure glisse vers la gauche, la main antérieure se rapproche de l'aile iliaque droite.* » (L s, 1 262-264)

Je recherche aussi les mouvements de dissociation entre la maman et son bébé pour la mobilité spatiale que cela va redonner au bébé : « *Ça fait comme deux mouvements contraires, il y a la colonne qui recule avec le bébé et vous vous enroulez autour, en allant presque vers l'avant, du coup votre tête se rapproche du bébé, comme si vous vouliez regarder le bébé.* » (D, 1 271-273)

4.2.7. Evolutivité

J'observe pendant la séance comment l'ensemble des paramètres de mouvement interne décrits précédemment évoluent et attestent du processus en cours.

Cependant, tout comme l'item du rythme, l'évolutivité témoigne d'un degré supplémentaire dans le processus de changement d'état interne et d'une réelle propension du corps à retrouver une dynamique physiologique globale.

- **Fluidité du geste**

La fluidité du geste se révèle de différentes manières pour le thérapeute. Chez Lucile je vais percevoir un état de relâchement généralisé qui se traduit de la manière suivante : « *Rassemblement, le point d'appui réagit, les deux mains s'éloignent. Relâchez bien, laissez venir avec mes mains, la colonne s'arrondit. Et là, la colonne se creuse. Ça recule et ça s'arrondit. Je prends l'aile iliaque. L'aile iliaque s'ouvre, s'écarte, retour, rotation interne de l'aile iliaque.* » (l s, l 296-299). Cet état contraste avec le début de la séance où j'avais une sensation de bloc, de fixité.

Chez Dorothée et Anouk, la fluidité du geste se voit dans la souplesse et la mobilité articulaire qui devient relâchée et non contrôlée. « *Dans votre bassin continuez le mouvement, parfait ; il y a une fluidité, une amplitude gestuelle. C'est comme si vous berciez le bébé avec vos mouvements du bassin mais de manière harmonieuse* » (D, l 356-360). Le corps retrouve alors une mobilité naturelle dont la patiente témoigne en fin de séance lorsqu'elle parle des effets de la séance.

- **Pulsologie**

Je considère les manifestations vasculaires comme un excellent indicateur de la dynamique interne et notamment chez la femme enceinte parce que le système vasculaire est extrêmement sollicité et donc fragilisé.

Chez les trois participantes cet item est présent à plusieurs moments dans la séance à des degrés divers. Chez Lucile les indications de pulsologie sont locales : « *artère fémorale* » (L s, l 266-267), tandis que chez Anouk et Dorothée la pulsologie apparaît beaucoup plus généreuse, « *la chaleur s'installe entre mes mains* » (A s, l 187), « *beaucoup de chaleur se dégage, ça pulse dans l'ensemble du corps* » (D, l 174-175). Dans les trois cas, il s'agit d'une pulsologie qui apparaît spontanément sous mes mains, je ne fais pas dans ces cas précis un travail vasculaire direct.

- **Luminosité**

La luminosité est en fait la perception visuelle d'une clarté par le thérapeute, parfois par le patient lui-même. Elle traduit un changement de densité de la matière du corps que je retrouve chez Lucile uniquement : « *Je glisse et je pousse, ça (son aile iliaque) devient plus lumineux, ma main antérieure commence à me donner des orientations vers le haut* » (L s, 1 264-266), l'inertie de fond qui l'habitait en début de séance, se dilue vers la fin de la séance. Ce paramètre n'est jamais isolé et est le fruit de l'ensemble du travail précédemment décrit.

La main du thérapeute est capable de lire plusieurs informations en même temps et de les analyser en temps réel.

Je retrouve l'ensemble des paramètres du mouvement interne chez les trois participantes, avec cependant des disparités individuelles qui sont l'expression des singularités de chacune.

J'ai une lecture en temps réel de la dynamique tissulaire interne de la personne (à travers l'analyse du psychotonus), pas seulement du symptôme, mais du processus évolutif au cours de la séance au contact du mouvement interne.

Je peux évaluer l'impact de mon intervention manuelle sur les différentes structures anatomiques et physiologiques grâce à la précision des informations perceptives recueillies, sur lesquelles je peux m'appuyer en tant que référentiel/grille de lecture pendant le traitement.

4.3. BRS/mouvement linéaire/BMS/mouvement libre

Il est essentiel de prolonger l'action de libération des paramètres du mouvement interne précédemment décrits, chez la femme enceinte, par un travail sur les différents schèmes d'organisation du mouvement interne. Plus on s'approche de la fin de la grossesse, plus l'organisation du mouvement est à restaurer parce que la biomécanique lombo-pelvienne s'est modifiée, l'aisance gestuelle diminue et le schéma corporel s'est transformé.

4.3.1. Biorythme sensoriel (BRS)

L'organisation du mouvement interne sur le mode du biorythme sensoriel devient perceptible sous mes mains lorsqu'une cohérence de l'ensemble du corps commence à se reconstruire. Le BRS se manifeste par un ensemble de mouvements globaux autour du schème de convergence-divergence, association d'un mouvement linéaire avec lequel se coordonne un mouvement circulaire, qui mobilise le tronc : « *Vous vous enrroulez autour de l'enfant. Ça fait comme deux mouvements contraires, il y a la colonne qui recule avec le bébé et vous vous enrroulez autour, en allant presque vers l'avant, du coup votre tête se rapproche*

du bébé, comme si vous vouliez regarder le bébé » (D, l 271-273), puis associe les membres inférieurs : « Alors on va mettre un peu les jambes, les jambes se rapprochent tranquillement comme cela ça ouvre les sacro-iliaques en arrière. Votre bassin recule le plus possible, votre bassin guide le bébé dans le ventre, le pubis remonte, le sacrum descend, tout ça pour guider le bébé. » (D, l 279-281)

On retrouve la présence du BRS chez les trois participantes, que ce soit avec l'approche manuelle ou gestuelle.

4.3.2. Mouvement linéaire (ML)

Je repère les mouvements internes qui s'organisent spontanément autour d'un ou plusieurs mouvements linéaires. Ils ont un fort impact sur la dynamique structurelle dans le sens où ils restaurent une cohérence au sein des différents éléments anatomiques. Il est important d'aller mobiliser ces mouvements linéaires chez la femme enceinte ou chez le bébé in utéro, car ils favorisent alors les conditions tissulaires d'une cohérence entre la maman et le bébé dans son bassin en permettant le centrage du bébé dans la cavité abdomino-pelvienne. De nombreuses problématiques ALP sont dues à des incohérences des mouvements linéaires générant des crispations tissulaires et des blocages articulaires. Ainsi chez Lucile je repère les moments où le bébé se recentre dans la cavité pelvienne : *« Plusieurs points d'appui seront nécessaires dans le sens de la transversalité qui va progressivement gagner en amplitude, puis j'ai accès à une nouvelle orientation dans le sens haut-bas que j'accompagne. » (L ds, l 59-62)*

4.3.3. Biomécanique sensorielle (BMS)

La précision du toucher manuel me permet d'avoir un impact direct sur le micro-jeu articulaire notamment au niveau de la région lombo-pelvienne presque toujours en restriction de mobilité chez la femme enceinte malgré l'imprégnation hormonale liée à la grossesse. Plus la problématique ALP est aiguë, plus je vais avoir une action ciblée sur les éléments articulaires comme je le fais chez Lucile : *« Je reprends une prise sacrum-lombaire et je mobilise les lombaires en fonction des informations que me donne le corps. » (L s, l 307-308)*

J'observe aussi dans un travail plus global si mon acte thérapeutique a un impact sur le micro-jeu articulaire de manière indirecte : *« Quand l'iliaque vient en convergence et en rotation interne ça ouvre tout l'espace postérieur au niveau du sacrum et du coccyx. Retour avec rotation externe. Je sens que ça mobilise la structure du bassin [...]. » (A s, l 222-224)*

4.3.4. Mouvement libre

Lorsque l'organisation du mouvement interne se perçoit sous la forme d'un mouvement « libre », elle signe une mobilité locale retrouvée dans tous les plans de l'espace et de fait une plus grande capacité d'adaptation somato-psychique. Ce mouvement libre n'est présent que localement chez Anouk dans un travail au niveau de la région pelvienne : *« J'accompagne le mouvement libre de l'aile iliaque par rapport aux lombaires, pour que la patiente sente que c'est mobile dans son corps et qu'il y a un nouvel espace de liberté de mouvement qui se gagne, qui se retrouve. Ouverture du flanc gauche, descente de l'aile iliaque, rotation interne. Et du coup c'est plus équilibré entre les deux côtés, puis mouvement de base haut-bas. »* (A s, 1 241-245).

Chez Dorothée nous explorons le mouvement libre dans les différents plans de l'espace dans un travail gestuel global avec la particularité que la dynamique se fait ici à partir de celle du bébé : *« Il (le bébé) aime bien les rotations et maintenant c'est lui qui fait une rotation à gauche. Inclinaison gauche, il repart à gauche et en avant. Là vous vous penchez en avant en emmenant le bébé. Votre mouvement change, ce n'est plus vous qui faites, vous vous laissez emmener par une force qui vient plutôt du ventre. »* (D, 1 321-324)

La perception manuelle discrimine, en temps réel chez les trois participantes, les différents niveaux d'organisation du mouvement interne. Ceci permet d'évaluer avec précision la portée de l'intervention thérapeutique sur les différents éléments anatomiques, le micro-jeu articulaire et l'organisation gestuelle du mouvement majeur.

4.4. Dynamique maman-bébé

De la même manière que je perçois, comme nous venons de le voir, un certain nombre d'informations en rapport avec la dynamique interne dans le corps de la patiente, je peux tout aussi bien percevoir celle du bébé, ou bien l'interaction entre la dynamique de la maman et celle du bébé.

Je tiens à préciser que la thérapie manuelle, qui prend en compte ou qui tend vers la libération des différents paramètres et schèmes d'organisation du mouvement interne perçus sous les mains, est avant tout respectueuse de la physiologie du corps et qu'à aucun moment elle ne peut être considérée comme intrusive.

Nous noterons que la perception de la dynamique du bébé, telle que je la détaille ici, à partir des verbatim de Dorothée et d'Anouk, est le fruit d'un accompagnement en fasciathérapie qui s'est déroulé sur plusieurs séances.

4.4.1. De la maman vers le bébé

Au cours de la séance de fasciathérapie, la dynamique du bébé se dévoile progressivement et la perception que j'en ai va de pair avec les changements qui s'opèrent dans le corps de la maman. L'état tensionnel de la maman qui se modifie pour faire place à un état de relâchement me permet alors de percevoir la dynamique générale dans laquelle le bébé peut prendre sa place.

Je constate qu'au cours de la séance avec Lucile, dont l'ensemble lombo-pelvien est bloqué et douloureux, l'interaction avec le bébé est presque inexistante. Les mouvements que je perçois de son bébé sont des mouvements physiques qui ne sont pas en rapport avec sa dynamique interne : « *Ainsi, je pose mon attention sur différents paramètres ; [...] les réactions du bébé qui lui aussi commence à bouger sous mes mains alors que jusqu'à présent il était immobile.* » (L ds, l 67-69)

Chez Anouk, l'interaction avec le bébé est assez pauvre, je perçois en début de séance sa présence. Le bébé peut interagir avec les différentes sollicitations en lien avec le mouvement interne de la maman : « *Je commence à avoir l'intérieur du ventre qui se mobilise au point d'appui, ça commence à travailler dans le bébé, qui commence à être concerné par ce travail. Je le perçois sous forme d'une épaisseur, un volume épais concerné par ce travail et qui est délimité à l'utérus.* » (A s, l 123-126).

En revanche chez Dorothée l'interaction est extrêmement riche et se décline de multiples manières. Nous assistons à une évolutivité dans la relation qui se construit avec le bébé. Le bébé réagit aux différentes sollicitations proposées, « *Et là je sens le bébé qui devient présent, une chaleur dans le ventre, une présence.* » (D, l 231-232). Il participe ensuite à la dynamique commune et accompagne les mouvements de la maman, « *[...] vous laissez la colonne s'enrouler et le bébé reculer* » (D, l 268-269). L'exploration de la mobilité articulaire lombo-pelvienne redonne de la place au bébé : « *[...] ; laissez la colonne reculer encore, s'arrondir, puis dans le recul sentez que vous autorisez le bébé à glisser en arrière.* » (D, l 242-243). Progressivement les mouvements du bassin peuvent mobiliser le bébé dans les différents plans de l'espace : « *On déroule, on étire quelque chose dedans, c'est comme si votre colonne emmène le bébé vers l'avant et vers le haut, surtout vers l'avant* » (D, l 252-253). Pour finir, Dorothée peut sentir qu'elle "s'enroule" autour de son bébé, « *Vous vous enroulez autour de l'enfant. Ça fait comme deux mouvements contraires, il y a la colonne qui recule avec le bébé et vous vous enroulez autour, en allant presque vers l'avant, du coup votre tête se rapproche du bébé, comme si vous vouliez regarder le bébé.* » (D, l 271-273) Puis elle se "démoule" de son bébé : « *Voilà, vous vous grandissez avec rotation à droite, la*

tête, les épaules vont tourner à droite, la colonne se grandit et vous vous démoulez du bébé, vous lui laissez de la place, il vit sa vie. » (D, 1 290-292)

Lorsque le bébé interagit pendant la séance, les informations que je perçois sont alors de la même nature que les informations que je perçois chez la maman et se donnent sur la base du même référentiel de lecture que celui de la physiologie du mouvement interne.

4.4.2. Du bébé à la maman

L'acte attentionnel peut être posé électivement sur la dynamique du bébé puis sur la dynamique entre le bébé et sa maman.

- **Le bébé**

Je peux faire une lecture très précise de l'état de tension ou de relâchement du bébé au début de la séance, comme c'est le cas chez Dorothée et Lucile : « *Je sens le bébé très ramassé sur lui-même* » (D, 1 165), ainsi qu'une lecture des différents paramètres du mouvement interne du bébé disponibles : « *Maintenant on va faire un mouvement libre à partir du bébé. Le bébé fait son mouvement et vous vous adaptez à lui. [...] Il descend en bas et à droite dans la fosse iliaque pendant que vous vous laissez faire dans votre colonne.* » (D, 1 317-320), ou encore une lecture de l'organisation spatiale des mouvements du bébé : « *je sens que le bébé n'est pas organisé autour d'un axe haut-bas ou avant-arrière mais plutôt autour d'un axe oblique, c'est peut-être pour cela qu'il est en siège ?* » (D, 1 238-240)

- **Du bébé à la maman**

En suivant une progression, la maman s'éveille à la perception de la dynamique propre de son bébé, comme c'est le cas avec Dorothée. Elle peut alors commencer à accompagner certains paramètres de la dynamique interne du bébé, et se familiariser avec cette nature de perception : « *Votre mouvement change, ce n'est plus vous qui faites, vous vous laissez emmener par une force qui vient plutôt du ventre.* » (D, 1 323-324) Cette nature de perception surprend toujours la maman parce que cela vient changer la représentation commune, habituelle, que les mamans ont d'un bébé plus ou moins passif.

- **Non prédominance maman-bébé**

En dernier lieu, la maman découvre et fait l'apprentissage d'un état de *non prédominance* (d'équilibre) entre elle et son bébé, c'est-à-dire qu'il y a un dialogue tonique et une réciprocité entre la maman et son bébé. Dorothée et Anouk en font l'expérience : « *Il*

*appuie et ça vous permet d'enrouler la colonne. C'est synchrone, c'est comme un volume, votre colonne est capable de reculer à la mesure des mouvements du bébé. Ce n'est plus un blocage. C'est un ensemble. » (D, 1 352-354) La maman découvre une attitude de *neutralité active* (elle perçoit et bouge en même temps).*

Le principe d'évolutivité existe aussi au niveau de l'interaction maman/bébé. Il s'agit de dynamiques qui se présentent spontanément et que je ne cherche pas à créer.

Plus la maman perçoit sa propre intériorité plus elle sera à même de percevoir la dynamique réciproque entre elle et son enfant.

Le guidage verbal, que j'utilise pendant la séance pour orienter l'attention des participantes sur les paramètres de la dynamique interne, permet à l'une d'elle d'accéder à toute la richesse sensorielle de la relation maman/bébé.

L'interaction maman/bébé est une donnée importante parce qu'elle participe à soulager des tensions lombo-pelviennes qui pourraient être l'expression d'un trouble de la dynamique maman/bébé avec pour conséquence des troubles posturaux-cinétiques ou biomécaniques.

L'interaction maman/bébé participe aussi largement à préparer la maman à la physiologie de la naissance dans le sens où la maman comprend, parce qu'elle l'a vécu, qu'elle peut s'appuyer sur cette dynamique commune au moment de l'accouchement. L'acte de naître prend sens pour la maman puisqu'il devient alors un temps actif pour elle et son bébé.

Chapitre 9 : Analyse et interprétation des actes pratiqués

Comme nous l'avons vu dans la partie méthodologique, les catégories classificatoires qui m'ont semblé les plus pertinentes pour rendre compte des actes que je pratique au cours d'une séance de fasciathérapie chez les femmes enceintes présentant des problématiques ALP sont d'une part la posture du praticien et d'autre part les gestes techniques, qu'ils soient d'ordre manuel, gestuel, ou verbal (Tableau n°3). Ainsi ai-je tenté de dégager, des données recueillies, les éléments du verbatim les plus caractéristiques des enjeux de chacune de ces catégories (Tableau n°3 appliqué à chaque participante : tableaux n°3a, 3b, 3c). Dans cette partie d'analyse, nous allons dérouler le sens de chacun de ces choix.

1. La posture du praticien

J'utilise ici le terme *posture* en tant qu'attitude, ou plus précisément *ensemble d'attitudes* thérapeutiques et pédagogiques, inhérentes à ma pratique fasciathérapique. Je m'aperçois après plusieurs lectures du corpus que les données concernant ma posture professionnelle sont pauvres. Je pense que cela vient du fait que je n'ai pas anticipé dans mes catégories a priori, et donc dans la trame intentionnelle qui a constitué pour moi l'équivalent d'un guide d'entretien, cette donnée de la posture. Je n'ai donc pas pensé à l'observer et à la décrire en temps réel. Or elle m'est apparue au final comme un acte majeur et constitutif de la fasciathérapie. Du fait de la pauvreté des données explicites, il va me falloir dérouler dans cette phase d'analyse, peut-être encore davantage qu'ailleurs, ce que les extraits contiennent de savoir-faire implicites sur cette question de la posture.

Je fais le choix ici de ne pas rendre compte de l'ensemble des items caractéristiques de la posture du fasciathérapeute mais bien de ne retenir que ceux qui me semblent mettre en relief l'attitude spécifique du praticien dans le cas particulier de l'accompagnement de la femme enceinte.

Je me suis rendue compte que, dans ce contexte, ma posture de fasciathérapeute consistait principalement en *une attitude d'écoute de la dynamique interne* du corps de la personne (au moyen d'un contact manuel). Ecouter cette dynamique interne constitue en fait à mobiliser mon attention vers les deux axes spécifiques à cette clinique. Ainsi, ai-je relevé

deux orientations prioritaires de cette mobilisation attentionnelle : la dynamique abdomino-lombo-pelvienne et le processus de la grossesse.

1.1. Mobilisation attentionnelle envers les problématiques ALP

Nous allons distinguer ici ce qui relève de la posture dans le cadre de la thérapie manuelle et dans celui de la thérapie gestuelle.

1.1.1. Pendant la thérapie manuelle

J'observe comment réagissent, au contact de mes sollicitations manuelles (suivi dynamique et points d'appui), les différentes zones situées dans la région abdomino-lombo-pelvienne, soit directement sous mes mains, soit à distance vers l'étendue ou vers la profondeur. Ainsi, je laisse venir sous mes mains les informations qui me renseignent sur la structure corporelle, ce qui me permet de faire une lecture de l'état tensionnel, crispation ou blocage des différents éléments, qu'il faudra libérer.

Chez Lucile : « *Mon attention est à l'affût des moindres indices de changement d'état (de fixe, rigide, tendu vers mobilité, souplesse, relâchement), de gain en amplitude, en orientation, en étendue, la notion de rythmicité tissulaire.* » (L ds, l 63-65) car Lucile se dit épuisée et en situation de mal-être et se plaint de sa région pelvienne droite, ce qui se confirme sous mes mains « *Rapidement je me déplace vers son bassin et pose mes mains sur son aile iliaque droite (côté douloureux). Et là je sens tout son corps complètement bloqué, sous mes mains tout est tendu, dur, fixe, rigide. Le contraste est saisissant par rapport à son état de globalité et de vitalité de la fin de notre précédente rencontre. Je suis très surprise de son état de tension interne et cela illustre le tableau clinique.* » (L ds, l 34-38). L'évolution au cours de la séance me permet de percevoir sous mes mains la transformation de l'état de tension de son bassin sous la forme d'un état de mobilité retrouvé : « *Je prends l'aile iliaque. L'aile iliaque s'ouvre, s'écarte, retour, rotation interne de l'aile iliaque.* » (L s, l 298-299). Cette qualité d'écoute manuelle me permet de faire un bilan des éléments en restriction de mobilité ou bloqués et que Lucile ne peut pas elle-même décrire au moment de l'anamnèse. De même, en fin de séance j'ai accès à la nouvelle reconfiguration tonique de la région abdomino-lombo-pelvienne, ce dont elle témoigne en fin de séance. Lorsque je lui demande le mouvement qui la soulage, elle me répond : « *quand ça s'ouvre* » (L s, l 302), et je lui demande ensuite ce que ça ouvre, elle me répond : « *toute la partie du ventre* » (L s, l 304). Ces informations qu'elle me donne sont précieuses pour moi car je peux faire le lien entre “c'est bloqué - j'ai mal” et “c'est mobile – ça ouvre toute la partie du ventre”.

Anouk se plaint de sa région lombaire : « *j'ai mal au dos. C'est plutôt musculaire, ce n'est pas la structure [...].* » (A s, l 16-19), et de la région pubienne : « *au niveau du pubis, [...]. Plus vers la superficie. [...].* » (A s, l 48). L'écoute manuelle me permet d'avoir un bilan beaucoup plus précis des zones de blocage et d'affiner les éléments anatomiques à libérer. Ainsi : « *Je vais faire une prise au niveau du coccyx et du sacrum, je sens que c'est tendu par là. Comme si le coccyx était tiré vers l'avant.* » (A s, l 189-190). Mon attention est orientée vers les différentes structures anatomiques de la région abdomino-lombo-pelvienne ainsi que vers le processus évolutif au cours de la séance. J'observe l'évolution de la reconfiguration de l'architecture tonique, de l'organisation tensionnelle ou bien de l'équilibre des différentes structures corporelles entre elles : « *Le coccyx recule, le sacrum s'antériorise, ça ouvre tout l'espace entre le sacrum-coccyx-pubis. Retour, le sacrum glisse en arrière et le coccyx vers l'avant. Retour. Je fais plusieurs allers-retours.* » (A s, l 196-198). Anouk me témoigne son ressenti qui vient confirmer ma perception : « *Ça va, ça donne de la place en bas et de la souplesse surtout. [...] Vraiment dans la structure, dans le centre du dos.* » (A s, l 200-202)

Cette posture du praticien, consistant à mobiliser son attention vers la dynamique corporelle interne perçue sous les mains, vient enrichir les informations données par la patiente pendant l'anamnèse et me révèle la topographie précise des zones de blocage.

Ainsi, chez Anouk, j'ai été amenée à travailler un territoire (sacrum-coccyx) dont elle ne se plaignait pas. Chez Lucile je peux mesurer sous mes mains l'importance du blocage pelvien qui pourrait expliquer sa souffrance.

1.1.2. Pendant la thérapie gestuelle

En thérapie gestuelle, la mobilisation attentionnelle se fait selon les mêmes critères d'observation et d'évolution que pendant la thérapie manuelle avec cependant des informations supplémentaires qui sont relatives au mouvement majeur. J'observe notamment le degré de mobilité de la région lombo-pelvienne ; chez Dorothée « *pour le moment c'est assez peu mobile, ça recule peu, tout comme dans la divergence il y a peu d'amplitude.* » (D, l 229-230). J'observe cette même restriction de mobilité chez Anouk, c'est pourquoi je lui dis « *on travaille la mobilité du bassin, n'ayez pas peur de laisser la colonne se creuser, d'accord ! Voilà. Vous voyez, ça fait du bien d'autoriser la colonne à se creuser, et on retrouve souvent ça chez les femmes enceintes, elles ont peur que la colonne se creuse de trop et donc elles rigidifient la colonne.* » (A s, l 281-284)

De même qu'en thérapie manuelle, j'ai accès au cours de la pratique aux modifications de la gestuelle en temps réel, notamment le gain d'amplitude qui se donne et la fluidité du geste. Je peux me permettre de demander à Anouk d'aller plus loin dans l'amplitude du mouvement parce que j'ai l'information perceptive qu'elle ne force pas dans son mouvement et donc qu'elle ne se fait pas mal, « *Doucement, pas trop vite, mouvement qui emmène de la profondeur. Je sens que ce mouvement vous fait du bien, donc en même temps il ne faut pas le brider, on est dans le sensoriel, ça ne pose vraiment pas de problème d'aller explorer l'antériorité, surtout que ça vous fait du bien. Ça ouvre au niveau du diaphragme, de la colonne, ça dégage tous les organes qui commencent à être comprimés entre la colonne et le bébé. Donc il y a vraiment besoin de ce temps d'ouverture.* » (A s, l 291-296)

La notion d'amplitude du mouvement est délicate chez la femme enceinte, notamment à l'approche du terme, mais aussi parce que la femme enceinte a tendance à se cambrer sous le poids du bébé en fin de grossesse. De nombreuses consignes lui sont données (par les professionnels de la périnatalité) pour qu'elle évite les mouvements de lordose. Chez Anouk comme chez Dorothée, les mouvements d'exploration de l'antériorité et de la postériorité, réalisés dans ces conditions précises, sont au contraire bénéfiques car ils assouplissent la région. Leurs témoignages respectifs vont d'ailleurs dans ce sens, Anouk nous parle de mobilité retrouvée : « *Là, retrouver la présence et la mobilité parce qu'il n'y avait plus de mobilité, c'est parce que cela s'était compensé. Donc ça c'était vraiment bien, retrouver du mouvement aussi en fin de compte, [...].* » (A s, l 316-320), alors que Dorothée évoque relâchement et souplesse, « *Je sens que les muscles sont moins...C'est tout léger en fait, tout est souple. Je sens que tout est détendu* ». (D, l 375-376)

Cette posture du praticien, consistant à mobiliser son attention vers la dynamique gestuelle abdomino-lombo-pelvienne – gestuelle majeure en lien avec la dynamique interne – me permet d'accompagner la femme enceinte dans toute l'amplitude gestuelle qui lui est nécessaire pour soulager sa problématique somatique, tout en respectant profondément sa physiologie articulaire.

1.2. Mobilisation attentionnelle envers le processus de la grossesse

1.2.1. Pendant la thérapie manuelle

Ici j'opère de la même façon que précédemment au niveau de la mobilisation attentionnelle à la différence près que j'observe ici prioritairement les modifications qui concernent la dynamique maman/bébé soit directement sous mes mains soit à distance selon

le positionnement de mes mains. J'observe la manière dont le bébé interagit, c'est-à-dire s'il devient participatif au cours de la séance. Ainsi chez Anouk, je perçois l'interaction avec le bébé de la manière suivante « *Je commence à avoir l'intérieur du ventre qui se mobilise au point d'appui, ça commence à travailler dans le bébé, qui commence à être concerné par ce travail. Je le perçois sous forme d'une épaisseur, un volume épais concerné par ce travail et qui est délimité à l'utérus.* » (A s, l 123-126). La perception s'affine au fil de la séance jusqu'à avoir des éléments de lecture très précis : « *Voilà et là il y a tout l'espace postérieur qui est de nouveau habité. Il y a de nouveau de la place pour le bébé, il peut à nouveau reculer vers la colonne.* » (A s, l 185-187). Je sais alors que le bébé occupe l'espace abdomino-pelvien de manière différente, ce dont témoigne Anouk à l'issue de la séance : « *Moi j'ai l'impression qu'au niveau de ventre ça tire forcément moins sur les ligaments, maintenant que le bébé est revenu en arrière.* » (A s, l 342-344)

Chez Dorothée, j'ai accès à des informations internes très riches dès le début de la séance : « *Au point d'appui je sens qu'un grand volume (qui concerne à la fois la maman et le bébé) se mobilise sous mes mains. Cette force entraîne une réorganisation des tensions au sein de la maman. Je sens que le bébé remonte vers les côtes et se dégage du bassin.* » (D, l 169-171). Ces informations témoignent d'une réorganisation tensionnelle globale qui concerne à la fois la maman et son bébé. En revanche chez Lucile l'interaction avec le bébé est très pauvre à cette séance.

Cette posture du praticien, consistant à mobiliser son attention vers la dynamique corporelle interne perçue sous les mains, me permet d'observer la manière dont le bébé interagit, c'est-à-dire devient participatif du processus psychotonique et de libération tensionnelle au cours de la séance, et habite l'espace abdomino-lombo-pelvien.

1.2.2. Pendant la thérapie gestuelle

Ici encore la mobilisation attentionnelle pendant l'acte thérapeutique révèle les interactions concernant le bébé. J'observe la manière dont le bébé interagit au cours du mouvement gestuel, notamment sa mobilisation active dans les trois plans de l'espace : « *Là, vous sentez le retour, il y a plus de place pour glisser. Vous pouvez commencer à absorber comme si dans les os il y avait de la place maintenant. Comme si le bébé était même loin en arrière. On n'avait pas du tout ça tout à l'heure.* » (D, l 303-305). Le cas de Dorothée, en fin de grossesse, est parlant et montre comment les informations sur lesquelles je pose mon

attention me permettent de guider verbalement la patiente vers une gestuelle prenant en compte à la fois son mouvement (dans ses différents paramètres) et celui de son bébé : « *Il appuie et ça vous permet d'enrouler la colonne. C'est synchrone, c'est comme un volume, votre colonne est capable de reculer à la mesure des mouvements du bébé. Ce n'est plus un blocage. C'est un ensemble.* » (D, 1 352-354)

Nous noterons que cette qualité de perception n'est pas du tout disponible dans le cas de Lucile, tandis qu'Anouk perçoit relativement bien l'interaction avec son bébé mais avec beaucoup moins de précisions que Dorothée. Nous pouvons peut-être attribuer ce constat au fait que Dorothée est en toute fin de grossesse tandis que Anouk et Lucile sont en milieu de grossesse.

L'information est contemporaine de l'action, mon attention est orientée vers la dynamique maman / bébé ou uniquement vers celle du bébé. Ainsi, je sais à quel moment et comment le bébé occupe l'espace dans la cavité abdomino-pelvienne, j'observe aussi la capacité d'accueil de la maman au sein de sa matière corporelle. Ces informations que je perçois deviennent alors potentiellement disponibles pour la maman qui peut également percevoir la présence ou la dynamique de son bébé.

Cette posture du praticien, consistant à mobiliser son attention vers la dynamique gestuelle abdomino-lombo-pelvienne – gestuelle majeure en lien avec la dynamique interne de la maman et du bébé – me permet d'observer le processus d'autonomisation progressive des structures corporelles (fascias, etc.) de la maman et du bébé, les unes par rapport aux autres (plans de glissement, dissociations), jusqu'à ce que le bébé puisse se mouvoir librement dans les trois plans de l'espace.

Au total :

Cette qualité de posture attentionnelle (tableau n°3, colonne 1) permet que s'opère une sorte de dialogue perceptivo-cognitif entre les différentes natures d'informations recrutées pendant les séances de fasciathérapie chez la femme enceinte présentant des problématiques abdomino-lombo-pelviennes, informations perceptives (tableau n°2, colonne 4) et informations cognitives (tableau n°2, colonnes 1, 2 et 3). L'ensemble de ces informations devient une connaissance à part entière sur laquelle je m'appuie en permanence pendant le traitement.

Cette posture (tableau n°3, colonne 1) permet également une interaction entre les informations perceptivo-cognitives (tableau n°2, colonnes 1, 2, 3 et 4) et les actes pratiqués (tableau n°3, colonne 2 et 3). Pendant que je maintiens un point d'appui manuel, par exemple, – *j'agis/je traite* –, mon attention observe les effets du point d'appui – *j'observe/j'écoute* – dans la région abdomino-lombo-pelvienne chez la femme enceinte. Ainsi dans ma pratique, je réalise de manière contemporaine les deux actions suivantes : je *perçois/écoute* et *j'agis/traité* en même temps. Nous retrouvons ici la posture de *neutralité active*⁵² conceptualisée par D. Bois, appliquée à la spécificité de notre terrain de recherche.

2. Les gestes techniques : actes manuels et gestuels

Dans cette partie, je vais décrire les principaux éléments techniques du geste que j'utilise dans la prise en charge des problématiques ALP chez la femme enceinte. Ainsi je n'aborderai pas tous les outils techniques majeurs de la fasciathérapie, soit parce qu'ils ne sont pas mes outils privilégiés dans ces situations cliniques, soit parce que j'ai fait le choix de les développer dans d'autres catégories classificatoires. Ainsi par exemple, les paramètres du mouvement interne ont été abordés sous l'angle des informations perceptives qu'ils délivrent (tableau n°2, colonne 4) et non sous l'angle des actes nécessaires pour les restaurer (point d'appui et suivi dynamique tissulaire).

Une des particularités chez la femme enceinte réside dans le fait que le bébé est lui aussi porteur de sa propre dynamique interne. Cette double dynamique interne vient parfois complexifier l'ensemble des informations perceptives qui se donnent sous les mains du thérapeute. Comment devons-nous prioriser l'action thérapeutique dans les problématiques ALP ?

2.1. Les différents types de toucher utilisés

Les touchers que je vais présenter ne sont pas spécifiques du cas particulier de la femme enceinte, mais j'ai observé en analysant mes données qu'ils font partie des principaux outils thérapeutiques qu'il faut savoir maîtriser. Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, la dynamique gravidique s'accompagne de modifications importantes de l'ensemble des structures somato-psychiques. Ces modifications ayant des répercussions sur l'ensemble des structures corporelles, elles nécessitent l'utilisation de certains touchers de

⁵² Neutralité active : Posture d'écoute qui consiste d'une part à accompagner les informations en rapport avec le mouvement interne et d'autre part à saisir dans l'instant les informations de façon à réguler le manuel en fonction des données perçues sous la main. (Bois, 2007a)

manière appropriée et guidée par une réflexion thérapeutique qui s'appuie sur les données informatives du tableau n°2 et la posture du praticien (tableau n°3, colonne 1) me permettant de réguler mon acte thérapeutique. C'est donc en mettant à jour les enjeux des différents touchers, pour la femme enceinte présentant des problématiques ALP, que je peux déployer leurs spécificités.

Je précise que la présentation faite ici des différents touchers ne suit pas la chronologie d'un traitement, puisqu'ils représentent différents niveaux ou objectifs de traitement pouvant d'ailleurs coexister.

Ces différents touchers sont utilisés aussi bien dans la pratique manuelle que gestuelle. Bien qu'ils ne soient pas souvent décrits dans les données concernant les séquences de thérapie gestuelle, ils y sont systématiquement présents de manière implicite car ils sont indissociables des prises manuelles de guidage.

2.1.1. Le toucher de relation et le toucher symptomatique

Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, ces deux natures de toucher constituent deux orientations thérapeutiques différentes, mais souvent associées, de la fasciathérapie. Nous tenterons de nous limiter ici à leur application spécifique au traitement de la femme enceinte.

La dimension du toucher symptomatique va s'exprimer essentiellement dans le choix des prises adaptées aux libérations abdomino-lombo-pelviennes que nous développerons ci-dessous (paragraphe 2.1.4).

La dimension du toucher de relation s'exprime, à la lecture du verbatim, essentiellement à travers *la pression de relation*⁵³, donnée qui me paraît primordiale chez la femme enceinte. En effet, l'élément clé qui va permettre de concerner la maman dans sa matière corporelle, tout en respectant le processus et le stade de la grossesse (T1, T2, T3), sera l'ajustement de la pression de relation. Sur les 9 mois que dure la grossesse, la structure corporelle sera extrêmement changeante et le thérapeute devra avoir une pression tantôt très douce et délicate, tantôt très appuyée pour libérer les densités osseuses par exemple : « [...] j'ai une pression assez appuyée pour solliciter l'intra osseux. » (L s, l 252-253). Par ailleurs, le thérapeute peut aussi avoir une pression de relation différente dans chaque main, comme c'est le cas à un moment donné avec Anouk : « *Ma main ventrale est très légère, pas besoin*

⁵³ La pression de relation correspond à un degré de pression manuelle particulier, adapté à la région anatomique en tension. Elle permet une mise en confiance du corps et de la personne. (Bois, 1990, p. 93)

de pression, c'est très doux. Par contre au niveau postérieur, j'ai un toucher osseux pour permettre à la colonne de se dé-densifier. » (A s, l 136-138)

Le toucher de relation et le toucher symptomatique sont deux dimensions complémentaires du geste fasciathérapique. S'ils sont souvent associés, le toucher symptomatique s'adresse en priorité à la problématique abdomino-lombo-pelvienne et le toucher de relation à la prise en compte de la mère et du bébé en tant que personnes. L'ajustement de la pression de relation va permettre d'adapter le toucher aux différents stades de la grossesse, il est garant d'un toucher respectueux à la fois de la maman, du bébé et de la dynamique interne.

2.1.2. Le toucher psychotonique

J'aborde ici le toucher psychotonique, notion classique et centrale du traitement en fasciathérapie, parce qu'il m'apparaît essentiel de travailler à partir du psychotonus chez la femme enceinte. Le psychotonus⁵⁴ est un indicateur interne du degré d'implication psycho-émotionnel de la personne pendant le traitement et de sa capacité d'adaptation aux événements. Ainsi, chez la femme enceinte, il lui permet de s'adapter aux remaniements somato-psychiques de la grossesse, dont certaines problématiques ALP peuvent justement être une expression somatique.

Dans mes données, les descriptions concernant le psychotonus sont très abondantes. Ainsi, je me rends compte que j'ai été très vigilante à la construction de réactions psychotoniques efficaces chez les trois participantes, de façon à ce que le psychotonus puisse être présent au sein de tous les gestes techniques manuels ou gestuels.

Ces processus de construction sont très singuliers.

- ***Construction et diffusion de la réaction psychotonique***

Chez Anouk, par exemple, je perçois que la réaction tonique commence à apparaître lorsque j'ai accès sous mes mains à « [...] un volume qui se mobilise, qui concerne la profondeur parce que j'ai un volume plus épais qui me donne accès à une consistance, qui grandit au fur et à mesure de la séance. » (A s, l 109-111) Ces sensations de volume et de

⁵⁴ Comme abordé dans le cadre théorique, le fasciathérapeute effectue la construction du psychotonus par l'intermédiaire de la technique du point d'appui et du suivi dynamique, et d'autres protocoles spécifiques.

consistance évolutifs sont pour moi des repères caractéristiques de la réaction psychotonique. Ma posture et mon geste technique me permettent de laisser évoluer cette réaction psychotonique à distance, dans d'autres structures anatomiques de la maman « *Ça vient chercher aussi un travail à distance au niveau de la fosse iliaque droite et de la jambe droite.* » (A s, l 116-117) ou même du bébé. En effet le bébé peut s'inviter lui-aussi dans ce travail de nature psychotonique alors même que mes mains ne sont pas posées sur lui : « *Je déplace mes mains au niveau du diaphragme. [...] [...] Je commence à avoir l'intérieur du ventre qui se mobilise au point d'appui, ça commence à travailler dans le bébé, qui commence à être concerné par ce travail. Je le perçois sous forme d'une épaisseur, un volume épais concerné par ce travail et qui est délimité à l'utérus.* » (A s, l 114-126)

Chez Dorothée, dès les premiers points d'appui, la réaction psychotonique est maximale : « *Au point d'appui je sens qu'un grand volume (qui concerne à la fois la maman et le bébé) se mobilise sous mes mains.* » (D, l 169-171). Grâce au maintien du point d'appui manuel, je crée les conditions, y compris pendant la pratique gestuelle, pour que la réaction tonique puisse se propager jusque dans le corps du bébé : « *Point d'appui dans lequel vous vous relâchez. Et là je sens le bébé qui devient présent, une chaleur dans le ventre, une présence. Un volume plein qui habite tout l'espace entre mes deux mains lombaire et ventrale.* » (D, l 231-233)

Chez Lucile, que je sais très fatiguée et en difficulté avec sa grossesse, je fais des points d'appui tout d'abord peu ambitieux pour déclencher la réaction psychotonique : « *Ça commence à travailler au point d'appui, on commence à avoir de la globalité. Ça devient plus léger, comme si quelque chose s'était allégé dans le corps.* » (L s, l 172-173) Je considère que ces modifications de la structure de sa matière, comme la légèreté et la globalité, sont des ébauches de réaction psychotonique.

- ***Réorganisation et travail à partir de la réaction psychotonique***

Chez Anouk, lors des phases de point d'appui et de suivi dynamique, je laisse diffuser la réaction psychotonique à l'ensemble du corps de la maman et du bébé, jusqu'à percevoir une réorganisation interne globale. Ainsi, bien que je travaille sur la structure osseuse de la maman, j'assiste à l'interaction du bébé de manière contemporaine, qui investit immédiatement l'espace qui se donne quand les structures ostéo-articulaires s'assouplissent et retrouvent leurs micromouvements : « *Retour, voilà et je sens que c'est bien la colonne qui recule, qui vient dans mes mains, vers l'arrière. Voilà et là il y a tout l'espace postérieur qui est de nouveau habité. Il y a de nouveau de la place pour le bébé, il peut à nouveau reculer*

vers la colonne. La chaleur s'installe entre mes deux mains, retour, petits rythmes, la colonne se creuse, le sacrum s'antériorise, retour. Il y a vraiment un gain d'amplitude. » (A s, l 184-189)

Chez Dorothée, j'accompagne la réaction psychotonique sous mes mains qui se donne sous la forme d'une résistance tonique et de nouvelles orientations de mouvements : *« Cette force entraîne une réorganisation des tensions au sein de la maman. Je sens que le bébé remonte vers les côtes et se dégage du bassin. » (D, l 169-171).* En fin de séance, nous observons qu'un état d'équilibre tonique s'installe entre la maman et son bébé, que j'appelle un état de « non-prédominance » : *« Il appuie et ça vous permet d'enrouler la colonne. C'est synchrone, c'est comme un volume, votre colonne est capable de reculer à la mesure des mouvements du bébé. Ce n'est plus un blocage. C'est un ensemble. » (D, l 352-354)*

Chez Lucile, bien que la réaction psychotonique lors de cette séance soit minime et qu'il n'y ait pas à proprement parler de diffusion psychotonique, je vais néanmoins utiliser cette ébauche de réaction dans le processus manuel de libération. Ainsi, j'organise la séance afin de restaurer les différents plans de glissement entre l'utérus et le bassin, tout en maintenant la résistance tonique entre mes mains : *« La main au niveau de l'utérus vient contre l'aile iliaque droite. Il y a des petits lâchers prise, je repars et j'emmène l'utérus vers la gauche. » (L s, l 259-260)* Je poursuis ce protocole jusqu'à ce que les structures (ici l'aile iliaque) s'assouplissent et se libèrent : *« [...], mes deux mains vont en dissociation, ma main postérieure glisse vers la droite, la main antérieure glisse vers la gauche. » (L s, l 261-262)* et permettent une reconfiguration de l'architecture tonique et une réorganisation de l'équilibre tensionnel entre Lucile et son bébé.

La construction du psychotonus, sur une ou plusieurs séances, est une étape essentielle et systématique de mon approche fasciathérapique des problématiques ALP de la femme enceinte. Je veille à ce que les sensations caractéristiques de la réaction psychotonique (volume, chaleur, consistance, épaisseur) et de sa diffusion au sein de l'ensemble des structures abdomino-lombo-pelviennes et même du bébé soient présentes.

La restauration de la réaction psychotonique chez la maman est un préalable qui révèle la chaîne lésionnelle responsable des problématiques ALP. L'utérus gravide et le bébé semblent faire partie de cette chaîne lésionnelle et adaptative. Je veille à ce que les libérations tissulaires (ostéo-articulaires, viscérales, etc.) de cette chaîne soient systématiquement effectuées par un toucher à la fois symptomatique et psychotonique, de façon à avoir un geste qui concerne la globalité du complexe abdomino-lombo-pelvien et ne soit pas purement mécanique.

Ce protocole thérapeutique permet la reconfiguration de l'architecture tonique et une réorganisation de l'équilibre tensionnel entre la maman et son bébé.

2.1.3. Les touchers spécifiques des structures anatomiques

Je développerai ici les touchers fasciathérapiques s'adressant spécifiquement à certaines structures anatomiques du corps. Parmi ces touchers, je choisirai d'aborder ceux qui sont le plus utiles au traitement des problématiques ALP de la femme enceinte.

- ***Le toucher périoste***

Ce toucher concerne l'enveloppe de l'os ou périoste. Il a donc un impact direct sur la structure ostéo-musculo-articulaire et permet d'agir sur la souplesse articulaire du bassin notamment. Ce système ostéo-musculo-articulaire peut commencer à se crispier très tôt dans la grossesse, et dès la fin du premier trimestre, alors même que le volume utérin est encore restreint et donc encore peu sollicité dans son organisation géographique. L'atteinte de ce système ostéo-musculo-articulaire pourrait apporter une explication à l'apparition de problématiques lombo-pelviennes très tôt dans la grossesse.

Le périoste réagit d'une manière particulière pendant la grossesse et, à la lecture de mes données, le toucher périoste me semble d'une importance capitale. Pourtant, chez Lucile, je ne décris pas ce toucher alors même que je l'ai utilisé tout au long de la séance, probablement parce que mon objectif chez cette patiente à cette séance était de prioriser mon action sur la relance du psychotonus. En revanche chez Dorothée, je l'ai très peu utilisé,

l'essentiel de la séance étant surtout centré sur l'interaction maman/bébé et sur le toucher psychotonique.

Chez Anouk, j'utilise le toucher périosté sur les côtes au niveau de la partie inférieure du thorax : « *Je déplace mes mains au niveau du diaphragme, une région qui est souvent tendue, avec un toucher périosté qui accroche le périoste et le volume du diaphragme.* » (A s, l 114-116). J'ajuste la pression manuelle de façon à avoir la sensation d'accrocher l'enveloppe de la structure osseuse mais aussi les muscles qui vont s'insérer sur cette structure osseuse.

Par le toucher périosté, et la continuité des fascias aponévrotiques et périostés, je peux tracter et concerner des structures situées à distance : « *Je vais faire une prise au niveau du coccyx et du sacrum, [...]. Avec cette prise je sens que j'ai accès aux ligaments sacro-pubiens, au col de l'utérus, à la partie inférieure de l'utérus.* » (A s, l 189-196). Le relâchement des crispations périostées restaure le micro-jeu articulaire et redonne ses capacités d'adaptation à la région.

Le toucher périosté est un toucher assez précis qui permet de libérer des tensions périostées et osseuses mais aussi musculaires et ligamentaires, aussi bien sous les mains qu'à distance (en étendue et en profondeur) par le biais de la continuité fasciale. Dans les problématiques ALP chez la femme enceinte, le toucher périosté est particulièrement indiqué pour la libération du cadre osseux thoracique inférieur et du bassin.

- ***Le toucher osseux***

Ce type de toucher, particulièrement intéressant chez la femme enceinte, n'est pas pour autant facilement accessible. Ce niveau de profondeur de toucher se construit sur plusieurs séances tout comme le psychotonus et contribue à apporter un degré de souplesse supplémentaire au cadre osseux.

Chez Lucile, les critères d'un plus grand degré de souplesse osseuse (moelleux, capacité d'absorption des contraintes) sont présents dans ma perception manuelle en fin de séance : « *Les points d'appui sont plus dynamiques et on commence à retrouver du moelleux. L'os commence à pouvoir absorber de nouveau.* » (L s, l 279-280)

Chez Anouk, le toucher osseux me permet de construire progressivement un niveau de profondeur au sein de la structure osseuse elle-même : « *Ça travaille assez peu au sein de l'os, il y a assez peu d'épaisseur, il y a un grand volume mais assez peu épais.* » (A s, l 183-184). Je prends le temps de laisser les structures osseuses se malléabiliser et offrir un espace

plus grand espace au bébé : « *Voilà et là il y a tout l'espace postérieur qui est de nouveau habité. Il y a de nouveau de la place pour le bébé, il peut à nouveau reculer vers la colonne. La chaleur s'installe entre mes deux mains, retour, petits rythmes, la colonne se creuse, le sacrum s'antériorise, retour.* » (A s, l 185-188).

Le toucher osseux permet de construire progressivement un niveau de profondeur et de malléabilité au sein de la structure osseuse elle-même. Dans les problématiques ALP chez la femme enceinte, ce toucher est particulièrement indiqué au niveau du cadre osseux du bassin et des lombaires.

La qualité de la souplesse de la structure osseuse elle-même agit sur l'environnement du bébé qui se développe non plus dans un écrin dur et rigide (du fait des tensions) mais dans un écrin souple et malléable. Ce degré de malléabilité osseuse permet une qualité d'accueil chez la maman de son bébé au sein d'elle-même, et réciproquement le bébé peut se déployer et offrir sa présence à sa maman.

- ***Le toucher vasculaire***

Là aussi, ce type de toucher vasculaire, ou pulsologie, s'avère particulièrement intéressant chez la femme enceinte. L'action vasculaire favorise la micro-circulation sanguine et donc les échanges. Elle permet d'installer un climat de détente et de relâchement profond.

Le toucher vasculaire est très présent dans l'ensemble de mes données. Il y apparaît cependant davantage sous la forme de la présence de la dynamique vasculaire que sous la forme de la description du toucher lui-même. Ainsi, les critères de chaleur et de pulsatilité sont-ils largement décrits dans les trois verbatim : « *Ma main inférieure remonte vers la fosse iliaque droite, c'est moins tendu, plus chaud, davantage pulsatile.* » (L s, l 272-273). Ici, chez Lucile, la libération de l'aile iliaque droite vient libérer l'artère fémorale, une chaleur se donne sous mes mains, et je perçois le pouls de l'artère fémorale qui s'amplifie.

Le toucher vasculaire est particulièrement adapté à l'abord manuel des problématiques ALP chez la femme enceinte. Je veille à ce que les critères de chaleur et de pulsatilité soient présents à un moment donné de la séance, attestant d'une libération vasculaire.

2.1.4. Les différentes prises

En fasciathérapie, les prises manuelles sont choisies pour être au service de l'ensemble des différents touchers. La précision de la prise va permettre de cibler l'action thérapeutique sur les structures anatomiques que le praticien veut concerner, tout en conservant à cette

action sa dimension qualitative. Ainsi, la prise manuelle reste au service de la qualité des différents touchers et ne se réduit pas à un geste purement mécanique.

Ma pratique ne se compose pas uniquement des seules prises présentées ci-après. J'utilise de nombreuses autres prises qui s'inscrivent alors dans une dynamique de soin générale et individualisée et dont les enchaînements de prises se font en lien avec la logique du traitement perçue sous mes mains.

2.1.4.1. La prise du diaphragme

Le diaphragme est la plupart du temps en restriction de mobilité chez la femme enceinte, un peu comme si elle avait peur de comprimer le bébé à chaque respiration. C'est aussi une région stratégique qui permet de solliciter la région intra-thoracique et abdominale par l'intermédiaire du fascia axial profond. Je rappelle que le fascia axial profond est extrêmement sollicité pendant toute la grossesse.

Chez Anouk comme chez Lucile, j'ai un temps de traitement qui s'intéresse au diaphragme. Ainsi, le travail du diaphragme chez Anouk nous ouvre toute une étendue géographique qui révèle des îlots tensionnels à distance de mes mains : « *Je déplace mes mains au niveau du diaphragme, une région qui est souvent tendue, avec un toucher périoste qui accroche le périoste et le volume du diaphragme. [...] Ça vient chercher aussi un travail à distance au niveau de la fosse iliaque droite et de la jambe droite. [...] J'ai accès au volume du diaphragme et des côtes. Ça met en travail l'intra-thoracique avec notamment le cœur et les poumons. [...] Je commence à avoir l'intérieur du ventre qui se mobilise au point d'appui, ça commence à travailler dans le bébé, qui commence à être concerné par ce travail. Je le perçois sous forme d'une épaisseur, un volume épais concerné par ce travail et qui est délimité à l'utérus. [...]. Ça vient chercher le fascia intra-thoracique.* » (A s, l 114-127)

La libération de la région du diaphragme permet de restaurer toute l'amplitude respiratoire chez la maman, d'avoir une action sur le fascia axial profond et de libérer l'aorte abdominale. Elle permet aussi au bébé d'occuper l'espace supérieur de la cavité abdomino-pelvienne.

2.1.4.2. Les prises de la région abdomino-lombo-pelvienne

Le choix des prises abdomino-lombo-pelviennes dans l'objectif du traitement des problématiques ALP est bien sûr une évidence que j'avais pu anticiper dans mes descriptions de pratiques. J'y distingue ici une dimension globale et une dimension plus analytique.

- ***Les prises globales***

Les prises globales relevées dans cette étude sont bien souvent composées d'une prise manuelle antérieure au niveau de la région abdominale et d'une prise manuelle postérieure au niveau de la région lombaire. La main antérieure s'adapte au volume abdominal plus ou moins conséquent selon le stade de la grossesse car la main est alors directement en lien avec l'utérus et donc avec le bébé. Il s'agit d'une prise que j'utilise en début, milieu ou en fin de traitement et quel que soit le stade de la grossesse. La main postérieure prend les vertèbres lombaires de manière très large et peut se déplacer le long de la colonne lombaire.

Comme je l'ai présenté précédemment, la posture de neutralité active en fasciathérapie, consiste à laisser venir des informations qui viennent soit de la maman soit du bébé, ou bien de leur interaction mutuelle. Cette prise globale est donc très intéressante parce qu'elle me donne accès à l'architecture psychotonique d'ensemble de la maman, à l'organisation tensionnelle entre la maman et son bébé, et aussi à la manière dont le bébé occupe l'espace dans la cavité abdomino-pelvienne. Cette prise présente des variantes que j'adapte selon le stade de la grossesse et la nature des touchers utilisés.

Par exemple chez Anouk les touchers périosté et osseux permettent de mettre davantage en travail le cadre osseux lombo-pelvien que de solliciter l'interaction maman bébé : « *Je déplace mes doigts sur les vertèbres les plus denses et j'appuie la paume de ma main ventrale sur le pubis, pour solliciter le cadre osseux. J'ajuste mes prises en fonction des zones denses.* » (A s, l 138-140) Tandis que chez Lucile, j'utilise cette prise globale dans un tout autre objectif, celui de retrouver des plans de glissement entre la maman et le bébé puisque dans ce cas précis la maman et le bébé sont bloqués l'un par rapport à l'autre et que chacun des deux acteurs a perdu sa dynamique propre: « *J'essaie de trouver une voie de passage en faisant des points d'appui entre le bébé et la maman. [...] Pour cela, je pose une main sur l'utérus et une main lombaire.* » (L ds, l 52-55)

- ***Les prises analytiques de la région abdomino-lombo-pelvienne***

Les prises relevées dans cette étude sont ici précises avec un impact ciblé sur les éléments anatomiques sous-jacents. Ces prises ne sont pas spécifiques de la prise en charge de la femme enceinte, elles sont largement utilisées en fasciathérapie. Ces prises sur le cadre osseux permettent d'avoir un impact direct sur les crispations tissulaires, tensions musculaires et sur le micro-jeu articulaire, ensemble de structures extrêmement sollicitées au cours de la grossesse.

Chez Lucile j'utilise de nombreuses prises pour libérer l'ensemble ostéo-articulaire du bassin de ses tensions car celui-ci est complètement bloqué. En revanche, chez Anouk dont la région lombo-pelvienne est nettement moins en restriction que chez Lucile, je libère la partie lombaire-sacrum-coccyx parce que le micro-jeu articulaire y est très limité. Ainsi, par exemple : « *je vais faire une prise au niveau du coccyx et du sacrum, [...]. Avec cette prise je sens que j'ai accès aux ligaments sacro-pubiens, au col de l'utérus, à la partie inférieure de l'utérus. Le coccyx recule, le sacrum s'antériorise, ça ouvre tout l'espace entre le sacrum-coccyx-pubis.* » (A s, l 189-197)

Nous voyons ici l'importance de faire un travail articulaire qui contribue à assouplir le cadre osseux, aider le pelvis à s'adapter à la croissance utérine ainsi qu'aux modifications posturales lombo-pelviennes. Ce travail bénéficie ensuite au bébé lui-même qui pourra alors occuper la cavité abdomino-pelvienne différemment.

Les prises globales de la région abdomino-lombo-pelvienne interrogent préférentiellement la dynamique maman/bébé en thérapie manuelle comme en thérapie gestuelle.

Les prises analytiques permettent de libérer le cadre osseux, notamment la structure ostéo-musculaire et le micro-jeu articulaire pour permettre à la région lombo-pelvienne de s'adapter à la croissance utérine et fœtale, de prendre en compte le fascia axial profond pour permettre aux éléments abdomino-pelviens de s'adapter eux aussi aux changements de leurs rapports anatomiques au niveau du pelvis.

2.2. Le biorythme sensoriel (BRS)

Le modèle du biorythme sensoriel utilisé en fasciathérapie correspond à l'organisation du mouvement interne selon les schèmes de mouvements de convergence-divergence et selon une rythmicité qui lui est spécifique. Le biorythme sensoriel porte une force d'auto-organisation spatio-temporelle des différentes structures anatomiques entre elles, garante chez la femme enceinte de l'équilibre abdomino-lombo-pelvien. La restauration du biorythme sensoriel m'apparaît essentielle parce que la croissance utérine et les modifications biomécaniques lombo-pelviennes vont perturber ou désorganiser cet équilibre. Cette désorganisation est elle-même source de tensions ou de douleurs chez la femme enceinte.

La synchronisation avec le biorythme sensoriel est une donnée très présente dans les trois verbatim, au niveau de la région abdomino-lombo-pelvienne que ce soit dans l'approche manuelle ou gestuelle.

Ainsi, chez Lucile, qui présente des douleurs très gênantes au niveau de la région iliaque droite sur un état de fatigue généralisée, j'obtiens des ébauches du biorythme sensoriel dans la région lombo-pelvienne en fin de séance seulement : « *L'aile iliaque s'ouvre, s'écarte, retour, rotation interne de l'aile iliaque.* » (L s, l 298-299) Dans mon geste thérapeutique j'applique une contrainte manuelle, douce et respectueuse, sur l'os iliaque, et j'attends aux points d'appui la resynchronisation avec le biorythme sensoriel de convergence-divergence.

Chez Anouk, je guide manuellement l'ensemble lombo-pelvien vers une resynchronisation avec le mouvement de convergence-divergence : « *Ici l'iliaque part d'emblée en rotation externe et en arrière. A l'issue du point d'appui, l'aile iliaque va en rotation interne, c'est plus résistant, je glisse et je pousse dans la direction de la rotation interne. Voilà retour en rotation externe. Le bassin s'ouvre.* » (A s, l 228-230). Ma pression manuelle me permet de pousser et guider les éléments anatomiques dans le sens de l'organisation dynamique autour de ces schèmes de mouvement. Je poursuis ensuite ce travail de resynchronisation avec le biorythme sensoriel en faisant explorer à la personne, en mouvement gestuel, les amplitudes articulaires au sein de cette forme gestuelle : « [...] *et laissez les jambes s'éloigner pour mobiliser les sacro-iliaques ; on travaille la mobilité du bassin, n'ayez pas peur de laisser la colonne se creuser, d'accord !* » (A s, l 278-282) Ici, je guide manuellement le sacrum, afin de libérer le micro-jeu articulaire des articulations sacro-iliaques en lien avec le schème de mouvement.

Je demande à Dorothée d'explorer le mouvement gestuel majeur en lien avec le biorythme sensoriel, je réalise un guidage manuel précis qui favorise la correction articulaire au sein du geste lui-même. J'associe ensuite le bébé en le guidant au sein du schème de convergence-divergence jusqu'à ce qu'il se resynchronise lui aussi dans cette dynamique : « *Et on laisse le bébé glisser avec. Là on va gagner en amplitude. Laissez l'amplitude vous emmener. Et là c'est comme si vous vous enrouliez autour de bébé. Il recule, il emmène votre colonne en arrière et vous vous enroulez autour de lui. Laissez votre sacrum se poser sur la chaise, les hanches glissent en arrière.* » (D, l 256-259) La resynchronisation maman/ bébé au sein du schème de mouvement de convergence-divergence dans le mouvement gestuel majeur permet la restauration d'un équilibre posturo-cinétique entre la maman et son bébé, harmonisant ainsi les chaînes tensionnelles globales que je perçois sous la forme d'un mouvement fluide et relâché.

Je veille à ce que chacun des éléments (iliaque, sacrum, lombaires) retrouve sa dynamique propre au sein du schème de mouvement de convergence-divergence, pour que l'ensemble lombo-pelvien retrouve une cohérence dynamique. Ainsi, la resynchronisation avec le biorythme sensoriel est d'abord loco-régionale.

Ensuite la phase de resynchronisation du mouvement gestuel majeur avec le biorythme sensoriel, se fait en deux temps. Dans un premier temps, je guide manuellement la maman dans l'effectuation de son geste au sein du schème de convergence-divergence. Dans un deuxième temps, je la guide dans l'effectuation du même geste pour qu'il prenne en compte la dynamique du bébé qui peut retrouver une dynamique spatio-temporelle en cohérence avec celle de sa maman. Ce travail me permet d'agir sur des problématiques ALP d'origine posturo-cinétiques.

L'approche gestuelle prolonge l'approche manuelle par un travail actif de la part de la patiente participant à un travail d'autonomisation et de préparation à la naissance au sein d'une cohérence physiologique.

Au total

L'ensemble des structures anatomiques (muscles, ligaments, périoste, intra-osseux, vasculaire, fascias, etc.) sont prises en compte à un moment donné ou à une autre de la séance par les différents touchers et les différentes prises anatomiques. Nous retrouvons ici le *modèle des trois mains*⁵⁵ développée par D. Bois en psychopédagogie perceptive appliquée à la spécificité de notre terrain de recherche.

Le système musculo-squelettique et fascia axial profond peuvent se réorganiser selon les besoins biomécaniques articulaires liés aux différents stades de la grossesse (prise de poids, changement du centre de gravité et modification de l'équilibre statique et dynamique) et selon les besoins de la géométrie interne liés à la croissance utérine et fœtale.

La resynchronisation avec le biorythme sensoriel prolonge et finalise dans une dynamique fonctionnelle les différents niveaux de libération effectués. Nous pouvons alors parler de complexe abdomino-lombo-pelvien en tant qu'unité fonctionnelle.

3. Guidage verbal

⁵⁵ Le modèle des trois mains décrit des habilités perceptives à saisir des informations manuelles selon trois niveaux différents : la main effectrice (toucher technique), la main percevante (toucher tonique), la main Sensible (toucher de relation psychotonique). (Courraud, 2009, p. 209)

3.1. Guidage descriptif orientant la patiente vers la perception de sa région abdomino-lombo-pelvienne et de sa libération

Le guidage verbal permet à la personne d'orienter son attention vers ce qui se modifie en elle. Je décris ce qui se déroule sous mes mains et cette description aide la maman à se construire une représentation de la région abdomino-lombo-pelvienne que bien souvent elle ne perçoit pas, d'autant plus que le schéma corporel se transforme lui aussi pendant la grossesse.

3.1.1. En thérapie manuelle

Je nomme les éléments anatomiques : « *Le coccyx recule, le sacrum s'antériorise, ça ouvre tout l'espace entre le sacrum-coccyx-pubis. Retour, le sacrum glisse en arrière et le coccyx vers l'avant* ». (A s, l 196-197)

Je décris préférentiellement ce qui va dans le sens de l'ouverture, de la divergence au niveau de la région lombo-pelvienne, du gain d'amplitude articulaire : « *Relâchez bien, laissez venir avec mes mains, la colonne s'arrondit. Et là, la colonne se creuse. Ça recule et ça s'arrondit. Je prends l'aile iliaque. L'aile iliaque s'ouvre, s'écarte, retour, rotation interne de l'aile iliaque.* » (L s, l 297-299). J'attire également l'attention de la maman sur son degré de relâchement.

3.1.2. En thérapie gestuelle

J'oriente l'attention de la maman vers la mobilité des mouvements de son bassin : « *Je sens que ce mouvement vous fait du bien, donc en même temps il ne faut pas le brider, on est dans le sensoriel, ça ne pose vraiment pas de problème d'aller explorer l'antériorité, surtout que ça vous fait du bien. Ça ouvre au niveau du diaphragme, de la colonne, ça dégage tous les organes qui commencent à être comprimés entre la colonne et le bébé. Donc il y a vraiment besoin de ce temps d'ouverture ; [...].* » (A s, l 291-296) ou alors j'oriente son attention vers les starters du mouvement, c'est-à-dire les zones de son corps qui semblent se mouvoir en premier : « *Retour, et là c'est le bassin qui commence à être starter du mouvement. Les omoplates se rapprochent et la colonne se redresse. Retour. Laissez bien les jambes se rapprocher comme cela ça ouvre l'espace postérieur au niveau des sacro-iliaques.* » (A s, l 299-302)

| |
|---|
| <p>Je décris ce que je perçois sous mes mains pour orienter l'attention de la personne vers certains changements qui s'opèrent dans sa région abdomino-lombo-pelvienne au cours de la séance.</p> |
|---|

Dans le guidage verbal, je privilégie cependant certains items qui sont, en thérapie manuelle, les paramètres de relâchement tensionnel, de souplesse et d'ouverture du bassin. En thérapie gestuelle je décris préférentiellement les paramètres d'amplitude du mouvement gestuel puis les starters du mouvement.

Ces différents paramètres construisent des repères qui seront utiles sur toute la fin de la grossesse parce que la maman a tendance à réduire ses amplitudes de mouvement, et la perception des starters prépare à une perception d'elle-même en lien avec la dynamique de l'expulsion au moment de l'accouchement.

3.2. Guidage descriptif orientant la patiente vers la perception en relation avec la présence ou la dynamique du bébé

Je décris en temps réel les moments et la nature des interactions entre la maman et son bébé quand les informations sont présentes sous mes mains. Ce mode descriptif vise à permettre à la maman d'enrichir la représentation qu'elle a construite de son enfant.

3.2.1. En thérapie manuelle

Chez Lucile, la dynamique spontanée du bébé est peu présente pendant cette séance, c'est-à-dire qu'il semble peu réagir aux sollicitations manuelles. Chez Anouk, je commente le gain de place pour le bébé lorsque ça se relâche dans son bassin : « *Voilà et là il y a tout l'espace postérieur qui est de nouveau habité. Il y a de nouveau de la place pour le bébé, il peut à nouveau reculer vers la colonne.* » (A s, 1 185-187). Chez Dorothee je décris comment le bébé occupe la cavité abdomino-pelvienne vers le haut : « *Je sens que le bébé remonte vers les côtes et se dégage du bassin.* » (D, 1 171)

Le mode de guidage verbal est très différent dans les trois cas de figure car je l'adapte aux situations (dynamiques relationnelles) et aux capacités perceptives de la mère.

3.2.2. En thérapie gestuelle

Je décris trois niveaux d'interaction entre la maman et son bébé parce que ceux-ci préparent la maman à la dynamique de l'accouchement.

Dans un premier temps je fais la description de la participation du bébé à la dynamique commune et son accompagnement des mouvements de la maman : « *Retour et là c'est votre bassin qui est moteur et vous vous éloignez du bébé, votre regard s'éloigne du bébé et vous laissez le bébé glisser et avancer. Votre bassin l'aide à trouver son axe, à le mobiliser, comme si vous mobilisiez le bébé. Les mouvements de votre bassin peuvent guider le bébé.* » (D, 1 274-277)

Dans un deuxième temps j'attire l'attention de la maman sur le fait que le bébé peut lui aussi initier le mouvement : « *Votre mouvement change, ce n'est plus vous qui faites, vous vous laissez emmener par une force qui vient plutôt du ventre. [...] Comme s'il repoussait les murs qu'il a autour de lui, les parois, les barrières.* » (D, 1 323-327)

Dans un troisième temps je décris l'état de non-prédominance entre les deux protagonistes qui devient disponible dans l'expérience du mouvement : « *Il appuie et ça vous permet d'enrouler la colonne. C'est synchrone, c'est comme un volume, votre colonne est capable de reculer à la mesure des mouvements du bébé. Ce n'est plus un blocage. C'est un ensemble.* » (D, 1 352-354)

La description verbale que je propose permet à Dorothée de mettre elle aussi des mots sur ce qu'elle a vécu pendant la séance, et notamment sur le lien qu'elle a construit avec son bébé : « *Là, je sens, je fais vraiment un lien avec mon bébé car avant je ne ressentais pas tout ça mais maintenant je sens vraiment ce qu'il veut, je n'ai pas les bons mots, comme avant j'ai senti qu'il va plus vers là que vers là.* » (D, 1 440-442)

Le guidage verbal porte exclusivement sur la description, la mise en relief de ce qui est présent dans le corps de la maman. C'est une forme d'entraînement attentionnel pour elle, et de fait la perception de la dynamique maman/bébé devient beaucoup plus riche en fin de grossesse chez les femmes qui font plusieurs séances de fasciathérapie.

Ce mode de guidage verbal descriptif est issu du modèle de la directivité informative⁵⁶ tel que décrit en psychopédagogie perceptive par D. Bois. Ce guidage est directif dans le sens où il offre à la femme enceinte des informations auxquelles elle pourrait ne pas avoir accès par elle-même (ou avec peu de précision), mais il n'est pas inductif au sens où il reste au plus près des phénomènes perceptifs observés.

⁵⁶ La directivité informative est un modèle de verbalisation qui vise la mise en sens de l'expérience subjective vécue en psychopédagogie perceptive (Bois, 2007 ; Bourhis, 2009 ; Rosenberg, 2007)

Chapitre 10 : Analyse dynamique

L'analyse et l'interprétation des tableaux n°2 et n°3 m'a permis de dégager et d'approfondir l'ensemble des éléments (connaissances et informations recrutées et actes pratiqués) qui composent ma pratique, puis de les organiser de manière à faire apparaître plusieurs modélisations de ma pratique. Mais au-delà de la mise à jour d'une architecture de ma pratique et de ses contenus, je peux déployer ici les différents mouvements qui s'opèrent entre l'ensemble des éléments analysés.

Je repère différents niveaux d'interaction entre ces éléments qui, parce qu'ils sont réalisés de manière contemporaine et multifocale, révèlent un processus qui se déroule sur un instantané de la séance. Ces niveaux d'interaction concernent à la fois la dynamique inter-tableaux, la dynamique intra-tableau par le dialogue des différentes colonnes entre elles, mais également la dynamique intra colonnes par le dialogue des différentes catégories et sous-catégories entre elles. Ainsi l'action fasciathérapique s'élabore-t-elle à partir d'un ensemble de données périphériques issues des catégories de perception et de cognition du tableau n°2. De même, la catégorie concernant les actes pratiqués (tableau n°3) va modifier puis enrichir par son action les contenus des catégories de perception et de cognition (tableau n°2). Ces dynamiques se traduisent pour le fasciathérapeute par des mouvements attentionnels et intentionnels qui font que action – intention – attention sont réalisées de manière conjointe et consciente au sein d'un même geste pour le thérapeute.

Il s'agit ici d'un premier niveau de dialogue entre les catégories de perception, de cognition et d'action. Ce dialogue inter-tableau et intra-tableau rejoint *le modèle de la modifiabilité perceptivo-cognitive* décrit par D. Bois en psychopédagogie perceptive qui avance que l'enrichissement perceptif participe à la transformation des représentations.

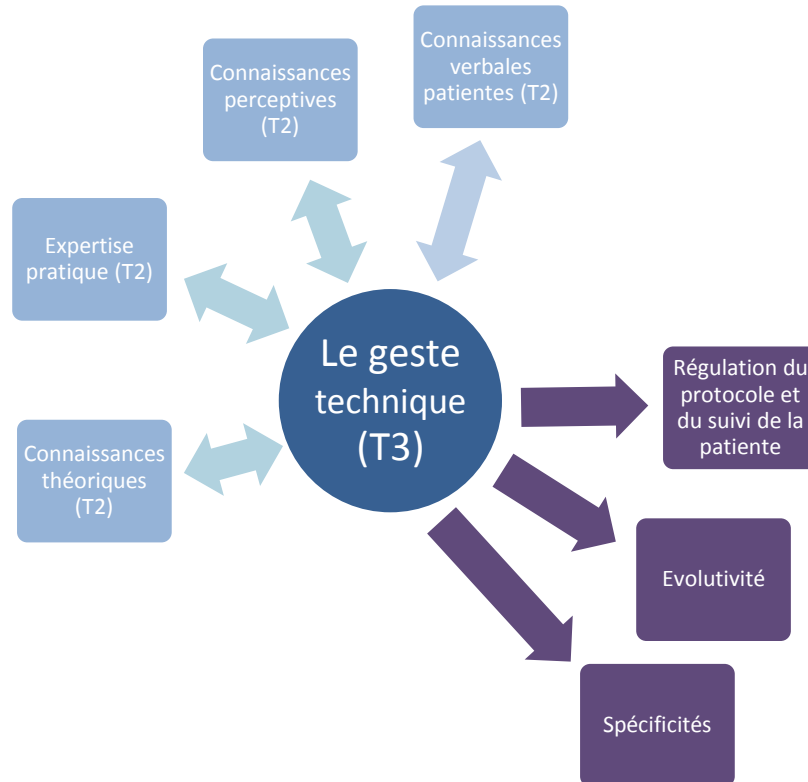
De même, cet enrichissement des représentations participe à son tour à la modulation de l'action thérapeutique en temps réel de l'action, c'est-à-dire que je vais pouvoir adapter le geste technique en fonction des informations que je perçois. Cet aspect de ma pratique correspond à la part « comportementale » du geste thérapeutique, c'est-à-dire d'action, qui fait que je peux réguler mon intervention thérapeutique au cours de la séance. Nous assistons finalement à *une dynamique perceptivo-cognitivo-comportementale* qui permet d'appliquer un geste juste, respectueux, adapté, ciblé et régulé en permanence. Ces interactions font partie de

principes de bases théoriques et pratiques de la fasciathérapie ; il me semble que cette recherche me permet de les confirmer et peut-être aussi de les prolonger.

Or, cette dynamique de régulation ne se déroule pas seulement sur un instantané de la séance mais s'applique à *l'ensemble* de la séance. Elle permet au fasciathérapeute d'adapter son geste thérapeutique au cours de la séance et *d'adapter aussi le protocole de suivi* de la patiente par les connaissances nouvelles (informations et renouvellement des représentations) que j'acquière de la personne. Cette « régulation du protocole et du suivi de la patiente » dans le temps peut être considérée comme une catégorie émergente, que je n'ai pas cherché à décrire a priori, mais qui se révèle dans l'analyse de ma dynamique processuelle. Ce résultat de recherche confirme également un autre principe de la pratique fasciathérapeutique.

Lorsque j'applique cette dynamique de régulation de ma pratique sur une patiente à *l'ensemble de mes patientes*, j'enrichis les connaissances que j'ai de ma pratique spécifique et donc de mon expertise. Ces connaissances nouvelles participent à la construction de mon expertise pratique et aussi de ma compétence dans ce domaine particulier. Cette dynamique qui concerne non plus une personne, mais un ensemble de personnes dans un champ particulier permet de faire évoluer ma pratique spécifique. Ainsi, le modèle de l'enrichissement perceptif, développé par Bois en psychopédagogie perceptive, appliqué à mon expertise de fasciathérapeute auprès des femmes enceintes présentant des problématiques ALP, permet de dégager une nouvelle catégorie émergente « d'évolutivité de la pratique spécifique » contribuant ainsi à avoir une pratique spécifique renouvelée.

Au départ de la recherche, les connaissances liées à mon expertise pratique (tableau n°2, colonne 3) correspondaient probablement à ce capital déjà accumulé par le modèle d'enrichissement de mon expérience, sans que je sache exactement et avec autant de précision comment je m'y prenais pour arriver à cette expertise que je nommais néanmoins déjà « expertise pratique ». Je suis consciente que la catégorie expertise pratique a ainsi pris du volume grâce à ce mémoire et participé à la modélisation d'une pratique fasciathérapeutique auprès de femmes enceintes présentant des problématiques abdomino-lombo-pelviennes.



19 - Interactions entre le geste technique et les informations et connaissances recrutées/catégories émergentes

Chapitre 11 : Conclusion et perspectives

Au terme de cette étude, qui visait à approfondir les éléments constitutifs de ma pratique de fasciathérapeute, en tentant de répondre à la question de recherche suivante : « *Quelles sont les différentes modalités de ma pratique de fasciathérapie auprès des femmes enceintes consultant pour des problématiques abdomino-lombo-pelviennes ?* », je peux d'une part reprendre ici certains résultats de recherche et d'autre part souligner des éléments de réflexion concernant ma dynamique de praticien-chercheur.

Retour sur les objectifs de recherche

J'ai pu aborder au cours de ce mémoire la diversité et la complexité des problématiques abdomino-lombo-pelviennes (ALP) de la femme enceinte. Je constate que les expressions et les situations cliniques sont très variées, et j'explique comment la fasciathérapie permet de s'adresser au *complexe abdomino-lombo-pelvien* de la femme enceinte en tant qu'unité fonctionnelle.

En répondant à mon premier objectif de recherche interrogeant les motifs de consultation en cabinet de fasciathérapie, l'analyse (consignée au chapitre 7) montre que les motifs de consultation initiaux concernent, dans 63% des cas étudiés, des problématiques ALP. Ces problématiques sont composées d'un ensemble de symptômes que j'ai répertoriés et auxquels s'ajoute bien souvent une problématique d'ordre générale.

La répartition du nombre de séances sur l'ensemble de la grossesse révèle un nombre moyen de quatre séances par femme enceinte. Cette moyenne augmente légèrement lorsque la future maman consulte sur l'ensemble de la grossesse, avec en moyenne deux à trois séances de fasciathérapie effectuées par trimestre.

Ces résultats montrent qu'il y a une forte demande de prise en charge symptomatique et qu'il faut prioriser le traitement sur l'efficacité thérapeutique notamment pour les femmes enceintes consultant en fin de grossesse. Les futures mamans consultant dès les premiers mois de grossesse ont en revanche une demande de prise en charge plus large qui s'oriente vers des

symptômes généraux ou bien vers une dimension d'accompagnement et de préparation à la naissance.

En ce sens, la fasciathérapie répond à certains objectifs fixés par les recommandations professionnelles de l'HAS qui préconisent un travail corporel visant notamment à prévenir ou soulager les douleurs lombo-pelviennes, à accompagner les changements liés à la grossesse, et à acquérir des techniques d'autonomisation.

En répondant à cet objectif de recherche j'ai pu mettre en relief une connaissance que j'avais de ce terrain particulier par une analyse rétrospective de ma patientèle. Cette connaissance contribue à construire un *savoir d'expérience* adapté aux exigences de ce type de population.

En lien avec le deuxième objectif de recherche évoqué, je me rends compte que *les informations et connaissances recrutées pendant une séance de fasciathérapie chez la femme enceinte*, ne sont pas totalement de l'ordre de la découverte puisque je m'appuie sur elles en permanence dans ma pratique professionnelle. Cependant, l'élaboration des catégories et sous-catégories à partir des données, m'a permis d'en affiner et épurer mais aussi déployer les contours et le contenu. En ce sens, on peut dire qu'il y a un véritable apport de connaissances nouvelles sur cette thématique bien spécifique. Les résultats qui se dégagent de cette partie de l'analyse révèlent avec une fine granularité de description des types d'information et de connaissance qui sont de véritables piliers sur lesquels j'adosse ma pratique de fasciathérapeute.

Les résultats de recherche se situent à deux niveaux. Le tableau n°2, avec ses catégories et sous-catégories, a priori ou émergentes, représente en lui-même un premier niveau de résultat. Il offre une sorte de structure, une architecture de modélisation des connaissances appliquées à ce terrain particulier. Ainsi il a pour vocation d'offrir des repères, et peut-être une vision panoramique d'un aspect de la prise en charge (l'aspect « prise d'informations »).

Le deuxième niveau de résultat est déployé tout au long du chapitre 8, au décours de l'analyse et de l'interprétation des données répertoriées dans les différents tableaux n°2 (a, b et c). Si l'essentiel des résultats présentés au sein de chaque sous-catégorie est résumé (et encadré) ou mis en relief, on peut considérer que certains éléments mêmes du détail de mon analyse et de la procédure thérapeutique peuvent offrir des connaissances sur l'arrière-scène de cette pratique et de sa logique. Ce deuxième ou même troisième niveau de résultat offrirait plutôt *le contenu de la modélisation de ma pratique*.

En répondant aux deux premiers objectifs de la recherche, il me semble avoir mis à jour de nouvelles connaissances, qui pourront elles-mêmes enrichir mes connaissances - celles que j'ai regroupées dans la catégorie « expertise professionnelle » (tableau n°2, colonne 3). J'ai pu identifier différents savoirs qui pourraient participer à ce qu'on nomme une « compétence professionnelle » spécialisée, composée des savoirs d'expériences, conceptuels, théoriques, ou bien de savoirs pratiques qui ensemble participent à la réalisation d'un geste spécialisé. L'analyse et l'interprétation de mes données m'ont permis de participer à délimiter ou définir un champ de compétences adapté à ce terrain, et qui pourrait servir à la fois la pratique de la professionnelle que je suis et celle de mes collègues fasciathérapeutes et kinésithérapeutes.

Les résultats de recherche en lien avec mon troisième objectif de recherche concernant la description des actes fasciathérapiques spécifiques, révèlent un ensemble d'actes (posture du praticien, geste technique et guidage verbal) qui participent à l'élaboration du geste thérapeutique adapté, ciblé sur les problématiques ALP. Au cours de l'analyse, j'ai décomposé l'ensemble des actes thérapeutiques que je pratiquais pour les observer dans ce qui m'apparaissait être spécifique de la femme enceinte. Or il s'avère que l'ensemble des actes que j'ai utilisés sont des actes fasciathérapiques que l'on pourrait qualifier de « généralistes » ou transversaux – au sens où ils pourraient être pratiqués dans d'autres situations cliniques – et qui sont appliqués ici à une situation particulière.

Ici encore, je distingue deux niveaux de résultats de recherche. Le tableau n°3, composé lui aussi de catégories et sous-catégories, a priori ou émergentes, représente en lui-même un premier niveau de résultat. Il offre *une architecture de modélisation des actes* fasciathérapiques pratiqués sur ce terrain, aussi bien en thérapie manuelle qu'en thérapie gestuelle. Il a pour but d'offrir des repères, et peut-être une vision panoramique du deuxième aspect majeur de la prise en charge (l'aspect « action thérapeutique »).

Le deuxième niveau de résultat est déployé tout au long du chapitre 9, au décours de l'analyse et de l'interprétation des données répertoriées dans les différents tableaux n°3 (a, b et c). L'essentiel des résultats présentés au sein de chaque sous-catégorie est résumé (et encadré) ou mis en relief.

On peut également considérer que certains détails de mon analyse et de la procédure thérapeutique peuvent en eux-mêmes révéler l'arrière-scène de cette pratique de fasciathérapie appliquée et de sa logique ; il s'agirait là d'un niveau supplémentaire de connaissance produite.

Les actes de fasciathérapie décrits dans cette étude deviennent des actes spécialisés des problématiques ALP de la femme enceinte, parce que je me suis attachée à décrire, pour chacun des actes catégorisés, les conditions particulières de « comment je m’y prends », non seulement pour ces trois séances avec ces trois participantes, mais en essayant à travers la singularité de pénétrer une dimension invariante de ma pratique. Ces résultats offrent donc une modélisation des gestes techniques spécialisés du fasciathérapeute appliqués aux problématiques ALP chez la femme enceinte.

L’ensemble de mon mouvement d’analyse ainsi que de mes interprétations dialogue avec mes connaissances théoriques. Ainsi bien évidemment, certains résultats croisent des aspects théoriques que j’avais anticipés et donc abordés dans le cadre théorique, en tant qu’ils sont systématiquement présents dans ma pratique de fasciathérapie auprès des femmes enceintes (comme le modèle de la voie de résonance d’un choc [Bois & Berger, 1990 ; Bois, 2006 ; Quéré, 2004, 2009] ou la biorythmie sensorielle de D. Bois [Courraud-Bourhis, 2005]). J’ai pu observer par ailleurs dans cette étude que je m’appuie également sur les modèles de la neutralité active du thérapeute (Bois & Austry, 2009), de la réciprocité actuante (quant à ma posture), (Bois & Austry, 2007), et de la directivité informative (pour mon guidage verbal), (Bois, 2007 ; Bourhis, 2009 ; Rosenberg, 2007), concepts clés de la psychopédagogie perceptive élaborés par D. Bois. Ces allers-retours théorico-pratiques permettent d’optimiser, la prise en charge de la femme enceinte et de ses difficultés d’adaptation à la grossesse.

L’analyse dynamique des tableaux n°2 et n°3 (décrite dans le chapitre 10) consiste en un mouvement d’analyse transversale qui cherche à faire dialoguer entre eux les résultats des tableaux n°2 et n°3. Cependant, lorsqu’on s’attelle à suivre cette dynamique, on s’aperçoit qu’il ne s’agit pas juste d’un croisement d’informations entre les tableaux n°2 et 3 pris dans leur ensemble, mais bien d’un dialogue entre chacune des colonnes - et même des sous-catégories – de l’un des tableaux, avec chacune des colonnes/sous-catégories de l’autre (dynamique inter-tableaux). On peut observer également des dialogues entre deux sous-catégories d’un même tableau ou d’une même colonne (dynamique intra-tableau).

Cette multiplicité de niveaux d’informations perceptives, cognitives et comportementales, à la fois combinés ensemble et bien distincts les uns des autres, ne constitue pas a priori une surprise en ce qui concerne la pratique de la fasciathérapie. Ces mouvements intentionnels et attentionnels, pluriels et complémentaires, pouvant être pratiqués et conscientisés en temps réel de l’action par le fasciathérapeute, ont bien été décrits par Bois,

dans le modèle de la modifiabilité perceptivo-cognitive et la notion d'immédiateté notamment.

Cependant, je considère qu'il s'agit d'une production de connaissance au sens où il y a ici mise en évidence de cette dynamique à l'issue d'une analyse qualitative et d'une interprétation herméneutique. De plus, ce mouvement s'inscrit dans une pratique spécifiée, celle de l'abord des problématiques ALP chez la femme enceinte, et donc les résultats concernent ici ce cadre particulier (et non l'ensemble des pratiques fasciathérapiques).

Cette partie de l'analyse m'a permis de prendre la mesure de la dimension perceptivo-cognitive de ma pratique professionnelle, que je sous-évaluais, c'est-à-dire des dialogues permanents entre les connaissances (perceptives et théoriques) et les actes pratiqués (cognitifs et moteurs) aboutissant à un geste technique régulé et pertinent.

Apport de la recherche à ma posture de praticien-chercheur

Au-delà des résultats de recherche, il s'en dessine d'autres qui concernent plus particulièrement la praticienne-chercheur que je deviens. Ce travail m'a dans un premier temps confrontée aux limites de mes mécanismes de penser et de mes formulations souvent implicites liées au sentiment d'évidence de l'expérience qui est la mienne. J'ai donc rencontré les difficultés relatives à l'exigence d'un travail de recherche qui va justement décomposer les éléments jusqu'à en avoir une formulation plus claire et une nouvelle compréhension. Ces difficultés sont peut-être majorées par le fait que mon objet de recherche était l'étude de ma pratique elle-même et nécessitait un gros travail de mise à distance et de clarification.

Toute la période d'analyse jusqu'à l'aboutissement des catégorisations finales m'a demandé un gros effort de rigueur, de clarification et d'affinement de mes processus de pensée par le fait même de travailler sur des données que j'avais moi-même produites. J'ai appris à certains moments, lorsque je me trouvais dans une impasse, à réorganiser, voire repenser ce que j'avais élaboré pour aller bien souvent dans le sens de la simplification.

J'ai pu aussi progressivement pénétrer les détails et les nuances de chaque fragment de ma pratique qui au départ se livrait à moi de manière brute, comme en « bloc ».

Cette étude, par certains points innovante, m'a aussi demandé de trouver des moyens méthodologiques appropriés pour mener une analyse à la fois ancrée dans les données et visant à dégager une modélisation de ma pratique.

Critiques et perspectives

Je suis consciente que malgré des aspects positifs de ce travail que je viens de rassembler ici (réponse aux objectifs de recherche, caractère innovant d'une étude portant sur une pratique dans le cadre du CERAP, et mise à jour de plusieurs niveaux de modélisation de cette pratique), on pourrait lui formuler certaines critiques.

La principale lacune réside selon moi dans le volume de ce mémoire. En effet, bien qu'ayant fait le choix de placer une grande part des premières phases de l'analyse dans les annexes, il reste encore une quantité trop importante de données d'analyse et de résultats de recherche. Sans doute ai-je eu du mal, dans le processus d'apprentissage qui est celui du master, à anticiper et circonscrire suffisamment objet et objectifs de recherche. Il était par exemple ambitieux de vouloir ajouter une dynamique quantitative à une étude qualitative déjà très riche. Je tenterais ici d'assumer mes choix et notamment celui de m'approcher au plus près de cette pratique spécialisée selon une méthodologie qui lui apporte une dimension scientifique et partageable. Il était également ambitieux de souhaiter rendre accessible cette approche aussi bien aux fasciathérapeutes experts (pour lesquels un degré de précision technique me semble nécessaire pour qu'il y ait une valeur ajoutée à leur connaissance), qu'à l'ensemble des professionnels de la périnatalité (pour lesquels une traduction et une simplification de la pratique fasciathérapique est nécessaire à chaque étape). J'espère avoir réussi à en offrir le goût, même si un travail de simplification resterait à poursuivre.

Je souhaite prolonger ce travail de recherche, assez riche, sous forme de rédaction d'articles qui pourraient en extraire les principaux thèmes. En effet, il me tient à cœur de transmettre les fruits de ce travail, non seulement auprès de mes pairs fasciathérapeutes, mais aussi auprès de mes collègues kinésithérapeutes, afin de les sensibiliser à une approche plus globale des problématiques ALP de la femme enceinte. J'ai en effet pu constater que la littérature kinésithérapique fait une large place à la rééducation du post-partum et se préoccupe trop peu à mon sens des problématiques ALP de la femme enceinte qui pourtant relèvent d'un enjeu de santé public.

Je souhaite également partager ces nouvelles compétences modélisées dans ce travail aux fasciathérapeutes sous la forme d'une (formation à la) spécialisation dans l'approche des problématiques ALP de la femme enceinte, pour ceux qui désirent enrichir leurs connaissances théoriques et pratiques dans le secteur de la périnatalité.

Un prolongement de ce travail universitaire sous la forme d'une recherche doctorale sur le même thème (fasciathérapie et périnatalité) m'intéresserait. Il ne me semblerait pas pertinent de continuer à étudier ma pratique. Par contre, je pourrais en étudier les effets ou les

impacts par une évaluation quantitative ou une double évaluation (étude quantitative complétée par une analyse qualitative à partir du témoignage des femmes enceintes sur les impacts de la fasciathérapie).

Bibliographie

- Astruc-Marty, M.-C. (2012). *Le concept du point d'appui dans la Fasciathérapie méthode Danis Bois. Analyse bibliographique de l'émergence et du processus d'élaboration pratique, théorique et philosophique*. Porto, Université Fernando Pessoa, Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive.
- Austry, D., & Berger, E. (2010). Le chercheur du Sensible, sa posture entre implication et distanciation. *Réciprocités*, n° 4, pp. 13-18. En ligne, <http://www.cerap.org/>, consulté le 29 novembre 2009.
- Barbier-Godard, C. (2003). *La maternité, une sensorialité en devenir*. Mémoire de post graduation universitaire : Art et thérapie du mouvement. Document non publié, Université Moderne de Lisbonne.
- Berger, E. (2009a). Praticiens-chercheurs du Sensible : vers une redéfinition de la posture d'implication. In D. Bois, M.C. Josso & M. Humpich, *Sujet sensible et renouvellement du moi. Les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*. Ivry-sur-Seine : Point d'Appui, pp. 167-190.
- Berger, E. (2009b). *Rapport au corps et création de sens en formation d'adultes, Etude à partir du modèle somato-psychopédagogique*. Thèse de doctorat en sciences de l'éducation, Université Paris 8, Vincennes – Saint Denis.
- Bergeret-Amselek, C. (1996). *Le mystère des mères*. Paris : Desclée de Brouwer.
- Billecoq, S. (2009). Prise en charge rééducative des troubles vésico-sphinctériens pendant la grossesse. *Kiné Scientifique*, (n°498, avril 2009), pp. 15-23.
- Bois, D. (1984). *Concepts fondamentaux de fasciathérapie et de pulsologie profonde*. Paris : Maloine.
- Bois, D. (1985). *Fascias, sang, rythme, complices dans les pathologies fonctionnelles*. Editions SPEK.
- Bois, D. (1989). *La vie entre les mains*. Paris : Trédaniel.
- Bois, D., & Berger, E. (1990). *Une thérapie manuelle de la profondeur*. Paris : Maloine.
- Bois, D. (2001). *Le sensible et le mouvement, Essai philosophique*. Ivry-sur-Seine : Point d'Appui.
- Bois, D. (2006). *Le moi renouvelé*. Paris : Point d'Appui.
- Bois, D. (2007a). *Le corps sensible et la transformation des représentations de l'adulte : Vers un accompagnement perceptivo-cognitif à médiation du corps sensible*. Thèse de doctorat européen en didactique et organisation des institutions éducatives. Séville : Université de Séville.
- Bois, D., & Austry, D. (2007b). Vers l'émergence du paradigme du Sensible. *Réciprocité*, n°1, pp. 6-22. En ligne, <http://www.cerap.org/>, consulté le 29 novembre 2009.
- Bois, D. (2009a). De la Fasciathérapie à la Somato-psychopédagogie, Analyse biographique du processus d'émergence de nouvelles disciplines. In, D. Bois, M.-C. Josso & M. Humpich,

- Sujet sensible et renouvellement du moi, les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie.* Ivry-sur-Seine : Point d'Appui, pp. 47-72.
- Bois D., Austry D. (2009b). Vers l'émergence du paradigme du Sensible. In D. Bois, M.-C. Josso & M. Humpich, *Sensible et renouvellement du moi, les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie.* Ivry-sur-Seine : Point d'Appui, pp. 105-135.
- Bonnet, C. (2009). *Du bien-être au bien-naitre ; En quoi et comment la Gymnastique Sensorielle Périnatale est-elle une méthode de préparation à la naissance favorisant l'eutocie, c'est-à-dire le « bien accoucher » ?* Portugal, Université Fernando Pessoa, mémoire de Diplôme Universitaire en Gymnastique Sensorielle Périnatale.
- Bothuynne, G. (2010). *La confiance immanente dans l'épreuve du cancer, démarche autobiographique.* Porto, Université Fernando Pessoa, Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive.
- Bourhis, H. (2009). La directivité informative dans le guidage d'une mise en sens de la subjectivité corporelle : une méthodologie pour mettre en évidence des donations de sens du corps sensible. In D. Bois, M.-C. Josso & M. Humpich, *Sensible et renouvellement du moi, les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie.* Ivry-sur-Seine : Point d'Appui, pp.245-270.
- Bydlowski, M. (2002). *La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité.* Vendôme : PUF, le fil rouge.
- Castell, E. (2004). La maternité, une aventure humaine. *Les dossiers de l'obstétrique*, (n° 328, juin 2004), p 25-27. Editions ÉLPEA.
- Courraud-Bourhis, H. (2005). *Biomécanique sensorielle et biorythmie, modélisation et protocoles d'évaluation.* Collection les cahiers de la MDB. Ivry-sur-Seine : Point d'Appui.
- Courraud, C. (1999). *Fasciathérapie et sport, le match de la santé.* Ivry-sur-Seine : Point d'Appui.
- Courraud, C. (2009). L'entretien tissulaire : une pratique de la relation d'aide en fasciathérapie. In D. Bois, M.-C. Josso & M. Humpich, *Sujet sensible et renouvellement du moi, les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie.* Ivry-sur-Seine : Point d'Appui, p. 193-220.
- Delamer, B. & Dehecq, P. (1991). Gymnastique pré-partum, Rôle du kinésithérapeute. *Annales Kinésithérapiques.* (t. 18, N° 9). Paris : Masson, pp.435-445.
- De Nardi, M. (2010). *La gymnastique sensorielle périnatale. Pour une relation sensible avec votre bébé dès la grossesse.* Gap : Ed. Le souffle d'or.
- De Nardi, M. (2012). *La relation materno-fœtale mise à l'œuvre dans la Gymnastique Sensorielle Périnatale.* Porto, Université Fernando Pessoa, Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive.
- Depraz, N. (2010). *L'autre intime, Phénoménologie de la grossesse.* A paraître dans, Les épreuves de la vie, sous la direction de Ch. Perrin.

- Dupuis, C. (2012). *Fibromyalgie, douleur et fasciathérapie, étude des effets somatiques, psychiques et sociaux*. Porto, Université Fernando Pessoa, Mémoire de Mestrado en Psychopédagogie Perceptive.
- Duprat, E. (2007). *Relation au corps sensible et image de soi - application auprès d'une population de personnes souffrant de trouble des conduites alimentaires*. Mémoire de mestrado en psychopédagogie perceptive, Université Moderne de Lisbonne.
- Eschalier, I. (2009). *La gymnastique sensorielle pour tous*. Paris : Trédaniel.
- Ferry, N. (2008). Devenir mère, une formidable rencontre. *Revue Spirale, La grande aventure du Monsieur Bébé*, Préparation à la naissance, n° 47. Ed. Érès, pp. 157-165.
- Fouquet, B., Borie, M.-J., & Pellieux, S. (2005). Rachis lombaire et grossesse. *Revue du rhumatisme*, (Vol. 72). Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, pp. 707-714.
- Gauthier, Y. (2000). Facteurs de développement, facteurs de changement. In A. Ciccone, Y. Gauthier, B. Golse, D. Stern, *Naissance et développement de la vie psychique*. Collection Mille et un bébés. Fenouillet : Érès, pp. 59-68.
- Jaën-Buravand, M. (2009). *La Gymnastique Sensorielle Périnatale dans la relation à soi, au bébé, pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum*. Portugal, Université Fernando Pessoa, mémoire de Diplôme Universitaire en Gymnastique Sensorielle Périnatale.
- Julien, N. (2009). *Les outils de la Gymnastique Sensorielle Périnatale au service de la gestion du stress et des émotions en périnatalité*. Portugal, Université Fernando Pessoa, mémoire de Diplôme Universitaire en Gymnastique Sensorielle Périnatale.
- Leclerc, R. (2008). *La kinésithérapie périnatale, préparer et retrouver son corps de femme*. Paris : Robert Jauze.
- Menkes, C. J., & Charrier, A. (1988). *Affections ostéo-articulaires et rhumatismes*. In R. Vokaer, J. Barrat, H. Bossart, D. Lewin & R. Renaud, *Traité d'obstétrique, pathologie médico-chirurgicale de la grossesse*. Paris : Masson, p.153-159.
- Nadel, D. (2008). Transmettre et accueillir la vie. *Revue Spirale, La grande aventure du Monsieur Bébé*, Préparation à la naissance, n° 47. Ed. Érès, pp. 41-52.
- Noël, A. (2000). *La gymnastique sensorielle, selon la méthode Danis Bois*. Ivry-sur-Seine : Point d'Appui.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, n° 23, pp. 147-181.
- Paille, P., & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin, (2ème édition).
- Perrenoud, Ph. (2003). L'analyse de pratiques en questions. *Cahiers Pédagogiques*, n° 416, pp. 12-15.
- Perrenoud, Ph. (2005). D'où viennent les savoirs mobilisés dans une analyse de pratiques ? In *Texte d'une intervention au 3^{ème} symposium des Groupes de Pairs, Société de Médecine Générale*. Paris, p.8.

- Quéré, N. (2004). « *La pulsologie, Méthode Danis Bois, Action sur les fascias, le système vasculaire et la microcirculation en approche manuelle* ». Ivry-sur-Seine : Point d'Appui.
- Quéré, N. (2008). *Stress et kinésithérapie, Peut-on évaluer une dimension de stress chez les patients reçus en kinésithérapeute et traité par les méthodes de relaxation, massage et fasciathérapie*. Mémoire de diplôme universitaire « stress, traumatisme et pathologies », Université Paris VI.
- Quéré, N. (2009). Les traces de l'expérience, pour une compréhension de l'engrammage corporel de l'histoire individuelle : étude de la voie de résonance d'un choc. In D. Bois, M.C. Josso & M. Humpich, *Sujet sensible et renouvellement du moi. Les apports de la fasciathérapie et de la somato-psychopédagogie*. Ivry-sur-Seine : Point d'Appui, pp. 221-244.
- Quéré, N. (2010). *La Fasciathérapie Méthode Danis Bois et les fascias sous l'éclairage des recherches scientifiques actuelles. Aspects tissulaires, vasculaires, cellulaires et biochimiques*. Portugal, Université Fernando Pessoa, Porto, Mémoire de Master 2 en Psychopédagogie Perceptive.
- Rosenberg, S. (2007). *Le statut de la parole du sensible : la parole du sensible dans la dynamique de la relation d'aide en somato-psychopédagogie*. Mémoire de mestrado en psychopédagogie perceptive, Université Moderne de Lisbonne.
- Rosier, P. (2006). *Corps sensible et autisme : propositions pour une approche psychopédagogique perceptive de l'accompagnement thérapeutique de l'enfant autiste*. Mémoire de mestrado en psychopédagogie perceptive, Université Moderne de Lisbonne.
- Sercu, P. (2011). *Rééducation auprès de patients souffrants de douleur aspécifiques du dos, Influence sur le confort du mouvement et de la douleur*. Portugal, Université Fernando Pessoa, Porto, Mémoire de Master 2 en Psychopédagogie Perceptive.
- Stélandre, I. (2006). *Plaidoyer pour le bien-être des bébés : une thérapie manuelle du reflux*. Paris, Edition Robert Jauze.
- Stern, D., Bruchweiler-Stern, N., & Freeland, A. (1998). *La naissance d'une mère*. Paris : Odile Jacob.
- Taver, M. (2002). In Cl.-E. Tourné, *Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle*. Montpellier : Sauramps Médical, pp. 146-148.
- Timsit, M.-A. (2005). Syndromes douloureux pelviens (rhumatologiques) au cours de la grossesse. *Revue du rhumatisme*, (Vol. 72). Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, pp. 715-718.
- Tourné, Cl.-E. (2002). *Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle*. Montpellier : Sauramps Médical.
- Vermersch, P. (2010). Les points de vue en première, seconde et troisième personne dans les trois étapes d'une recherche : conception, réalisation, analyse. *Expliciter*, n°85, juin 2010, pp. 19-31.
- Vincent-Roman, M. (2001). La grossesse : un moment privilégié pour découvrir le mouvement sensoriel. In *Thérapie et Mouvement, 1^{er} congrès international Méthode Danis Bois*. Paris : Point d'Appui, pp. 145-150.

Winnicott, D. W. (1969). « La préoccupation maternelle primaire », De la pédiatrie à la psychanalyse.
Paris : Payot, pp. 168-174.

Consultation des sites Internet :

CERAP, Centre d'Etude et de Recherche Appliquée en Psycho-pédagogie perceptive,
<http://www.cerap.org/>. Page consultée le 14 octobre 2012.

Haute Autorité de Santé. (2005). Recommandations professionnelles, Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). En ligne sur le site de l'HAS, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite, page consultée le 4 mars 2010.

Perrenoud Ph. (2005). D'où viennent les savoirs mobilisés dans une analyse de pratiques ? Document non publié. Texte d'une intervention au 3ème symposium des Groupes de Pairs, Société de Médecine Générale, Paris, p.8. En ligne, http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2005/2005_14.html. Page consultée le 14 octobre 2012.

Valet, M. En ligne <http://www.myriam-valet.com/index.htm> Page consultée le 9 septembre 21012.

ANNEXES

Annexe II

Tableaux n°2, n°2a (Dorothee), 2b (Anouk), 2c (Lucile) : Informations et connaissances recrutées pendant une séance de fasciathérapie chez une femme enceinte présentant des problématiques abdomino-lombo-pelviennes

Tableau n°2 : Informations et connaissances recrutées pendant une séance de fasciathérapie chez une femme enceinte présentant des problématiques ALP

| Informations verbales de la patiente | Connaissances théoriques sur lesquelles je m'appuie | Connaissances issues de mon expertise pratique | Informations internes perçues sous mes mains pendant la séance |
|--|---|---|---|
| <p>1. Symptômes physiques</p> <p>1.1 Symptômes abdomino-lombo-pelviens</p> <p>1.2 Autres symptômes liés à la grossesse</p> <p>2. Vécu de la grossesse et interaction avec son bébé</p> <p>2.1 Vécu de la grossesse</p> <p>2.2 Interaction avec son bébé</p> <p>3. Effets de la séance</p> <p>3.1 En différé (de la séance précédente)</p> <p>3.2 En temps réel (de la séance actuelle)</p> <p>3.3 En post-immédiateté (juste après la séance actuelle)</p> <p>3.3.1 Par rapport aux symptômes abdomino-lombo-pelviens</p> <p>3.3.2 Par rapport aux autres symptômes physiques</p> <p>3.3.3 Par rapport à sa perception du bébé</p> <p>3.3.4 Autres effets rapportés</p> | <p>1. Connaissances médicales</p> <p>1.1 Physiopathologie lombo-pelvienne</p> <p>1.2 Physiopathologie de la grossesse</p> <p>2. Connaissances de la fasciathérapie : Modèle de la voie de résonance d'un choc</p> <p>2.1 Réaction somato-psychique</p> <p>2.2 Immobilité : blocage articulaire</p> <p>2.3 Désertion sensorielle et imperception</p> <p>2.4 Perturbation des rythmes et du drainage</p> <p>2.5 Tension des fascias myotensifs</p> <p>2.6 Crispation des fascias</p> <p>2.7 Réaction neurovasculaire et neurovégétative</p> | <p>Stratégies fasciathérapiques adaptées à la femme enceinte</p> <p>1. Importance de libérer le cadre osseux et le fascia musculo-squelettique</p> <p>2. Importance de libérer le FAP</p> <p>3. Importance de libérer le fascia dure-mérien</p> <p>4. Importance de centrer le bébé dans le cadre osseux</p> | <p>1. Tension/relâchement</p> <p>1.1 Etat tensionnel</p> <p>1.2 Psychotonus</p> <p>2. Paramètres du mouvement interne</p> <p>2.1 Lenteur</p> <p>2.2 Orientation</p> <p>2.3 Amplitude</p> <p>2.4 Globalité</p> <p>2.5 Rythmes/séquence</p> <p>2.6 Dissociations</p> <p>2.7 Evolutivité</p> <p>3. BRS/ML/BMS/mouvement libre</p> <p>3.1 Biorythme sensoriel</p> <p>3.2 Mouvement linéaire</p> <p>3.3 Biomécanique sensorielle</p> <p>3.4 Mouvement libre</p> <p>4. Dynamique maman/ bébé</p> <p>4.1 Maman/ bébé</p> <p>4.2 Bébé/maman</p> |

Tableau n°2a – Dorothee - Catégorisation finale

| Dorothee - Informations verbales de la patiente (tableau n°2a - colonne 1) | | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------|---|--|
| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
| Symptômes physiques | Les symptômes abdomino-lombo-pelviens | | Localisation précise de la douleur dans la région lombo-pelvienne | (D, 1 128-129) C'est surtout là que j'ai mal, (Dorothee montre la région au-dessus du pubis) tout en bas depuis quelques jours et aussi tout le bas du dos en arrière. |
| | Autres symptômes liés à la grossesse | | Impact de la gêne et du bébé sur la qualité du sommeil | (D, 1 77-78) La nuit je ne dors pas bien, je sens qu'il est bas, ça me gêne et ça fait une semaine que j'ai de nouveau mal au dos. (D, 1 117-118) La nuit je ne dors pas trop bien parce que je commence à être encombrée du ventre, quand je me retourne. |
| Vécu de la grossesse et interaction avec son bébé | Vécu de la grossesse | | Climat d'inquiétude lié au développement du bébé | (D, 1 105-106) Et depuis le début on me dit qu'il est petit ! Quel stress ! Je vois la gynécologue jeudi, je vais quand même lui faire une petite réflexion, qu'elle me fait stresser plus qu'autre chose. |
| | Vécu de la grossesse | | Inquiétude sur les suites post-opératoires de la césarienne | (D, 1 450-452) Je commence à stresser pour l'opération, j'apprends, ce qui me fait stresser c'est la cicatrisation, est-ce que je vais pouvoir me lever, m'occuper de lui, l'opération comment ça va se passer ? |
| | Interaction avec le bébé | | Rassurée par la bonne croissance du bébé les dernières semaines | (D, 1 87-88) Il est passé de 1,6 kg à 2,2 kg en l'espace de trois semaines, ce qui est énorme. Maintenant est-ce que j'aurai un petit bébé ou pas ? |
| Les effets de la séance | En différé (de la séance précédente) | | Mise en lien entre les effets de la séance et le bébé qui est remonté | (D, 1 84-85) Pendant la séance, la dernière fois, je n'étais pas bien du tout, mais après j'étais de nouveau bien, ça allait super, je pétai le feu. Le bébé ne s'est pas retourné pour autant ! (D, 1 444-452) [...] c'est comme la dernière fois, je me suis sentie mal mais j'ai vraiment senti le bébé remonter, j'ai vraiment vécu... et on m'aurait dit ça, je ne l'aurais pas cru. (D, 1 158-159) La gynécologue quand elle m'a auscultée, m'a dit « qu'il est remonté » et « qu'il appuie moins au niveau du col ». Au niveau du col tout est bon. |
| | En temps réel (de la séance actuelle) | | Apaisement et détente global | (D, 1 235) Un relâchement. (D, 1 251) Non, justement ça me fait du bien, ça me relâche. (D, 1 375-376) Je sens que les muscles sont moins...C'est tout léger en fait, tout est souple. Je sens que tout est détendu. |
| | | | Perception des déplacements et du positionnement du bébé | (D, 1 334-337) C'est plus dur vers la gauche que vers la droite. [...] Il (le bébé) y va moins. Ici il part plus facilement (vers la droite). (D, 1 351) Je sens qu'il (le bébé) appuie sur la colonne. |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|--|---|---|--|
| | | | Sensation d'être étirée de l'intérieur | (D, 1 346-347) Je me sens plus détendue. Je sens le mouvement, les rotations, je les sens bien, j'ai l'impression que tout s'allonge en fait. (D, 1 362-363) Je sens qu'on me tire, ça m'allonge, tout mon corps s'étire, j'ai plus de place pour je ne sais pas comment l'expliquer, c'est comme si on étirait mon corps. |
| | En post-immédiateté (juste après la séance actuelle) | Par rapport aux symptômes abdomino-lombo-pelviens | Sensation de légèreté, disparition de la lourdeur | (D, 1 387-389) Je me sens bien. [...] Je sens qu'il y a moins de tensions au niveau du bas du ventre, je sens..., comment dire, c'est aéré, [...] je sens moins cette lourdeur en bas. (D, 1 391-393) [...] et au niveau du poids du bas du ventre je n'ai plus cette lourdeur. (D, 1 398-399) Je me sens bien et la barre derrière je ne l'ai plus, c'était vraiment-là et je n'ai plus ce poids qui m'appuyait. Il m'appuyait sur la vessie. (D, 1 410) Oui, moins tendu ; je me sens plus légère, et puis cette barre dans le dos, je ne la sens plus. (D, 1 429-430) Je sentais cette légèreté, je n'ai plus cette compression, ce truc dur que j'avais au bas du ventre et aussi derrière où j'avais mal. |
| | | | Prise de conscience d'un décalage entre son bassin et son bébé | (D, 1 406-408) Comment l'expliquer ! J'avais l'impression que mon bassin était décalé par rapport à lui ; je sentais vraiment les mouvements où lui voulait aller, c'est lui qui me dirigeait. |
| | | Par rapport aux autres symptômes physiques | Relâchement et allègement général | (D, 1 391-393) Oui, c'est plus léger, même au niveau des épaules, du haut du dos, je me sens beaucoup plus légère, plus aérée, plus souple, moins compressée, et au niveau du poids du bas du ventre je n'ai plus cette lourdeur. (D, 1 398) Je me sens bien [...]. |
| | | Par rapport au bébé | Perception du bien-être du bébé | (D, 1 387) Je sens que le bébé il est bien. |
| | | | Perception avec précision des mouvements du bébé | (D, 1 397-400) Je le sens moins de côté, je sens qu'il a tourné. Mais je le sens mieux, il est moins en bas. Il est remonté un petit peu. [...] J'ai vraiment bien ressenti le mouvement, j'ai bien senti tout ça. (D, 1 415-417) Je pense qu'il est plus à l'aise maintenant. Avant je le sentais, pas coincé, mais il était ramassé. Il n'arrivait pas à se développer, je sens quand je fais les mouvements que c'est lui qui me...c'est impressionnant ! (D, 1 445-446) [...] car le bébé s'allongeait comme s'il y avait un étirement |
| | | | Le bébé perçu aussi comme une aide pour explorer les différentes orientations du mouvement gestuel par la maman | (D, 1 402-403) Il suivait, il m'aidait je pense un petit peu, qu'il m'aidait vraiment à aller dans les bonnes directions. C'est impressionnant. (D, 1 405-408) Par mouvements de vague en fait, il dirigeait mon bassin comme si mon bassin n'était pas comme il voulait. Comment l'expliquer ! J'avais l'impression que mon bassin était décalé par rapport à lui ; je sentais vraiment les mouvements où lui voulait aller, c'est lui qui me dirigeait. (D s, 1 424-425) Au début c'était trop tendu, j'ai eu du mal, comme s'il y avait un blocage. Puis après j'ai vraiment senti les mouvements du bébé. |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|-------------------|------------------------|-----------------------------|--|--|
| | | | Accès à un lien inédit avec son bébé | (D, I 440-442) Là, je sens, je fais vraiment un lien avec mon bébé car avant je ne ressentais pas tout ça mais maintenant je sens vraiment ce qu'il veut, je n'ai pas les bons mots, comme avant j'ai senti qu'il va plus vers là que vers là. |
| | | Autres effets rapportés | La position assise est plus adaptée à son stade de grossesse pendant la séance | (D, I 445-452) Je me sens mieux assise que couchée ; couchée j'ai l'impression que ça me remonte, j'ai des bouffées de chaleur, assise je me sens plus stable. Quand je suis couchée j'ai des vertiges, ça me tourne et le fait de toucher mon ventre je ne me sens pas bien. Par contre assise c'est super et je sens plus les mouvements, mon corps il suit, ça bouge tout seul. |

Dorothee - Connaissances théoriques sur lesquelles je m'appuie (tableau n°2a - colonne 2)

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|---|--|---|---|---|
| Connaissances médicales | Physiologie-pathologie de la grossesse | Connaissance des gênes spécifiques liées à la grossesse | Topographie de la gêne | (D, l 128-129) C'est surtout là que j'ai mal, (Dorothee montre la région au-dessus du pubis) tout en bas depuis quelques jours et aussi tout le bas du dos en arrière. |
| | | Connaissance des processus physiologiques | Nausées du premier trimestre, troubles du sommeil chez la mère et croissance du bébé | (D, l 6-8) <i>A la première séance elle se plaint de nausées, apparues au cours du premier mois de grossesse, nausées plutôt le matin et le soir.</i> (D, l 119-121) Le dernier mois il y a souvent des réveils fréquents qui ne sont pas toujours dus aux problèmes de retournements mais aussi à la physiologie comme si le corps commençait à se préparer à être réveillé plusieurs fois dans la nuit. |
| | | | Diminution de la mobilité lombopelvienne en fin de grossesse | (D, l 205-208) <i>Cet exercice permet à Dorothee d'explorer la mobilité articulaire du bassin et des lombaires car il me semble important que la femme arrive à l'accouchement avec souplesse et mobilité. De façon générale, plus on avance dans la grossesse, plus la femme a tendance à réduire l'amplitude de ses gestes dans le quotidien.</i> |
| | | | Certaines positions peuvent créer une compression vasculaire | (D, l 180-183) <i>Je demande à D. de s'asseoir au bord de la table parce qu'elle ne se sent pas bien et le temps consacré à la thérapie manuelle a été très bref à cette séance. Cela arrive parfois plutôt en fin de grossesse, c'est peut-être dû à la position (allongée ou assise). En s'asseyant, elle se sent alors mieux.</i> |
| | | Connaissance de certaines complications de la grossesse | La menace d'accouchement prématuré, malposition fœtale, retard de croissance | (D, l 12-16) <i>Lorsque je la revois [...] à 6 mois et demi de grossesse, elle est au repos pour MAP (menace d'accouchement prématuré), elle a des contractions utérines, le col de l'utérus commence à être ouvert, elle a des douleurs au bas du ventre et le bébé est bas. Ces complications de la grossesse et la mise au repos la mettent dans un état de stress, elle a du mal à accepter la situation.</i> (D, l 17-19) <i>[...] le bébé est positionné en siège, en conséquence la naissance se fera plutôt par césarienne, la quantité de liquide amniotique et la croissance sont en dessous de la norme.</i> (D, l 42-46) Le bébé est en siège décomplété. [...]. En fait il a la tête ici (elle montre en haut et à droite), il a un pied au-dessus de la tête, les fesses au niveau de la vessie, apparemment ils n'ont jamais vu ça comme position. Ils appellent ça, le siège décomplété. (D, l 147-148) Le bébé est en siège et les douleurs sont peut-être dues au fait que le bébé n'est pas dans sa position physiologique. |
| Connaissances de la fasciathérapie | Voie de résonance d'un choc | Réaction neurovasculaire et neurovégétative | Le corps offre des signes de la réversibilité des impacts du stress sur les grands systèmes | (D, l 174-175) On retrouve un rythme haut-bas. Beaucoup de chaleur se dégage, ça pulse dans l'ensemble du corps. (D, l 231-233) Et là je sens le bébé qui devient présent, une chaleur dans le ventre, une présence. Un volume plein qui habite tout l'espace entre mes deux mains lombaire et ventrale. |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|-----------------|---|---|--|
| | | Crispation des fascias | La crispation des fascias (musculo-squelettiques, fascia axial profond et dure-mérien) est perçue par la main du thérapeute | (D, l 165) Je sens le bébé très ramassé sur lui-même. (D, l 229-230) Pour le moment c'est assez peu mobile, ça recule peu, tout comme dans la divergence il y a peu d'amplitude. |
| | | Tension des fascias myotensifs | La main fait une lecture des tensions musculaires à l'origine des troubles de l'adaptation tonique | (D, l 131-132) Et puis il est bien en avant. On va faire en sorte que la colonne se relâche pour que vous ayez moins mal au dos. Et aider le bébé à occuper l'espace postérieur et sur les côtés. (D, l 139-142) <i>Cette prise me donne accès à l'équilibre tonique entre la maman (par la main entre la colonne lombaire) et le bébé (par ma main sur l'utérus) en position relâchée. Je peux évaluer le degré de tension de la région lombaire. Je peux observer l'état de souplesse du ventre (relâché, crispé, tendu). S'il est tendu il y a un risque que l'utérus soit trop contractile.</i> |
| | | Perturbation des rythmes et du drainage | La restauration des rythmes globaux du corps signe le retour à la physiologie et à un équilibre tensionnel | (D, l 174) On retrouve un rythme haut-bas. |
| | | Réaction somato-psychique | La patiente exprime ce qu'elle perçoit de son état général /Inadaptabilité avec répercussion psychologique | (D, l 105) Et depuis le début on me dit qu'il est petit ! Quel stress ! (D, l 450-452) Je commence à stresser pour l'opération, j'appréhende, ce qui me fait stresser c'est la cicatrisation, est-ce que je vais pouvoir me lever, m'occuper de lui, l'opération comment ça va se passer ? |

Dorothee – Connaissances issues de mon expertise pratique (tableau n°2a - colonne n°3)

| Catégories | Sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|---|---|--|--|
| Des stratégies thérapeutiques adaptées | Importance de libérer le cadre osseux et le fascia musculo-squelettique | Importance de libérer le cadre osseux et les crispations myofasciales pour soulager les tensions lombo-pelviennes | (D, 1 139-141) <i>Cette prise me donne accès à l'équilibre tonique entre la maman (par la main entre la colonne lombaire) et le bébé (par ma main sur l'utérus) en position relâchée. Je peux évaluer le degré de tension de la région lombaire.</i> (D, 1 203-206) <i>Le travail assis est un des moyens de libérer les tensions lombaires et la sensation de pesanteur au niveau du bassin dont parlent souvent les femmes enceintes.</i> (D, 1 242-243) <i>Puis ça recule, déjà ça recule davantage ; laissez la colonne reculer encore, s'arrondir, puis dans le recul sentez que vous autorisez le bébé à glisser en arrière.</i> (D, 1 265-266) <i>On peut aller loin sans se faire mal. Là vous l'avez senti, retour et vous laissez la colonne s'enrouler et le bébé reculer.</i> (D, 1 268-269) <i>Et là, on laisse glisser, glisser, glisser. Les lombaires se creusent, se creusent, voilà. Vous êtes en train de découvrir qu'il y a de l'amplitude.</i> |
| | | Importance de libérer le cadre osseux pour rendre malléable l'environnement du bébé et préparer le bassin à la physiologie de la naissance | (D, 1 303-305) <i>Vous pouvez commencer à absorber comme si dans les os il y avait de la place maintenant. Comme si le bébé était même loin en arrière. On n'avait pas du tout ça tout à l'heure.</i> (D, 1 327-327) <i>Comme s'il repoussait les murs qu'il a autour de lui, les parois, les barrières. Vous avez le sentiment qu'il va loin vers la droite, [...].</i> (D, 1 352-354) <i>Il appuie et ça vous permet d'enrouler la colonne. C'est synchrone, c'est comme un volume, votre colonne est capable de reculer à la mesure des mouvements du bébé. Ce n'est plus un blocage. C'est un ensemble.</i> (D, 1 356-360) <i>Dans votre bassin continuez le mouvement, parfait ; il y a une fluidité, une amplitude gestuelle. C'est comme si vous berciez le bébé avec vos mouvements du bassin mais de manière harmonieuse ; on va y mettre les jambes, sans arrêter le mouvement de recul de la colonne, toute la colonne s'arrondit autour du bébé.</i> |
| | | Les restrictions de mobilité interne peuvent avoir un impact sur le positionnement du bébé | (D, 1 238-240) <i>Je sens que le bébé n'est pas organisé autour d'un axe haut-bas ou avant-arrière mais plutôt autour d'un axe oblique, c'est peut-être pour cela qu'il est en siège ?</i> (D, 1 252-253) <i>On déroule, on étire quelque chose dedans, c'est comme si votre colonne emmène le bébé vers l'avant et vers le haut, surtout vers l'avant. Laissez de la place au bébé.</i> (D, 1 280-281) <i>Votre bassin recule le plus possible, votre bassin guide le bébé dans le ventre, le pubis remonte, le sacrum descend, tout ça pour guider le bébé.</i> (D, 1 289-290) <i>Là, ça donne de la place au bébé à droite, par contre c'est plus fermé à gauche.</i> |
| | Importance de libérer le fascia axial profond (FAP) | Importance de libérer le fascia axial profond afin de libérer les organes vitaux et les fonctions de drainage de l'organisme | (D, 1 135-137) <i>Donc là je fais une prise directement au niveau de l'utérus et du bébé (main ventrale), car il y a une douleur qui est apparue juste au-dessus du pubis il y a quelques jours, mais il y a aussi des douleurs lombaires (main lombaire).</i> (D, 1 139-142) <i>Cette prise me donne accès à l'équilibre tonique entre la maman (par la main entre la colonne lombaire) et le bébé (par ma main sur l'utérus) en position relâchée. Je peux évaluer le degré de tension de la région lombaire. Je peux observer l'état de souplesse du ventre (relâché, crispé, tendu). S'il est tendu il y a un risque que l'utérus soit trop contractile.</i> (D, 1 273-274) <i>Là, ça vous libère toute la région diaphragmatique et les lombaires.</i> |

| Catégories | Sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|--|---|--|
| | Importance de libérer le fascia dure-mérien | Libérer le fascia dure-mérien permet à la maman de retrouver des plans de glissement à l'intérieur de son corps et de trouver une distance juste par rapport à son enfant | <p>(D, 1 271-273) Ça fait comme deux mouvements contraires, il y a la colonne qui recule avec le bébé et vous vous enroulez autour, en allant presque vers l'avant, du coup votre tête se rapproche du bébé, comme si vous vouliez regarder le bébé.</p> <p>(D, 1 274-276) Retour et là c'est votre bassin qui est moteur et vous vous éloignez du bébé, votre regard s'éloigne du bébé et vous laissez le bébé glisser et avancer.</p> <p>(D, 1 278-279) C'est vous qui vous enroulez autour du bébé et votre tête se rapproche du bébé.</p> <p>(D, 1 284) Et le regard s'éloigne du bébé.</p> <p>(D, 1 341-344) Laissez de l'espace entre vous et le bébé ; sentez que vous pouvez prendre de la distance par rapport à lui. La colonne continue à glisser en avant, ne reculez pas trop la tête, sans perdre le lien avec votre bassin.</p> <p>(D, 1 354-356) Remarquez que dans le regard [on travaille les yeux fermés, ici le regard n'est pas focalisé, concentré sur le bébé] il y a aussi quelque chose qui vous permet de vous distancier, ça ne vous arrête pas dans votre mouvement.</p> |
| | Importance de centrer le bébé dans le cadre osseux | Aider le bébé à occuper l'espace peut diminuer la douleur ressentie par la maman | <p>(D, 1 130-132) Et puis il est bien en avant. On va faire en sorte que la colonne se relâche pour que vous ayez moins mal au dos. Et aider le bébé à occuper l'espace postérieur et sur les côtés.</p> <p>(D, 1 142-144) <i>Je peux aussi apprécier les orientations des mouvements tissulaires et savoir si le bébé est plutôt trop bas ou plus sur un côté que l'autre. La dynamique tissulaire entre mes deux mains me donne des indications sur une forme d'autonomie entre la maman et le bébé.</i></p> <p>(D, 1 317-321) Le bébé fait son mouvement et vous vous adaptez à lui. [...] Il descend en bas et à droite dans la fosse iliaque pendant que vous vous laissez faire dans votre colonne. Vous l'accompagnez. Comme s'il y avait aussi une légère rotation aussi à droite, l'épaule droite recule.</p> <p>(D, 1 352-354) Il appuie et ça vous permet d'enrouler la colonne. C'est synchrone, c'est comme un volume, votre colonne est capable de reculer à la mesure des mouvements du bébé. Ce n'est plus un blocage. C'est un ensemble.</p> <p>(D, 1 356-360) Dans votre bassin continuez le mouvement, parfait ; il y a une fluidité, une amplitude gestuelle. C'est comme si vous berciez le bébé avec vos mouvements du bassin mais de manière harmonieuse ; on va y mettre les jambes, sans arrêter le mouvement de recul de la colonne, toute la colonne s'arrondit autour du bébé.</p> |

Dorothee - Informations internes perçues sous mes mains pendant la séance (tableau n°2a - colonne 4)

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|--------------------------------|------------------------|--|--|---|
| Tension/relâchement | Etat tensionnel | | Etat tensionnel de la région lombo-pelvienne | (D, 1 229-230) Pour le moment c'est assez peu mobile, ça recule peu, tout comme dans la divergence il y a peu d'amplitude. |
| | | | Etat tensionnel du bébé | (D, 1 164-165) J'ai les deux mains sur l'utérus et le bébé, j'ai mes deux mains qui s'écartent comme si mes deux mains étiraient le bébé. Je sens le bébé très ramassé sur lui-même. |
| | Réaction psychotonique | Au point d'appui | Le psychotonus : une force de réorganisation qui s'exprime au sein des différentes structures du corps permet d'évaluer le degré de vitalité | (D, 1 169-171) Au point d'appui, je sens qu'un grand volume (qui concerne à la fois la maman et le bébé) se mobilise sous mes mains. Cette force entraîne une réorganisation des tensions au sein de la maman. Je sens que le bébé remonte vers les côtes et se dégage du bassin. (D, 1 273-274) [...] ça vous libère toute la région diaphragmatique et les lombaires. (D, 1 253-254) Ça travaille dans le diaphragme, puis côté droit, [...]. |
| | | Evolution du psychotonus sous les mains dans les différentes structures du corps | Je perçois l'action du psychotonus sur l'architecture tonique des différentes structures | (D, 1 171) Je sens que le bébé remonte vers les côtes et se dégage du bassin. (D, 1 236) Ça repart, extension de la colonne qui se grandit. (D, 1 237- 238) C'est comme si vous faisiez un étirement de vous à l'intérieur de vous. (D, 1 297-298) Dans la phase d'extension et de divergence sentez l'appui au sol, comme une propulsion avec un grandissement et vous vous démoulez du bébé. (D, 1 303- 305) Vous pouvez commencer à absorber comme si dans les os il y avait de la place maintenant. Comme si le bébé était même loin en arrière. On n'avait pas du tout ça tout à l'heure. |
| Paramètres du mouvement | Lenteur | | Le mouvement interne s'exprime dans une lenteur caractéristique appelée lenteur sensorielle | (D, 1 208-211) <i>La lenteur avec laquelle je fais réaliser le geste ainsi que l'attention tournée vers l'amplitude subjective rassure énormément la patiente qui s'autorise à bouger. Elle est toujours surprise de s'apercevoir à quel point elle peut aller dans une amplitude objective de son geste dans l'antériorité et la postériorité principalement.</i> (D, 1 277-278) Retour, doucement, lenteur. (D, 1 296) Doucement dans les rotations ! (D, 1 330) Doucement, n'oubliez pas le bébé, et là c'est vous deux ensemble. |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|-----------------|----------------------|--|--|
| | Orientation | | Des formes gestuelles se dessinent dans différentes orientations de l'espace | <p>(D, 1 171) Je sens que le bébé remonte vers les côtes et se dégage du bassin.</p> <p>(D, 1 225-226) [...] on va aller dans la divergence, la colonne glisse vers l'avant et se redresse.</p> <p>(D, 1 236-238) Ça repart, extension de la colonne qui se grandit. Ça glisse vers le plafond. Le sternum glisse aussi vers le plafond. C'est comme si vous faisiez un étirement de vous à l'intérieur de vous</p> <p>(D, 1 242-243) Puis ça recule, déjà ça recule davantage ; laissez la colonne reculer encore, s'arrondir, puis dans le recul sentez que vous autorisez le bébé à glisser en arrière.</p> <p>(D, 1 252-253) On déroule, on étire quelque chose dedans, c'est comme si votre colonne emmène le bébé vers l'avant et vers le haut, surtout vers l'avant.</p> <p>(D, 1 271-273) Vous vous enroulez autour de l'enfant. Ça fait comme deux mouvements contraires, il y a la colonne qui recule avec le bébé et vous vous enroulez autour, en allant presque vers l'avant, du coup votre tête se rapproche du bébé, comme si vous vouliez regarder le bébé.</p> <p>(D, 1 278-281) C'est vous qui vous enroulez autour du bébé et votre tête se rapproche du bébé. Alors on va mettre un peu les jambes, les jambes se rapprochent tranquillement comme cela ça ouvre les sacro-iliaques en arrière. Votre bassin recule le plus possible, votre bassin guide le bébé dans le ventre, le pubis remonte, le sacrum descend, tout ça pour guider le bébé.</p> <p>(D, 1 282-284) Dans le mouvement de divergence on va laisser les jambes s'éloigner l'une de l'autre, le bassin, le bassin, doucement. Ça permet de soulager les sacro-iliaques. Le pubis descend, le sacrum monte, les lombaires se creusent. Et le regard s'éloigne du bébé.</p> <p>(D, 1 284-285) Dans le retour on va aller en rotation.</p> <p>(D, 1 288-290) Donc dans le recul, enroulement, il y a la colonne qui fait une rotation vers la gauche, le bassin a un côté qui recule et un qui avance. Là, ça donne de la place au bébé à droite, par contre c'est plus fermé à gauche.</p> <p>(D, 1 290-292) Voilà, vous vous grandissez avec rotation à droite, la tête, les épaules vont tourner à droite, la colonne se grandit et vous vous démoulez du bébé, vous lui laissez de la place, il vit sa vie.</p> <p>(D, 1 296-297) Epaule droite avance, la gauche recule, vous tournez autour du bébé.</p> <p>(D, 1 297-298) Dans la phase d'extension et de divergence sentez l'appui au sol, comme une propulsion avec un grandissement et vous vous démoulez du bébé.</p> <p>(D, 1 317-320) Le bébé fait son mouvement et vous vous adaptez à lui. [...]. Il descend en bas et à droite dans la fosse iliaque pendant que vous vous laissez faire dans votre colonne. Vous l'accompagnez.</p> <p>(D, 1 322-323) Inclinaison gauche, il repart à gauche et en avant. Là vous vous penchez en avant en emmenant le bébé.</p> <p>(D, 1 324-326) Translation gauche, translation droite ; il explore les mouvements de</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | <p>base et vous vous l'accompagnez, vous glissez aussi dans votre bassin vers la droite. (D, 1 338-340) Translation droite avec une légère rotation vers la droite comme si le bébé tournait ; il revient et vous aussi, retour de la rotation droite. Retour au centre, il ne tourne pas à gauche mais il se translate à gauche. (D, 1 343-344) La colonne continue à glisser en avant, ne reculez pas trop la tête, sans perdre le lien avec votre bassin. (D, 1 321) Il aime bien les rotations et maintenant c'est lui qui fait une rotation à gauche. (D, 1 352-353) C'est synchrone, c'est comme un volume, votre colonne est capable de reculer à la mesure des mouvements du bébé.</p> |
|--|--|--|--|--|

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|-----------------|----------------------|---|---|
| | Amplitude | | Toute l'amplitude des mouvements tissulaires et articulaires se déploie | <p>(D, 1 228-230) Retour, ça recule et le dos s'arrondit. Pour le moment c'est assez peu mobile, ça recule peu, tout comme dans la divergence il y a peu d'amplitude. (D, 1 242-243) Puis ça recule, déjà ça recule davantage ; laissez la colonne reculer encore, s'arrondir, puis dans le recul sentez que vous autorisez le bébé à glisser en arrière. (D, 1 256-259) Là on va gagner en amplitude. Laissez l'amplitude vous emmener. Et là c'est comme si vous vous enrouliez autour de bébé. Il recule, il emmène votre colonne en arrière et vous vous enroulez autour de lui. Laissez votre sacrum se poser sur la chaise, les hanches glissent en arrière. (D, 1 265-266) Et là, on laisse glisser, glisser, glisser. Les lombaires se creusent, se creusent, voilà. Vous êtes en train de découvrir qu'il y a de l'amplitude. (D, 1 268-269) On peut aller loin sans se faire mal. [...] vous laissez la colonne s'enrouler et le bébé reculer. (D, 1 301-303) [...] on est en train de gagner en amplitude. Retour en position neutre sans la rotation, donc en divergence pure. On va observer ce que vous avez gagné dans votre corps, le fait d'avoir fait les rotations. (D, 1 303) Là, vous sentez le retour, il y a plus de place pour glisser. (D, 1 327-328) Vous avez le sentiment qu'il va loin vers la droite, et vous diriez quoi comme amplitude 3 millimètres, 1 centimètre, 5 centimètres ? (D, 1 356-357) Dans votre bassin continuez le mouvement, parfait ; il y a une fluidité, une amplitude gestuelle.</p> |
| | Globalité | Dans la profondeur | Dans la globalité il y a une précision des structures concernées vers la profondeur | <p>(D, 1 169-171) Au point d'appui je sens qu'un grand volume (qui concerne à la fois la maman et le bébé) se mobilise sous mes mains. Cette force entraîne une réorganisation des tensions au sein de la maman. (D, 1 231-232) Un volume plein qui habite tout l'espace entre mes deux mains lombaire et ventrale. (D, 1 303-305) Vous pouvez commencer à absorber comme si dans les os il y avait de la place maintenant. Comme si le bébé était même loin en arrière.</p> |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|------------------|----------------------|--|--|
| | | Dans l'étendue | Dans la globalité une étendue topographique est concernée | (D, 1 253-254) Ça travaille dans le diaphragme, puis côté droit, [...]. (D, 1 274-276) Retour et là c'est votre bassin qui est moteur et vous vous éloignez du bébé, votre regard s'éloigne du bébé et vous laissez le bébé glisser et avancer. (D, 1 290-292) Voilà, vous vous grandissez avec rotation à droite, la tête, les épaules vont tourner à droite, la colonne se grandit et vous vous démoulez du bébé, vous lui laissez de la place, il vit sa vie. |
| | Rythmes/séquence | | La séquence est un mouvement aller-retour d'un ensemble de mouvements qui sont synchrones dans les tops départs et les tops arrivés | (D, 1 174-175) On retrouve un rythme haut-bas. Beaucoup de chaleur se dégage, ça pulse dans l'ensemble du corps. |
| | Dissociations | | Dans les mouvements de dissociation l'extrémité d'un segment va dans un sens pendant que l'autre extrémité du segment va dans l'autre sens | (D, 1 271-273) Vous vous enroulez autour de l'enfant. Ça fait comme deux mouvements contraires, il y a la colonne qui recule avec le bébé et vous, vous vous enroulez autour, en allant presque vers l'avant, du coup votre tête se rapproche du bébé, comme si vous vouliez regarder le bébé. (D, 1 274-276) Retour et là c'est votre bassin qui est moteur et vous vous éloignez du bébé, votre regard s'éloigne du bébé et vous laissez le bébé glisser et avancer. (D, 1 288-290) Donc dans le recul, enroulement, il y a la colonne qui fait une rotation vers la gauche, le bassin a un côté qui recule et un qui avance. Là, ça donne de la place au bébé à droite, par contre c'est plus fermé à gauche. (D, 1 290-292) Voilà, vous vous grandissez avec rotation à droite, la tête, les épaules vont tourner à droite, la colonne se grandit et vous vous démoulez du bébé, vous lui laissez de la place, il vit sa vie. (D, 1 296-297) Epaule droite avance, la gauche recule, vous tournez autour du bébé. (D, 1 338-340) Translation droite avec une légère rotation vers la droite comme si le bébé tournait ; il revient et vous aussi, retour de la rotation droite. |
| | Evolutivité | Fluidité du geste | la gestuelle devient fluide, relâchée et non contrôlée | (D, 1 256-259) Laissez l'amplitude vous emmener. Et là c'est comme si vous vous enrouliez autour de bébé. Il recule, il emmène votre colonne en arrière et vous vous enroulez autour de lui. Laissez votre sacrum se poser sur la chaise, les hanches glissent en arrière. (D, 1 343-344) La colonne continue à glisser en avant, ne reculez pas trop la tête, sans perdre le lien avec votre bassin. (D, 1 352-354) Il appuie et ça vous permet d'enrouler la colonne. C'est synchrone, c'est comme un volume, votre colonne est capable de reculer à la mesure des mouvements du bébé. Ce n'est plus un blocage. C'est un ensemble. (D, 1 356-360) Dans votre bassin continuez le mouvement, parfait ; il y a une fluidité, une amplitude gestuelle. C'est comme si vous berciez le bébé avec vos mouvements du bassin mais de manière harmonieuse ; [...]. (D, 1 301) Hop, on est en train de gagner en amplitude. |
| | | Pulsologie | La réaction vasculaire exprime | (D, 1 174-175) Beaucoup de chaleur se dégage, ça pulse dans l'ensemble du corps. |

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| | | | une vasodilatation générale et traduit un profond relâchement | (D, l 231-233) Et là je sens le bébé qui devient présent, une chaleur dans le ventre, une présence. Un volume plein qui habite tout l'espace entre mes deux mains lombaire et ventrale. |
|--|--|--|---|---|

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|--|---------------------------|----------------------|--|--|
| BRS/ML/BMS/ mouvement libre | Biorythme sensoriel (BRS) | | Le schème de convergence-divergence dans le biorythme sensoriel est l'association d'un mouvement linéaire sur lequel s'organise le mouvement circulaire | (D, l 225-226) [...] on va aller dans la divergence, la colonne glisse vers l'avant et se redresse. (D, l 236-238) Ça repart, extension de la colonne qui se grandit. Ça glisse vers le plafond. Le sternum glisse aussi vers le plafond. C'est comme si vous faisiez un étirement de vous à l'intérieur de vous. Les pieds sont bien enracinés dans le sol. (D, l 242-243) Puis ça recule, déjà ça recule davantage ; laissez la colonne reculer encore, s'arrondir, puis dans le recul sentez que vous autorisez le bébé à glisser en arrière. (D, l 256-259) Et là c'est comme si vous vous enrouliez autour de bébé. Il recule, il emmène votre colonne en arrière et vous vous enroulez autour de lui. Laissez votre sacrum se poser sur la chaise, les hanches glissent en arrière. (D, l 271-273) Vous vous enroulez autour de l'enfant. Ça fait comme deux mouvements contraires, il y a la colonne qui recule avec le bébé et vous vous enroulez autour, en allant presque vers l'avant, du coup votre tête se rapproche du bébé, comme si vous vouliez regarder le bébé. |
| | | | Les membres inférieurs sont coordonnés avec les mouvements du tronc, rotation externe dans le mouvement de divergence et rotation interne dans le mouvement de convergence | (D, l 297-298) Dans la phase d'extension et de divergence sentez l'appui au sol, comme une propulsion avec un grandissement et vous démoulez du bébé. (D, l 279-281) Alors on va mettre un peu les jambes, les jambes se rapprochent tranquillement comme cela ça ouvre les sacro-iliaques en arrière. Votre bassin recule le plus possible, votre bassin guide le bébé dans le ventre, le pubis remonte, le sacrum descend, tout ça pour guider le bébé. (D, l 282-284) Dans le mouvement de divergence on va laisser les jambes s'éloigner l'une de l'autre, le bassin, le bassin, doucement. Ça permet de soulager les sacro-iliaques. Le pubis descend, le sacrum monte, les lombaires se creusent. Et le regard s'éloigne du bébé. (D, l 356-360) Dans votre bassin continuez le mouvement, parfait ; il y a une fluidité, une amplitude gestuelle. C'est comme si vous berciez le bébé avec vos mouvements du bassin mais de manière harmonieuse ; on va y mettre les jambes, sans arrêter le mouvement de recul de la colonne, toute la colonne s'arrondit autour du bébé. |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|--------------------------------|----------------------|--|---|
| | Mouvement linéaire (ML) | | Les mouvements linéaires existent dans les trois plans de l'espace et organisent le mouvement global | (D, 1 171) Je sens que le bébé remonte vers les côtes et se dégage du bassin. (D, 1 238-240) Je sens que le bébé n'est pas organisé autour d'un axe haut-bas ou avant-arrière mais plutôt autour d'un axe oblique, c'est peut-être pour cela qu'il est en siège ? (D, 1 276-277) Votre bassin l'aide à trouver son axe, à le mobiliser, comme si vous mobilisiez le bébé. Les mouvements de votre bassin peuvent guider le bébé. (D, 1 324-327) [...] ; il (le bébé) explore les mouvements de base et vous vous l'accompagnez, vous glissez aussi dans votre bassin vers la droite. Comme s'il repoussait les murs qu'il a autour de lui, les parois, les barrières. |
| | | | Le mouvement de base concerne la région lombo-pelvienne | (D, 1 276-277) Votre bassin l'aide à trouver son axe, à le mobiliser, comme si vous mobilisiez le bébé. Les mouvements de votre bassin peuvent guider le bébé. (D, 1 324-326) Translation gauche, translation droite ; il explore les mouvements de base et vous vous l'accompagnez, vous glissez aussi dans votre bassin vers la droite. (D, 1 338-340) Translation droite avec une légère rotation vers la droite comme si le bébé tournait ; il revient et vous aussi, retour de la rotation droite. Retour au centre, il ne tourne pas à gauche mais il se translate à gauche. |
| | Biomécanique sensorielle (BMS) | | La biomécanique sensorielle offre des combinaisons de mouvements très variées | (D, 1 278-281) C'est vous qui vous enroulez autour du bébé et votre tête se rapproche du bébé. Alors on va mettre un peu les jambes, les jambes se rapprochent tranquillement comme cela ça ouvre les sacro-iliaques en arrière. Votre bassin recule le plus possible, votre bassin guide le bébé dans le ventre, le pubis remonte, le sacrum descend, tout ça pour guider le bébé. (D, 1 282-284) Dans le mouvement de divergence on va laisser les jambes s'éloigner l'une de l'autre, le bassin, le bassin, doucement. Ça permet de soulager les sacro-iliaques. Le pubis descend, le sacrum monte, les lombaires se creusent. |
| | Mouvement libre | | Le mouvement interne de la maman et du bébé s'exprime dans des orientations libres | (D, L 165-167) J'accompagne les orientations spontanées du bébé. Le bébé va en inclinaison. Je fais plusieurs points d'appui successifs dans les orientations spontanées qui se donnent. (D, 1 217-218) Maintenant on va faire un mouvement libre à partir du bébé. Le bébé fait son mouvement et vous vous adaptez à lui. Donc là vous vous mettez à son service. (D, 1 315-315) <i>Je laisse aussi explorer le mouvement libre, guidé manuellement et verbalement, car ici je sens que Dorothee accompagne avec justesse les paramètres internes d'amplitudes et de starters dans la convergence et la divergence.</i> (D, 1 317-320) Le bébé fait son mouvement et vous vous adaptez à lui. Donc là vous vous mettez à son service. Il descend en bas et à droite dans la fosse iliaque pendant que vous vous laissez faire dans votre colonne. Vous l'accompagnez. (D, 1 321-324) Il aime bien les rotations et maintenant c'est lui qui fait une rotation à gauche. Inclinaison gauche, il repart à gauche et en avant. Là vous vous penchez en avant en emmenant le bébé. Votre mouvement change, ce n'est plus vous qui faites, vous vous laissez emmener par une force qui vient plutôt du ventre. (D, 1 338-340) Translation droite avec une légère rotation vers la droite comme si le bébé tournait ; il revient et vous aussi, retour de la rotation droite. Retour au centre, il ne |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | tourne pas à gauche mais il se translate à gauche. |
|--|--|--|--|--|

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|---------------------------------|-----------------------------|----------------------|--|---|
| Dynamique maman-bébé | De la maman vers le bébé | | Le bébé peut réagir aux différentes sollicitations proposées | (D, 1 169-171) Au point d'appui je sens qu'un grand volume (qui concerne à la fois la maman et le bébé) se mobilise sous mes mains. [...]. Je sens que le bébé remonte vers les côtes et se dégage du bassin. (D, 1 231-232) Et là je sens le bébé qui devient présent, une chaleur dans le ventre, une présence. |
| | | | Explorer la mobilité articulaire lombo-pelvienne redonne de la place au bébé | (D, 1 288-290) Donc dans le recul, enrroulement, il y a la colonne qui fait une rotation vers la gauche, le bassin a un côté qui recule et un qui avance. Là, ça donne de la place au bébé à droite, par contre c'est plus fermé à gauche. (D, 1 242-243) [...] ; laissez la colonne reculer encore, s'arrondir, puis dans le recul sentez que vous autorisez le bébé à glisser en arrière. (D, 1 303-305) Vous pouvez commencer à absorber comme si dans les os il y avait de la place maintenant. Comme si le bébé était même loin en arrière. |
| | | | Les mouvements du bassin peuvent mobiliser le bébé dans les différents plans de l'espace | (D, 1 252-253) On déroule, on étire quelque chose dedans, c'est comme si votre colonne emmène le bébé vers l'avant et vers le haut, surtout vers l'avant. (D, 1 274-276) Retour et là c'est votre bassin qui est moteur et vous vous éloignez du bébé, votre regard s'éloigne du bébé et vous laissez le bébé glisser et avancer. (D, 1 276-277) Votre bassin l'aide à trouver son axe, à le mobiliser, comme si vous mobilisiez le bébé. Les mouvements de votre bassin peuvent guider le bébé. (D, 1 280-281) Votre bassin recule le plus possible, votre bassin guide le bébé dans le ventre, le pubis remonte, le sacrum descend, tout ça pour guider le bébé. |
| | | | La maman s'enroule autour de son bébé et se démoule de son bébé | (D, 1 271-273) Vous vous enrroulez autour de l'enfant. Ça fait comme deux mouvements contraires, il y a la colonne qui recule avec le bébé et vous vous enrroulez autour, en allant presque vers l'avant, du coup votre tête se rapproche du bébé, comme si vous vouliez regarder le bébé. (D, 1 278-279) C'est vous qui vous enrroulez autour du bébé et votre tête se rapproche du bébé. (D, 1 290-292) Voilà, vous vous grandissez avec rotation à droite, la tête, les épaules vont tourner à droite, la colonne se grandit et vous vous démoulez du bébé, vous lui laissez de la place, il vit sa vie. (D, 1 296-297) Epaule droite avance, la gauche recule, vous tournez autour du bébé. (D, 1 297-298) Dans la phase d'extension et de divergence sentez l'appui au sol, comme une propulsion avec un grandissement et vous vous démoulez du bébé. (D, 1 341-344) Laissez de l'espace entre vous et le bébé ; sentez que vous pouvez prendre de la distance par rapport à lui. La colonne continue à glisser en avant, ne reculez pas trop la tête, sans perdre le lien avec votre bassin. (D, 1 350) Et là c'est vous qui vous enrroulez et le bébé qui recule, la colonne aussi. |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|--------------------|-----------------------------|---|---|
| | Du bébé à la maman | Le bébé | Etat de tension ou relâchement du bébé | (D, 1 165) Je sens le bébé très ramassé sur lui-même. |
| | | | Organisation spatiale des mouvements du bébé | (D, 1 238-240) Je sens que le bébé n'est pas organisé autour d'un axe haut-bas ou avant-arrière mais plutôt autour d'un axe oblique, c'est peut-être pour cela qu'il est en siège ? |
| | | Du bébé à la maman | La maman perçoit et accompagne gestuellement certains paramètres (orientation, amplitude, ...) du mouvement interne de son enfant | (D, 1 317-318) Maintenant on va faire un mouvement libre à partir du bébé. Le bébé fait son mouvement et vous vous adaptez à lui. Donc là vous vous mettez à son service. (D, 1 318-320) Il descend en bas et à droite dans la fosse iliaque pendant que vous vous laissez faire dans votre colonne. Vous l'accompagnez. (D, 1 321-322) Il aime bien les rotations et maintenant c'est lui qui fait une rotation à gauche. Inclinaison gauche, il repart à gauche et en avant. (D, 1 323-327) Votre mouvement change, ce n'est plus vous qui faites, vous vous laissez emmener par une force qui vient plutôt du ventre. Translation gauche, translation droite ; il explore les mouvements de base et vous vous l'accompagnez, vous glissez aussi dans votre bassin vers la droite. Comme s'il repoussait les murs qu'il a autour de lui, les parois, les barrières. (D, 1 338-340) Translation droite avec une légère rotation vers la droite comme si le bébé tournait ; il revient et vous aussi, retour de la rotation droite. Retour au centre, il ne tourne pas à gauche mais il se translate à gauche. (D, 1 352) Il appuie et ça vous permet d'enrouler la colonne. |
| | | Non prédominance maman-bébé | Une réciprocité se construit entre la maman et le bébé, il n'y a plus de prédominance entre la maman et le bébé | (D, 1 256-258) Et on laisse le bébé glisser avec. Là on va gagner en amplitude. Laissez l'amplitude vous emmener. Et là c'est comme si vous vous enrouliez autour de bébé. Il recule, il emmène votre colonne en arrière et vous vous enroulez autour de lui. (D, 1 330) Doucement, n'oubliez pas le bébé, et là c'est vous deux ensemble. (D, 1 352-354) Il appuie et ça vous permet d'enrouler la colonne. C'est synchrone, c'est comme un volume, votre colonne est capable de reculer à la mesure des mouvements du bébé. Ce n'est plus un blocage. C'est un ensemble. (D, 1 357-360) C'est comme si vous berciez le bébé avec vos mouvements du bassin mais de manière harmonieuse ; on va y mettre les jambes, sans arrêter le mouvement de recul de la colonne, toute la colonne s'arrondit autour du bébé. |

Tableau n°2b – Anouk - Catégorisation finale

| Anouk - Informations verbales de la patiente (tableau n°2b – colonne 1) | | | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------|--|---|
| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
| Symptômes physiques | Les symptômes abdomino-lombo-pelviens | | Localisation de la douleur dans la région lombaire | (A s, l 16-19) J'ai mal au dos. C'est plutôt musculaire, ce n'est pas l'ossature, [...]. Donc c'est vraiment de la courbature, avec la tension j'ai tendance à me cambrer, ce n'est pas bon. J'essaie de remettre le dos à peu près droit. |
| | | | Localisation de la douleur au niveau du pelvis | (A s, l 48-53) Au niveau du pubis. [...]. Plus vers la superficie. [...] c'est vraiment centré là. Je le sens plus en superficie au niveau des ligaments de l'utérus. Ce n'est vraiment pas profond, j'ai l'impression que je pourrais même le toucher. (A s, l 55-58) Douleur est vraiment un mot très fort, c'est vraiment une gêne, comme un pincement, un bon petit pincement sur les ligaments qui fait que ça tire un coup. [...] Je remarque que j'ai le ventre quand même un peu tendu, en tout cas plus que d'habitude. |
| | | | Retentissement sur la marche | (A s, l 319-320) [...] et même quand je marchais, je marchais beaucoup en canard, ça je le sentais beaucoup. |
| Vécu de la grossesse et interaction avec son bébé | Vécu de la grossesse | | Régulation de son quotidien quand elle se sent trop tendue | (A s, l 37-38) [...] j'arrête ce que je suis en train de faire qui, <i>a priori</i> , est stressant ou trop fatiguant physiquement. |
| | | | Expérience de périodes de contractions utérines intenses | (A s, l 72-74) Pour moi, j'ai déjà eu des contractions très dures comme quand on bande un muscle. Ça m'est arrivé une fois pour le moment, j'ai mis d'ailleurs beaucoup de temps, il faut que je sois couchée pour que j'arrive à me détendre, que je respire vraiment. |
| | | | Périodes de fatigues extrêmes | (A s, l 80-83) C'était un soir où je pleurais sans raison, parce qu'il y avait trop de fatigue et j'avais trop tiré sur la corde. C'est la seule fois où j'ai eu des contractions. Même en prenant conscience, ça ne se détendait pas tout seul. Le reste du temps j'ai l'impression que c'est vraiment extérieur, que je l'écoute avant d'arriver à ce résultat-là. |
| | | Interaction avec son bébé | Perception par la maman que son bébé est bien centré | (A s, l 23) Euh, sinon le bébé est, à mon sens, bien centré, il n'y a pas de souci, toujours bien actif. |
| | | | Les mouvements du bébé peuvent être douloureux | (A s, l 42-46) Quand il tape en bas, je suppose qu'il doit taper sur des ligaments, des choses comme cela, et c'est pas agréable. [...] Du coup quand il tape en bas c'est vraiment des moments où je suis stressée ou contrariée. Ou peut-être que je n'y fais pas attention les autres moments aussi ! |
| Effets de la séance | En différé (de la séance précédente) | | Mise en lien entre un bébé bien centré dans le bassin et l'absence de douleurs | (A s, l 154-157) [...] la dernière fois j'avais la sensation qu'il (le bébé) était bien sur la colonne, j'avais pas du tout eu mal au dos jusqu'à samedi, pas une seule douleur, pas une seule gêne. |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|--|--|--|--|
| | | | Impact de la séance précédente sur les troubles vasculaires de la grossesse | (A s, l 330-333) Les jambes aussi, je ne vous avais pas dit, depuis la dernière séance où vous aviez travaillé sur le bassin et les jambes, je les ai à nouveau ressenties (positivement) tout le mois passé et puis avec moins de gonflement d'ailleurs. Hier avec les grosses chaleurs, je n'ai pas du tout eu les jambes enflées. |
| | En temps réel (de la séance actuelle) | | Gain de place dans le bassin et assouplissement de la région lombo-pelvienne | (A s, l 200-202) Ça va, ça donne de la place en bas et de la souplesse surtout. [...] Vraiment dans la structure, dans le centre du dos. |
| | | | Perception d'un travail global | (A s, l 204-210) Oui, et quand vous avez travaillé les lombaires, [...] c'est que je sentais travailler jusqu'à l'intérieur. [...] En tout cas, (à cette séance) ça a travaillé jusqu'à l'intérieur de l'épaule, au niveau de l'aisselle. |
| | En post immédiateté (juste après la séance actuelle) | Par rapport aux symptômes lombo-pelviens | Une mobilité retrouvée | (A s, l 316-320) Là, retrouver la présence et la mobilité parce qu'il n'y avait plus de mobilité, c'est parce que cela s'était compensé. Donc ça c'était vraiment bien, retrouver du mouvement aussi en fin de compte, [...]. (A s, l 343-344) Vraiment de la mobilité partout jusqu'en haut du dos. |
| | | Par rapport au bébé | Perception d'un relâchement lié au repositionnement du bébé | (A s, l 342-344) Moi j'ai l'impression qu'au niveau de ventre ça tire forcément moins sur les ligaments, maintenant que le bébé est revenu en arrière. |

Anouk – Connaissances théoriques sur lesquelles je m'appuie (tableau n°2b – colonne 2)

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|---|--|--|---|--|
| Connaissances médicales | Physiologie-pathologie lombo-pelvienne | | Connaissance topographique de la douleur lombaire | (A s, l 16-22) J'ai mal au dos. C'est plutôt musculaire, ce n'est pas l'ossature, c'est tout simplement le fait d'avoir changé de lit ce week-end, [...]. Et puis depuis ça passe un peu mais il y a de la courbature, c'est vraiment musculaire. |
| | Physiologie-pathologie de la grossesse | Connaissance des douleurs spécifiques liées à la grossesse | Des douleurs spécifiques liées à la grossesse | (A s, l 43-44) Quand il tape en bas, je suppose qu'il doit taper sur des ligaments, des choses comme cela, et c'est pas agréable. Alors ce n'est pas douloureux, mais ce n'est pas agréable. (A s, l 52-53) C'est vraiment centré là. Je le sens plus en superficie au niveau des ligaments de l'utérus. Ce n'est vraiment pas profond, j'ai l'impression que je pourrais même le toucher. (A s, l 151-153) Vous avez l'impression de vous cambrier au fur et à mesure de la grossesse ? [...] Vous sentez que ça se creuse et que le bébé tire vers l'avant peut-être ? |
| | | | Diagnostic différentiel : contractions et circonstances d'apparition | (A s, l 61-64) C'est là que je me rends compte que le ventre qui d'habitude est mou, et qui là n'est pas dur, dur, mais tendu. (A s, l 69-74) Ben, je ne sais pas trop parce que je n'ai pas de référence sur les contractions. J'ai plus l'impression que c'est extérieur, la crispation des ligaments peut-être que je ressens. [...] Pour moi, j'ai déjà eu des contractions très dures comme quand on bande un muscle. Ça m'est arrivé une fois pour le moment, j'ai mis d'ailleurs beaucoup de temps, il faut que je sois couchée pour que j'arrive à me détendre, que je respire vraiment. (A s, l 80-83) C'était un soir où je pleurais sans raison, parce qu'il y avait trop de fatigue et j'avais trop tiré sur la corde. C'est la seule fois où j'ai eu des contractions. Même en en prenant conscience, ça ne se détendait pas tout seul. Le reste du temps j'ai l'impression que c'est vraiment extérieur, que je l'écoute avant d'arriver à ce résultat-là. |
| Connaissances de la fasciathérapie | Voie de résonance d'un choc | Réaction neurovasculaire et neurovégétative | Le corps offre des signes de la réversibilité des impacts du stress sur les grands systèmes | (A s, l 138) Ça pulse sous la pulpe de mes doigts. (A s, l 187) La chaleur s'installe entre mes deux mains, [...]. (A s, l 237) Ça commence à pulser, ça libère le vasculaire, [...]. |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|-----------------|---|---|---|
| | | Crispation du fascia | La crispation des fascias (musculo-squelettiques, fascia axial profond et fascia dure-mérien) est perçue par la main du thérapeute. | (A ds, l 66-67) Sous mes mains je retrouve un coccyx orienté vers le pubis avec une restriction de mobilité, tension des lames sacro-pubiennes et crispation du périnée. (A s, l 118-120) D'emblée c'est beaucoup plus résistant, et je pousse un peu pour que le diaphragme descende. (A ds, l 30-32) Je déplace mes mains sur son diaphragme et constate que celui-ci est encore peu mobile vers le bas (mais par comparaison avec les premières séances, on a gagné en amplitude). (A ds, l 34-36) J'observe à la fois les points d'ancrage et les îlots de tensions qui apparaissent sous mes mains et à distance dans la région lombaire. Intellectuellement je fais le lien avec ses douleurs lombaires qui sont réapparues. (A s, l 138-140) Je déplace mes doigts sur les vertèbres les plus denses et j'appuie la paume de ma main ventrale sur le pubis, pour solliciter le cadre osseux. J'ajuste mes prises en fonction des zones denses. |
| | | Tension des fascias myotensifs | La main fait une lecture des tensions musculaires à l'origine des troubles de l'adaptation tonique | (A s, l 135) Je sens que les lombaires sont tendues. (A s, l 151) Vous avez l'impression de vous cambrer au fur et à mesure de la grossesse ? (A ds, l 37-41) Je fais une prise lombaire avec une main lombaire et une main ventrale sur le bébé. [...]. J'ai dans mes mains un grand contraste entre les deux mains, les vertèbres lombaires sont très denses, les muscles contracturés et dans ma main ventrale, beaucoup de vitalité, de légèreté. Cela me confirme que la priorité ici est de libérer la région lombaire. |
| | | Perturbation des rythmes et du drainage | La restauration des rythmes globaux du corps signe le retour à la physiologie et à un équilibre tensionnel | (A s, l 188-189) [...] petits rythmes, la colonne se creuse, le sacrum s'antériorise, retour. Il y a vraiment un gain d'amplitude. (A s, L 129-130) [...] ça devient fluide léger, voilà petit rythme d'équilibration |
| | | Immobilité : blocage articulaire | Les restrictions de mobilité interne peuvent avoir un impact sur les restrictions de mobilité articulaire | (A ds, l 66-67) Sous mes mains je retrouve un coccyx orienté vers le pubis avec une restriction de mobilité, tension des lames sacro-pubiennes et crispation du périnée. (A s, l 165-166) J'ai moins de douleurs, par contre je sens que je suis en train de cambrer, je suis en train de compenser. (A s, l 189-190) Je vais faire une prise au niveau du coccyx et du sacrum, je sens que c'est tendu par là. Comme si le coccyx était tiré vers l'avant. |

Anouk – Connaissances issues de mon expertise pratique (tableau n°2b – colonne 3)

| Catégories | Sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------------------------------|--|---|---|
| Stratégies thérapeutiques adaptées | Importance de libérer le cadre osseux et fascia musculo-squelettique | Importance de libérer la région thoracique et diaphragmatique pour permettre au bébé d'occuper l'espace supérieur | (A s, l 98) Je commence par un travail au niveau du thorax. Point d'appui au niveau du thorax haut. (A s, l 114-117) Je déplace mes mains au niveau du diaphragme, une région qui est souvent tendue, avec un toucher périosté qui accroche le périoste et le volume du diaphragme. Traction. Ça travaille bien entre mes deux mains. Ça vient chercher aussi un travail à distance au niveau de la fosse iliaque droite et de la jambe droite. |
| | | Importance de libérer manuellement la région lombo-pelvienne pour soulager les tensions lombaires | (A s, l 133) Je me déplace et prends une prise lombaire et une main au niveau de l'utérus. (A s, l 145) Tournez-vous sur le côté comme cela je vais pouvoir travailler les lombaires. (A s, l 170-172) J'ai une prise au niveau du sacrum et une main très large au niveau des apophyses transverses des lombaires. (A s, l 184-185) Retour, voilà et je sens que c'est bien la colonne qui recule, qui vient dans mes mains, vers l'arrière. (A s, l 218-220) [<i>Changement de prise les deux mains sur l'iliaque droit, car cette prise permet de mobiliser l'aile iliaque, le bassin et les lombaires. La femme enceinte a naturellement tendance à verrouiller cette région et de surcroît quand elle a une lombalgie</i>]. |
| | | Importance de rechercher et libérer les zones denses, crispées et en restriction de mobilité pouvant avoir des répercussions sur la physiologie | (A s, l 138-140) Je déplace mes doigts sur les vertèbres les plus denses et j'appuie la paume de ma main ventrale sur le pubis, pour solliciter le cadre osseux. J'ajuste mes prises en fonction des zones denses. (A s, l 140-141) Ça commence à fondre au niveau de l'os, au niveau du pubis, derrière c'est encore dense. (A s, l 189-196) Je vais faire une prise au niveau du coccyx et du sacrum, je sens que c'est tendu par là. Comme si le coccyx était tiré vers l'avant. Vous n'avez pas de problème d'hémorroïdes ? [...] Avec cette prise je sens que j'ai accès aux ligaments sacro-pubiens, au col de l'utérus, à la partie inférieure de l'utérus. |
| | | Importance de libérer le cadre osseux pour retrouver une mobilité fonctionnelle de la région lombo-pelvienne et faire de la place au bébé | (A s, l 185-187) Voilà et là il y a tout l'espace postérieur qui est de nouveau habité. Il y a de nouveau de la place pour le bébé, il peut à nouveau reculer vers la colonne. (A s, l 241-244) J'accompagne le mouvement libre de l'aile iliaque par rapport aux lombaires, pour que la patiente sente que c'est mobile dans son corps et qu'il y a un nouvel espace de liberté de mouvement qui se gagne, qui se retrouve. Ouverture du flanc gauche, descente de l'aile iliaque, rotation interne. (A s, l 278-281) Ça repart, la colonne se déroule dans la lenteur, avec de l'épaisseur, emmenez le dedans, un peu moins vite, vous déroulez le dedans et laissez les jambes s'éloigner pour mobiliser les sacro-iliaques; on travaille la mobilité du bassin, n'ayez pas peur de laisser la colonne se creuser, [...]. (A s, l 286-288) Les jambes se rassemblent, vous laissez monter le pubis et le sacrum se pose sur la chaise. Le dos s'arrondit en haut et ça recule en bas. |

| Catégories | Sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|---|---|---|
| | Importance de libérer le fascia axial profond (FAP) | Importance de libérer le FAP afin de libérer les organes vitaux et les fonctions de drainage | <p>(A s, l 120-121) J'ai accès au volume du diaphragme et des côtes. Ça met en travail l'intra-thoracique avec notamment le cœur et les poumons.</p> <p>(A s, l 123-126) Je commence à avoir l'intérieur du ventre qui se mobilise au point d'appui, ça commence à travailler dans le bébé, qui commence à être concerné par ce travail. Je le perçois sous forme d'une épaisseur, un volume épais concerné par ce travail et qui est délimité à l'utérus.</p> <p>(A s, l 127-128) Ça vient chercher le fascia intra-thoracique. Retour, je sens un mouvement d'ouverture vers le haut et vers le plafond aussi, vers le haut et l'avant.</p> <p>(A s, l 185-189) Voilà et là il y a tout l'espace postérieur qui est de nouveau habité. Il y a de nouveau de la place pour le bébé, il peut à nouveau reculer vers la colonne. La chaleur s'installe entre mes deux mains, retour, petits rythmes, la colonne se creuse, le sacrum s'antériorise, retour. Il y a vraiment un gain d'amplitude.</p> <p>(A s, l 294-298) Ça ouvre au niveau du diaphragme, de la colonne, ça dégage tous les organes qui commencent à être comprimés entre la colonne et le bébé. [...]. On peut imaginer qu'il y a les reins aussi, l'aorte, les organes et puis il y a la colonne et le bébé qui glissent en arrière, qui se glissent dans ce coulissement postérieur.</p> |
| | | Les prises manuelles ont une action simultanée sur le cadre ostéo-articulaire et sur les plans plus profonds comme le FAP | <p>(A s, l 133) Je [...] Prends une prise lombaire et une main au niveau de l'utérus.</p> <p>(A s, l 189-196) Je vais faire une prise au niveau du coccyx et du sacrum, je sens que c'est tendu par là. Comme si le coccyx était tiré vers l'avant. Vous n'avez pas de problème d'hémorroïdes ? [...] Avec cette prise je sens que j'ai accès aux ligaments sacro-pubiens, au col de l'utérus, à la partie inférieure de l'utérus.</p> <p>(A s, l 278) [...] donc j'ai une main lombaire et une main antérieure.</p> |
| | Importance de centrer le bébé dans le cadre osseux | Aider le bébé à occuper l'espace peut diminuer les douleurs ressenties par la maman | <p>(A s, l 123-124) Je commence à avoir l'intérieur du ventre qui se mobilise au point d'appui, ça commence à travailler dans le bébé, qui commence à être concerné par ce travail.</p> <p>(A s, l 185-187) Voilà et là il y a tout l'espace postérieur qui est de nouveau habité. Il y a de nouveau de la place pour le bébé, il peut à nouveau reculer vers la colonne.</p> |

Anouk – Informations internes perçues sous mes mains pendant la séance (tableau n°2b – colonne 4)

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|----------------------------|-----------------|----------------------|---|---|
| Tension/relâchement | État tensionnel | | Etat tensionnel de la région lombo-pelvienne | <p>(A s, l 118-119) D'emblée c'est beaucoup plus résistant, et je pousse un peu pour que le diaphragme descende.</p> <p>(A s, l 135) Je sens que les lombaires sont tendues.</p> <p>(A s, l 137-138) Par contre au niveau postérieur, j'ai un toucher osseux pour permettre à la colonne de se dé-densifier.</p> <p>(A s, l 189-190) Je vais faire une prise au niveau du coccyx et du sacrum, je sens que c'est tendu par là. Comme si le coccyx était tiré vers l'avant.</p> <p>(A s, l 233) On retrouve la tension que l'on avait déjà à la première séance. Cette fixité côté gauche.</p> |
| | Psychotonus | Au point d'appui | Le psychotonus : une force de réorganisation qui s'exprime dans les différentes structures anatomiques du corps permet d'évaluer le degré de vitalité | <p>(A s, l 98) Point d'appui au niveau du thorax haut.</p> <p>(A s, l 104-105) Je vais en butée, je laisse travailler, point d'appui. Vous commencez à vous poser, et un volume global commence à se donner que j'accompagne ; [...].</p> <p>(A s, l 106) Point d'appui.</p> <p>(A s, l 116-117) Ça travaille bien entre mes deux mains. Ça vient chercher aussi un travail à distance au niveau de la fosse iliaque droite et de la jambe droite.</p> <p>(A s, l 123-126) Je commence à avoir l'intérieur du ventre qui se mobilise au point d'appui, ça commence à travailler dans le bébé, qui commence à être concerné par ce travail. Je le perçois sous forme d'une épaisseur, un volume épais concerné par ce travail et qui est délimité à l'utérus.</p> <p>(A s, l 176) Mon point d'appui sollicite aussi le haut de la colonne.</p> <p>(A s, l 172-175) Point d'appui. Ça commence à travailler entre mes deux mains. Je suis encore en point d'appui car ça met du temps à se mobiliser. J'accroche maintenant plus de profondeur et mes deux mains glissent l'une vers l'autre.</p> <p>(A s, l 181-182) [Silence] J'attends.</p> <p>(A s, l 228-230) A l'issue du point d'appui, l'aile iliaque va en rotation interne, c'est plus résistant, je glisse et je pousse dans la direction de la rotation interne.</p> <p>(A s, l 295-296) Donc il y a vraiment besoin de ce temps d'ouverture ; [...].</p> |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|--------------------------------|-----------------|--|---|--|
| | | Evolution du psychotonus sous les mains dans les différentes structures du corps | Je perçois l'action du psychotonus sur l'architecture des différentes structures | <p>(A s, l 109-113) Dans l'ensemble du corps j'ai un volume qui se mobilise, qui concerne la profondeur parce que j'ai un volume plus épais qui me donne accès à une consistance, qui grandit au fur et à mesure de la séance. Ça vient travailler dans la tête puis là ça commence à solliciter un travail au niveau du bassin et du ventre. Avant c'était plus indifférencié.</p> <p>(A s, l 120) La densité périostée se dilue.</p> <p>(A s, l 129-130) Retour, ça devient fluide léger, voilà petit rythme d'équilibration.</p> <p>(A s, l 140-141) Ça commence à fondre au niveau de l'os, au niveau du pubis, derrière c'est encore dense.</p> <p>(A s, l 176-177) Retour, voilà, éloignement de mes deux mains et la colonne commence à reculer d'elle-même.</p> <p>(A s, l 183-184) Ça travaille assez peu au sein de l'os, il y a assez peu d'épaisseur, il y a un grand volume mais assez peu épais.</p> <p>(A s, l 187-189) La chaleur s'installe entre mes deux mains, retour, petits rythmes, la colonne se creuse, le sacrum s'antériorise, retour. Il y a vraiment un gain d'amplitude.</p> <p>(A s, l 224) Je sens que ça mobilise la structure du bassin [...].</p> <p>(A s, l 230) Le bassin s'ouvre.</p> <p>(A s, l 239-240) Voilà, je commence à avoir une épaisseur qui gagne sous mes mains, avec mon coude j'accroche la cuisse.</p> <p>(A s, l 291) [...] mouvement qui emmène de la profondeur.</p> |
| Paramètres du mouvement | Lenteur | | Le mouvement interne s'exprime dans une lenteur caractéristique appelée lenteur sensorielle | <p>(A s, l 278-282) [...] la colonne se déroule dans la lenteur, [...] un peu moins vite, [...].</p> <p>(A s, l 291) Doucement, pas trop vite, mouvement qui emmène de la profondeur.</p> |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|-----------------|----------------------|--|---|
| | Orientation | | Des formes gestuelles se dessinent dans différentes orientations de l'espace | <p>(A s, l 105-106) [...] le mouvement qui se donne va en inclinaison gauche.</p> <p>(A s, l 106-107) [...] j'accompagne le mouvement spontané qui se donne dans le sens de l'inclinaison droite, [...].</p> <p>(A s, l 121-122) [...] je repars en extension, vers un mouvement de base vers le haut.</p> <p>(A s, L 126-127) Ça glisse moins dans le mouvement vers le bas, donc je pousse un peu, ça glisse moins à gauche qu'à droite.</p> <p>(A s, l 128) [...] je sens un mouvement d'ouverture vers le haut et vers le plafond aussi, vers le haut et l'avant.</p> <p>(A s, l 129) Retour, mouvement en bas et en arrière, comme un mouvement de convergence.</p> <p>(A s, l 176-177) Retour, voilà, éloignement de mes deux mains et la colonne commence à reculer d'elle-même.</p> <p>(A s, l 182-183) Retour en rassemblement, et ça va dans le sens de la cambrure. Les lombaires se creusent et glissent vers l'avant.</p> <p>(A s, l 185-187) [...] voilà et je sens que c'est bien la colonne qui recule, qui vient dans mes mains, vers l'arrière. Voilà et là il y a tout l'espace postérieur qui est de nouveau habité. Il y a de nouveau de la place pour le bébé, il peut à nouveau reculer vers la colonne.</p> <p>(A s, l 188) [...] petits rythmes, la colonne se creuse, le sacrum s'antériorise, retour.</p> <p>(A s, l 196-197) Le coccyx recule, le sacrum s'antériorise, ça ouvre tout l'espace entre le sacrum-coccyx-pubis. Retour, le sacrum glisse en arrière et le coccyx vers l'avant.</p> <p>(A s, l 222-224) Quand l'iliaque vient en convergence et en rotation interne ça ouvre tout l'espace postérieur au niveau du sacrum et du coccyx. Retour avec rotation externe.</p> <p>(A s, l 228) Ici l'iliaque part d'emblée en rotation externe et en arrière.</p> <p>(A s, l 228-230) A l'issue du point d'appui, l'aile iliaque va en rotation interne, c'est plus résistant, je glisse et je pousse dans la direction de la rotation interne.</p> <p>(A s, l 230) Voilà retour en rotation externe. Le bassin s'ouvre.</p> <p>(A s, l 237-238) [...] ça va facilement en rotation externe et en arrière.</p> <p>(A s, l 241-244) j'accompagne le mouvement libre de l'aile iliaque par rapport aux lombaires, [...] qui se retrouve.</p> <p>(A s, l 244) Ouverture du flanc gauche, descente de l'aile iliaque, rotation interne.</p> <p>(A s, l 278-282) [...] laissez les jambes s'éloigner pour mobiliser les sacro-iliaques; on travaille la mobilité du bassin, n'ayez pas peur de laisser la colonne se creuser, [...].</p> <p>(A s, l 286-288) Les jambes se rassemblent, vous laissez monter le pubis et le sacrum se pose sur la chaise. Le dos s'arrondit en haut et ça recule en bas.</p> <p>(A s, l 291-294) [...] ça ne pose vraiment pas de problème d'aller explorer l'antériorité, surtout que ça vous fait du bien.</p> <p>(A s, l 294-299) Ça ouvre au niveau du diaphragme, de la colonne, ça dégage tous les organes qui commencent à être comprimés entre la colonne et le bébé. [...] maintenant c'est votre colonne qui repart en arrière. [...] vous avez gagné en postériorité.</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>(A s, l 299-300) Retour, et là c'est le bassin qui commence à être starter du mouvement. Les omoplates se rapprochent et la colonne se redresse.</p> <p>(A s, l 300-302) Les omoplates se rapprochent et la colonne se redresse. Retour. Laissez bien les jambes se rapprocher comme cela ça ouvre l'espace postérieur au niveau des sacro-iliaques.</p> |
|--|--|--|--|---|

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|-----------------|----------------------|---|--|
| | Amplitude | | Toute l'amplitude des mouvements tissulaires et articulaires se déploie | <p>(A s, l 128) [...] je sens un mouvement d'ouverture vers le haut et vers le plafond aussi, vers le haut et l'avant.</p> <p>(A s, l 182-183) Retour en rassemblement, et ça va dans le sens de la cambrure. Les lombaires se creusent et glissent vers l'avant.</p> <p>(A s, l 185-187) [...] voilà et je sens que c'est bien la colonne qui recule, qui vient dans mes mains, vers l'arrière. Voilà et là il y a tout l'espace postérieur qui est de nouveau habité. Il y a de nouveau de la place pour le bébé, il peut à nouveau reculer vers la colonne.</p> <p>(A s, l 188-189) [...] petits rythmes, la colonne se creuse, le sacrum s'antériorise, retour. Il y a vraiment un gain d'amplitude.</p> <p>(A s, l 196-197) Le coccyx recule, le sacrum s'antériorise, ça ouvre tout l'espace entre le sacrum-coccyx-pubis. Retour, le sacrum glisse en arrière et le coccyx vers l'avant.</p> <p>(A s, l 222-223) Là, je suis les mouvements de l'iliaque droit. Quand l'iliaque vient en convergence et en rotation interne ça ouvre tout l'espace postérieur au niveau du sacrum et du coccyx.</p> <p>(A s, l 228-230) Ici l'iliaque part d'emblée en rotation externe et en arrière.</p> <p>(A s, l 230) Le bassin s'ouvre.</p> <p>(A s, l 237-238) [...] ça va facilement en rotation externe et en arrière.</p> <p>(A s, l 241-244) J'accompagne le mouvement libre de l'aile iliaque par rapport aux lombaires, pour que la patiente sente que c'est mobile dans son corps et qu'il y a un nouvel espace de liberté de mouvement qui se gagne, qui se retrouve. Ouverture du flanc gauche, descente de l'aile iliaque, rotation interne.</p> <p>(A s, l 286-288) Les jambes se rassemblent, vous laissez monter le pubis et le sacrum se pose sur la chaise. Le dos s'arrondit en haut et ça recule en bas.</p> <p>(A s, l 294-298) Ça ouvre au niveau du diaphragme, de la colonne, ça dégage tous les organes qui commencent à être comprimés entre la colonne et le bébé. [...] il y a les reins aussi, l'aorte, les organes et puis il y a la colonne et le bébé qui glissent en arrière, qui se glissent dans ce coulissement postérieur.</p> <p>(A s, l 300-302) Les omoplates se rapprochent et la colonne se redresse. Retour. Laissez bien les jambes se rapprocher comme cela ça ouvre l'espace postérieur au niveau des sacro-iliaques.</p> |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|------------------|----------------------|---|---|
| | Globalité | Étendue | Dans la globalité, une étendue topographique est concernée | (A ds, l 34-36) J'observe à la fois les points d'ancrage et les flots de tensions qui apparaissent sous mes mains et à distance dans la région lombaire. Intellectuellement je fais le lien avec ses douleurs lombaires qui sont réapparues. (A s, l 111-113) Ça vient travailler dans la tête puis là ça commence à solliciter un travail au niveau du bassin et du ventre. Avant c'était plus indifférencié. (A s, l 116-117) Ça vient chercher aussi un travail à distance au niveau de la fosse iliaque droite et de la jambe droite. (A s, L120-121) Ça met en travail l'intra-thoracique avec notamment le cœur et les poumons. (A s, l 127) Ça vient chercher le fascia intra-thoracique. (A s, l 238-239) Je sens qu'il y a une globalité qui participe moins. (A s, l 240-241) Je sens que les mouvements se font en lien avec l'autre côté, le côté droit et je commence à libérer la rotation interne de l'iliaque gauche. |
| | | Profondeur | Dans la globalité il y a une précision des structures concernées vers la profondeur | (A s, l 104-105) Je vais en butée, je laisse travailler, point d'appui. [...] un volume global commence à se donner que j'accompagne ; [...]. (A s, l 109-111) Dans l'ensemble du corps j'ai un volume qui se mobilise, qui concerne la profondeur parce que j'ai un volume plus épais qui me donne accès à une consistance, qui grandit au fur et à mesure de la séance. (A s, l 120-121) Ça met en travail l'intra-thoracique avec notamment le cœur et les poumons. (A s, l 123-126) Je commence à avoir l'intérieur du ventre qui se mobilise au point d'appui, ça commence à travailler dans le bébé, qui commence à être concerné par ce travail. Je le perçois sous forme d'une épaisseur, un volume épais concerné par ce travail et qui est délimité à l'utérus. (A s, l 135) Je laisse venir le volume entre mes deux mains. (A s, l 174-175) J'accroche maintenant plus de profondeur et mes deux mains glissent l'une vers l'autre. (A s, l 239-240) Voilà, je commence à avoir une épaisseur qui gagne sous mes mains, avec mon coude j'accroche la cuisse. (A s, l 291) Doucement, pas trop vite, mouvement qui emmène de la profondeur. |
| | Rythmes/séquence | | La séquence est un mouvement aller-retour d'un ensemble de mouvements qui sont synchrones dans les tops départs et les tops arrivés | (A s, L 129-130) [...] ça devient fluide léger, voilà petit rythme d'équilibration. (A s, l 188-189) [...] petits rythmes, la colonne se creuse, le sacrum s'antériorise, retour. Il y a vraiment un gain d'amplitude. (A s, l 129-130) [...] ça devient fluide léger, voilà petit rythme d'équilibration. (A s, l 198) Je fais plusieurs allers-retours. |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|--|-------------------------|----------------------|--|--|
| | Évolutivité | Fluidité du geste | La gestuelle devient fluide, relâchée et non contrôlée | (A s, L 129-130) [...] ça devient fluide léger, voilà petit rythme d'équilibration. |
| | | Pulsologie | La réaction vasculaire exprime une vasodilatation générale et traduit un profond relâchement | (A s, l 138) Ça pulse sous la pulpe de mes doigts. (A s, l 187) La chaleur s'installe entre mes deux mains, [...]. (A s, l 237) Ça commence à pulser, ça libère le vasculaire, [...]. |
| | | | Les membres inférieurs sont coordonnés avec les mouvements du tronc, rotation externe dans le mouvement de divergence et rotation interne dans le mouvement de convergence | (A s, l 286-288) Les jambes se rassemblent, vous laissez monter le pubis et le sacrum se pose sur la chaise. Le dos s'arrondit en haut et ça recule en bas. (A s, l 278-282) [...] laissez les jambes s'éloigner pour mobiliser les sacro-iliaques; on travaille la mobilité du bassin, n'ayez pas peur de laisser la colonne se creuser, [...]. (A s, l 301-302) Laissez bien les jambes se rapprocher comme cela ça ouvre l'espace postérieur au niveau des sacro-iliaques. Retour en position neutre. |
| BRS/ML/BMS/ Mouvement libre | BRS | | Le schème de mouvement de convergence-divergence est composé d'un mouvement linéaire sur lequel s'organise le mouvement circulaire | (A s, l 127-128) [...] je sens un mouvement d'ouverture vers le haut et vers le plafond aussi, vers le haut et l'avant. (A s, l 129) Retour, mouvement en bas et en arrière, comme un mouvement de convergence. (A s, l 176-177) Retour, voilà, éloignement de mes deux mains et la colonne commence à reculer d'elle-même. (A s, l 182-183) Retour en rassemblement, et ça va dans le sens de la cambrure. Les lombaires se creusent et glissent vers l'avant. |
| | Mouvement linéaire (ML) | | Les mouvements linéaires existent dans les trois plans de l'espace et organisent le mouvement global | (A s, l 121-122) [...] je repars en extension, vers un mouvement de base vers le haut. (A s, l 126-127) Ça glisse moins dans le mouvement vers le bas, donc je pousse un peu, ça glisse moins à gauche qu'à droite. (A s, l 245) Et du coup c'est plus équilibré entre les deux côtés, puis mouvement de base haut-bas. |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------|---|--|
| | BMS | | La biomécanique sensorielle permet la mobilisation du micro-jeu articulaire | <p>(A s, 1 182-183) Retour en rassemblement, et ça va dans le sens de la cambrure. Les lombaires se creusent et glissent vers l'avant.</p> <p>(A s, 1 196-197) Le coccyx recule, le sacrum s'antériorise, ça ouvre tout l'espace entre le sacrum-coccyx-pubis. Retour, le sacrum glisse en arrière et le coccyx vers l'avant.</p> <p>(A s, 1 222-224) Quand l'iliaque vient en convergence et en rotation interne ça ouvre tout l'espace postérieur au niveau du sacrum et du coccyx. Retour avec rotation externe. Je sens que ça mobilise la structure du bassin [...].</p> <p>(A s, 1 228-230) A l'issue du point d'appui, l'aile iliaque va en rotation interne, c'est plus résistant, je glisse et je pousse dans la direction de la rotation interne.</p> <p>(A s, 1 224-224) Là, je suis les mouvements de l'iliaque droit. Quand l'iliaque vient en convergence et en rotation interne ça ouvre tout l'espace postérieur au niveau du sacrum et du coccyx. Retour avec rotation externe.</p> <p>(A s, 1 228-230) Ici l'iliaque part d'emblée en rotation externe et en arrière. A l'issue du point d'appui, l'aile iliaque va en rotation interne, c'est plus résistant, je glisse et je pousse dans la direction de la rotation interne. Voilà retour en rotation externe. Le bassin s'ouvre.</p> <p>(A ds, 1 60-61) Je teste la micro-mobilité du sacrum et je m'aperçois que la pointe du sacrum est limitée dans son amplitude de mouvement.</p> <p>(A ds, 1 67-68) Plusieurs points d'appui successifs vont permettre de libérer la micro-mobilité de la région et d'ouvrir l'espace inférieur.</p> |
| | Mouvement libre | | Le mouvement interne s'exprime dans des orientations libres | (A s, 1 241-245) J'accompagne le mouvement libre de l'aile iliaque par rapport aux lombaires, pour que la patiente sente que c'est mobile dans son corps et qu'il y a un nouvel espace de liberté de mouvement qui se gagne, qui se retrouve. Ouverture du flanc gauche, descente de l'aile iliaque, rotation interne. Et du coup c'est plus équilibré entre les deux côtés, puis mouvement de base haut-bas. |
| Dynamique maman-bébé | De la maman vers le bébé | | Le bébé peut interagir aux différentes sollicitations proposées | (A s, 1 123-126) Je commence à avoir l'intérieur du ventre qui se mobilise au point d'appui, ça commence à travailler dans le bébé, qui commence à être concerné par ce travail. Je le perçois sous forme d'une épaisseur, un volume épais concerné par ce travail et qui est délimité à l'utérus. |
| | Du bébé vers la maman | Le bébé | Lecture des différents paramètres du mouvement disponibles | <p>(A s, 1 186-187) Il y a de nouveau de la place pour le bébé, il peut à nouveau reculer vers la colonne.</p> <p>(A s, 1 297-298) [...] et puis il y a la colonne et le bébé qui glissent en arrière, qui se glissent dans ce coulissement postérieur.</p> |
| | | Non prédominance maman/bébé | Une réciprocité se construit entre la maman et le bébé, il n'y a plus de prédominance entre la maman et le bébé | (A s, 1 294-298) Ça ouvre au niveau du diaphragme, de la colonne, ça dégage tous les organes qui commencent à être comprimés entre la colonne et le bébé. [...] puis il y a la colonne et le bébé qui glissent en arrière, qui se glissent dans ce coulissement postérieur. |

Tableau n°2c – Lucile – Catégorisation finale

| Lucile – Informations verbales de la patiente (tableau n°2c – colonne 1) | | | | |
|---|---------------------------------------|-----------------------------|--|---|
| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
| Symptômes physiques : | Les symptômes abdomino-lombo-pelviens | | Localisation précise de la douleur dans ses irradiations dans les jambes | (L s, l 33-45) Bon ça (la douleur) c'est passé, ça ne lance plus jusqu'au pied. [...] (La gêne se situe) Au niveau du bassin et puis à l'entre-jambe. [...] En même temps ça tire, toujours le point à l'arrière [elle montre la sacro-iliaque droite] qui est toujours bloqué je pense !..... |
| | | | Impact de la gêne/douleur sur la vie quotidienne | (L s, l 93-94) Comme je suis assise au bureau, je le (la gêne) sens dès que je dois me relever. Une fois que j'ai bougé ça s'atténue un peu mais... (L s, l 118-120) C'était assez douloureux et surtout quand je passais de la position allongée à la position assise. En général je me tourne sur le côté pour me lever et selon le côté où je me lève, ça me tire au niveau de l'aine, et c'était assez puissant. |
| | Autres symptômes liés à la grossesse | | Impact des nausées sur la vie quotidienne | (L s, l 109) Au niveau des nausées, ça va, j'ai encore des aigreurs, c'est ça qui me barbouille un peu. (L s, l 154-160) A cause des nausées et de la fatigue. Tout ça ! [...] En fait je n'arrive pas à positiver suffisamment pour l'apprécier (la grossesse) à 100%. (...) Alors qu'à la première grossesse, malgré qu'il y avait les nausées, ça..., c'était plus agréable. |
| | | | Retentissement de l'état de fatigue sur l'état général | (L s, l 167) C'est éprouvant (me chuchote-t-elle), je suis vite essoufflée. (L s, l 187-188) Des essoufflements quand je monte les escaliers. C'est plus physique, mais c'est pas les mêmes sensations d'étouffements comme j'avais avant. (Etouffements qu'elle ressentait à la séance précédente) |
| Vécu de la grossesse et interaction avec son bébé | Vécu de la grossesse | | Confrontation entre un idéal de grossesse et la réalité source d'inquiétude | (L s, l 119-122) [...] ça me tire au niveau de l'aine, et c'était assez puissant. En plus je ne sais pas.....on a toujours peur que ce soit l'utérus ou autre chose qui.... Je ne sais pas si c'est musculaire ou pas, aucune idée ! (L s, l 154-167) A cause des nausées et de la fatigue. Tout ça ! [...] En fait je n'arrive pas à positiver suffisamment pour l'(la grossesse) apprécier à 100%. [Silence] <i>Lucile est très émue et retient même quelques sanglots.</i> [...] En fait je n'arrive pas à positiver suffisamment pour l'(la grossesse) apprécier à 100%. (...). (L s, l 331-332) Parce que ça (la grossesse) doit être un moment formidable à vivre (dit-elle toute émue) ! (<i>Il y a à nouveau quelques larmes.</i>) (L ds, l 85-86) Sur le pas de ma porte, elle me confie qu'elle a le sentiment de « ne pas profiter de sa grossesse ». |
| | | | Les gênes ressenties par la patiente peuvent créer un climat d'inquiétude pendant la grossesse | (L s, l 120-122) En plus je ne sais pas.....on a toujours peur que ce soit l'utérus ou autre chose qui.... Je ne sais pas si c'est musculaire ou pas, aucune idée ! |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|--------------------------------|---|--|--|--|
| Les effets de la séance | En différé (de la séance précédente) | | Soulagement du symptôme ou de la problématique lombo-pelvienne | (L s, l 104) Si, ça m'a soulagé (la douleur lombaire) une dizaine de jours. Et puis hop c'est revenu. |
| | En temps réel (de la séance actuelle) | | Soulagement des douleurs et relâchement global | (L s, l 300-304) Je ne sens pas de douleur. [...] Quand ça s'ouvre (ça soulage). [...] (Ça relâche) Toute la partie du ventre. |
| | | | Gain de place dans le bassin et assouplissement de la région lombo-pelvienne | (L s, l 300-304) Je ne sens pas de douleur. [...] Quand ça s'ouvre (ça soulage). [...] (Ça relâche) Toute la partie du ventre. |
| | En post immédiateté (juste après la séance) | Par rapport aux symptômes lombo-pelviens | Amélioration de la douleur et de la mobilité | (L s, l 310-314) Je le sens encore un peu (le point douloureux). J'ai l'impression que c'est moins coincé, plus souple. [...] C'est moins tendu. |
| | | Autres effets rapportés | Impact somato-psychique, amélioration de l'humeur | (L s, l 322-325) (rire) je me sens MIEUX (psychologiquement). [...] C'est à dire, plus positive. |

Lucile – Connaissances théoriques sur lesquelles je m'appuie (tableau n°2c – colonne 2)

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|--|----------------------------------|--|--|--|
| Connaissances médicales | Physiopathologie de la grossesse | Connaissance des douleurs spécifiques liées à la grossesse | Topographie de la gêne | (L s, l 33-45) Bon ça (la douleur) c'est passé, ça ne lance plus jusqu'au pied. [...] (La gêne se situe) Au niveau du bassin et puis à l'entre-jambe. [...] Je n'arrive pas vraiment à savoir en fait.... C'est par là (elle montre la région du pubis). [...] En même temps ça tire, toujours le point à l'arrière [elle montre la sacro-iliaque droite] qui est toujours bloqué je pense !..... (L s, l 123-125) Au niveau du bassin pendant la grossesse ça change beaucoup. Le bassin est un peu plus mobile par rapport en temps normal et en même temps l'utérus grandit et les ligaments qui maintiennent l'utérus se laissent étirer, donc souvent ça peut donner ce type de douleur. |
| | | | Diagnostic différentiel entre contractions et douleurs viscérales | (L s, l 138-139) Mais mal au ventre, c'était plutôt digestif ou des contractions ? Une tension au niveau de l'utérus ? |
| | | Connaissance des processus physiologiques liés de la grossesse | Nausées | (L s, l 109) Au niveau des nausées, ça va, j'ai encore des aigreurs, c'est ça qui me barbouille un peu. |
| | | | Retentissement sur l'état général | (L s, l 167) C'est éprouvant (me chuchote-t-elle), je suis vite essoufflée. (L s, l 187-188) Des essoufflements quand je monte les escaliers. C'est plus physique, mais c'est pas les mêmes sensations d'étouffements comme j'avais avant. (Etouffements qu'elle ressentait à la séance précédente) (L s1, l 239-241) Ça explique aussi votre fatigue d'avoir une tension (artérielle) aussi basse. Ça explique aussi que vous soyez essoufflée quand vous montez les escaliers, ça explique pas mal de choses. |
| | | | La grossesse peut favoriser un état de vulnérabilité psychique | (L ds, l 11-12) Pendant l'anamnèse je cherche des informations qui pourraient expliquer son état physique et psychique sans vraiment avoir de réponse. (L s, l 198) Et ça vous inquiète d'être fatiguée, ça ne vous paraît pas normal ? |
| Connaissance de la fasciathérapie | Voie de résonance d'un choc | Réaction neurovasculaire et neurovégétative | Le corps offre des signes de la réversibilité des impacts du stress sur les grands systèmes | (L s, l 217) Ça commence à pulser. (L s, l 266-267) Ça pulse sous mes mains, au niveau des artères fémorales. (L s, l 272-273) Ma main inférieure remonte vers la fosse iliaque droite, c'est moins tendu, plus chaud, davantage pulsatile. |
| | | Crispation du fascia | La crispation des fascias (musculo-squelettiques, fascia axial profond et fascia dure-mérien) est perçue par la main du thérapeute | (L s, l 207) Votre bassin est à nouveau très tendu, très crispé. (L s, l 215-216) C'est très tendu dans le bassin et au niveau de l'utérus ; et le bébé paraît tout resserré sur lui-même. (L ds, l 35-37) Et là je sens tout son corps complètement bloqué, sous mes mains tout est tendu, dur, fixe, rigide. (L ds, l 58-62) L'utérus vient spontanément se coller dans la fosse iliaque créant comme un bloc. Plusieurs points d'appui seront nécessaires dans le sens de la transversalité qui va progressivement gagner en amplitude, puis j'ai accès à une nouvelle orientation dans le sens haut-bas que j'accompagne. Ce sont pour moi des petits signes d'évolutivité. |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|-----------------|---------------------------------------|--|---|
| | | Tension des fascias myotensifs | La main fait une lecture des tensions musculaires à l'origine des troubles de l'adaptation tonique | (L s, 1 219-220) <i>J'observe qu'elle a quelques soupirs qui commencent à s'entendre, cela m'indique qu'un état de relâchement commence à s'installer.</i> (L ds, 1 46-48) J'observe alors si ma patiente m'offre des signes de relâchement autres que sous mes mains. Ainsi je remarque que parfois elle a des respirations plus amples, comme des soupirs qui témoignent d'un début de lâcher-prise. (L ds, 1 49-51) J'alterne des prises aile iliaque-branche ischio pubienne, prise bilatérale du pubis, utérus-lombaires ; j'ai des points d'appui peu ambitieux ni dans l'étendue, ni dans la profondeur. Ici toutes les petites modifications sont importantes |
| | | Perturbation des rythmes | La restauration des rythmes globaux du corps signe le retour à la physiologie et à un équilibre tensionnel | (L s, 1 286-287) Retour, spontanément ça se rééquilibre. |
| | | Désertion sensorielle et imperception | Les descriptions du thérapeute en temps réel permettent à la personne de poser son attention sur des phénomènes internes | (L s, 1 297-299) Relâchez bien, laissez venir avec mes mains, la colonne s'arrondit. Et là, la colonne se creuse. Ça recule et ça s'arrondit. [...]. Est-ce qu'il y a un mouvement qui soulage ? |
| | | Immobilité : blocage articulaire | Les restrictions de mobilité interne peuvent avoir un impact sur les restrictions de mobilités articulaires | (L s, 1 207) Votre bassin est à nouveau très tendu, très crispé. (L s, 1 215-216) C'est très tendu dans le bassin et au niveau de l'utérus ; [...]. (L ds, 1 35-36) Rapidement je me déplace vers son bassin et pose mes mains sur son aile iliaque droite (côté douloureux). Et là je sens tout son corps complètement bloqué, sous mes mains tout est tendu, dur, fixe, rigide. (L ds, 1 49-51) J'alterne des prises aile iliaque-branche ischio pubienne, prise bilatérale du pubis, utérus-lombaires ; j'ai des points d'appui peu ambitieux ni dans l'étendue, ni dans la profondeur. Ici toutes les petites modifications sont importantes |
| | | Expression somato-psychique | Inadaptabilité avec répercussion psychologique | (L s, 1 152- 156) Lucile a des larmes qui coulent sur les joues, et me répond non avec la tête. [...]. [Silence] Lucile est très émue et retient même quelques sanglots. (L s, 1 162-167) [Silence] Lucile a des larmes dans les yeux. [...] (la grossesse) C'est éprouvant (me chuchote-t-elle), je suis vite essoufflée. (L ds, 1 15-18) La séance de thérapie manuelle va me donner des informations complémentaires de mon anamnèse. Vais-je retrouver une absence de vitalité qui va pouvoir me confirmer son état de fatigue profonde voir d'état dépressif et sa hanche sera-t-elle aussi dans un état de fixité qui explique ses douleurs ? |

Lucile – Connaissances issues de mon expertise pratique (tableau n°2c – colonne 3)

| Catégories | Sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|---|--|---|---|
| Stratégies thérapeutiques adaptées | Importance de libérer le cadre osseux et fascia musculo-squelettique | Importance de libérer la région thoracique et diaphragmatique | (L s, l 131-132) <i>Lucile s'allonge sur la table en décubitus dorsal. Je commence par une prise bilatérale du thorax haut au niveau des côtes supérieures [...].</i> (L s, l 169) <i>Je me déplace et prends une prise bilatérale du diaphragme.</i> |
| | | Importance de libérer l'ensemble du petit bassin (pubis, branches ischio-pubiennes, sacrum, coccyx), pour libérer les tensions lombo-pelviennes | (L s, l 210-211) J'ai une main au niveau de la branche ischio-pubienne et l'autre main au niveau de l'épine iliaque antéro supérieure. (L s, l 214-216) [...] ça commence à se relâcher au niveau de la symphyse pubienne, étirement. J'accroche le périoste. C'est très tendu dans le bassin, [...]. (L s, l 225) Je déplace mes mains pour travailler le pubis. (L s, l 249) Prise bilatérale au niveau des ailes iliaques. (L s, l 256) La main droite (sur la branche ischio-pubienne) va en direction de la sacro-iliaque et tourne à gauche. (L s, l 270-271) Je refais une prise au niveau de l'épine iliaque antéro supérieure droite et de la branche ischio-pubienne, [...]. (L s, l 273-275) La branche ischio-pubienne droite glisse vers l'intérieur, tandis que l'aile iliaque s'ouvre. Point d'appui, retour, la partie supérieure rentre, la partie inférieure s'ouvre. (L s, l 285) Là ça travaille jusque dans les lombaires et je suis toujours sur le pubis. |
| | | Importance du toucher intra-osseux pour rendre le cadre osseux malléable, la substance osseuse retrouve ainsi une qualité de mouvance permettant à la physiologie de s'adapter aux transformations liées à la grossesse | (L s, l 252-254) [...] j'ai une pression assez appuyée pour solliciter l'intra osseux. Rebond, l'aile iliaque droite glisse vers le haut avec une rotation externe, et l'aile iliaque gauche glisse vers le bas en rotation interne. (L s, l 279-280) Les points d'appui sont plus dynamiques et on commence à retrouver du moelleux. L'os commence à pouvoir absorber de nouveau. |
| | | Les restrictions de mobilité interne peuvent avoir un impact sur le positionnement du bébé | (L s, l 258) J'ai une main lombaire, une main au niveau de l'utérus, [...]. (L s, l 282) On commence à avoir des rotations au niveau de la cuisse, de la hanche. (L s, l 288) Prise bilatérale des ailes iliaques. (L s, l 295-296) Prise sacrum-apophyses transverses. (L s, l 298) Je prends l'aile iliaque. (L s, l 306) Je prends l'aile iliaque et le diaphragme à droite. (L s, l 295-296) Prise sacrum-apophyses transverses. (L s, l 306) Je prends l'aile iliaque et le diaphragme à droite. (L s, l 307-308) Je reprends une prise sacrum-lombaire et je mobilise les lombaires en fonction des informations que me donne le corps. (L ds, l 73-74) Je lui demande ensuite de changer de position et de se mettre en décubitus latéral gauche afin de pouvoir mobiliser l'aile iliaque droite dans son micro jeu articulaire. |

| Catégories | Sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|---|---|---|
| | Importance de libérer le FAP | Importance de libérer le FAP afin de libérer les organes vitaux et les fonctions de drainage de l'organisme. | (L ds, 1 58-59) L'utérus vient spontanément se coller dans la fosse iliaque créant comme un bloc. (L s, 1 258-261) J'ai une main lombaire, une main au niveau de l'utérus, la main lombaire est une main d'écoute. La main au niveau de l'utérus vient contre l'aile iliaque droite. Il y a des petits lâchers prise, je repars et j'emmène l'utérus vers la gauche. Retour, je fais des petits points d'appui, je cherche de la mobilité |
| | | Les prises manuelles ont une action simultanée sur le cadre ostéo-articulaire et sur les plans plus profonds comme le FAP | (L s, 1 262-264) Petit relâchement au point d'appui, ça commence à glisser dans le bassin, les deux mains se croisent, la main postérieure glisse vers la gauche, la main antérieure (utérus) se rapproche de l'aile iliaque droite. (L s, 1 259-261) Il y a des petits lâchers prise, je repars et j'emmène l'utérus vers la gauche. Retour, je fais des petits points d'appui, je cherche de la mobilité. (L ds, 1 58-59) L'utérus vient spontanément se coller dans la fosse iliaque créant comme un bloc. |
| | | La croissance du bébé génère des crispations du FAP qui ne se laisse pas distendre, pouvant entretenir des contractions utérines | (L s, 1 215-216). C'est très tendu dans le bassin, et au niveau de l'utérus ; et le bébé paraît tout resserré sur lui-même. |
| | Importance de libérer le fascia duré-mérien | Libérer le fascia dure-mérien permet à la maman de retrouver des plans de glissement à l'intérieur de son corps et de trouver une distance juste par rapport à son enfant | (L s, 1 295-296) Prise sacrum-apophyses transverses. (L s, 1 297-298) Relâchez bien, laissez venir avec mes mains, la colonne s'arrondit. Et là, la colonne se creuse. Ça recule et ça s'arrondit. (L s, 1 307-308) Je reprends une prise sacrum-lombaire et je mobilise les lombaires en fonction des informations que me donne le corps. |
| | Importance de center le bébé dans le cadre osseux | Aider le bébé à occuper son espace peut diminuer la douleur ressentie par la maman | (L s, 1 259-262) Il y a des petits lâchers prise, je repars et j'emmène l'utérus vers la gauche. Retour, je fais des petits points d'appui, je cherche de la mobilité. Retour, mes deux mains vont en dissociation, ma main postérieure glisse vers la droite, la main antérieure glisse vers la gauche. |

Lucile – Informations internes perçues sous mes mains pendant la séance (tableau n°2c – colonne 4)

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|---------------------------------|------------------------|----------------------|--|--|
| Tension/ relâchement | État tensionnel | | Accès à l'état tensionnel de la maman | (L s, 1 207) Votre bassin est à nouveau très tendu, très crispé. (L s, 1 215-216) c'est très tendu dans le bassin et au niveau de l'utérus ; et le bébé paraît tout resserré sur lui-même. (L ds, 1 28-29) Cela contraste avec l'état de tension extrême qui règne dans son corps et qui apparaît sous mes mains. (L ds, 1 35-37) Et là je sens tout son corps complètement bloqué, sous mes mains tout est tendu, dur, fixe, rigide. Le contraste est saisissant par rapport à son état de globalité et de vitalité à la fin de notre précédente rencontre. |
| | | | Accès à l'état tensionnel du bébé | (L s, 1 215-216) C'est très tendu dans le bassin, au niveau de l'utérus et le bébé paraît tout resserré sur lui-même. |
| | Réaction psychotonique | Au point d'appui | Le psychotonus : une force de réorganisation qui s'exprime au sein des différentes structures du corps permet d'évaluer le degré de vitalité | (L s, 1 172-173) Ça commence à travailler au point d'appui, on commence à avoir de la globalité. Ça devient plus léger, comme si quelque chose c'était allégé dans le corps. (L s, 1 176) Ça travaille à distance au niveau de l'aile iliaque droite. (L s, 1 214-215) Ça travaille toujours au point d'appui, ça commence à se relâcher au niveau de la symphyse pubienne, étirement. (L s, 1 259-260) Il y a des petits lâchers prise, [...]. (L s, 1 262-263) Petit relâchement au point d'appui, [...]. (L s, 1 274-275) Point d'appui, retour, la partie supérieure rentre, la partie inférieure s'ouvre. (L s, 1 279-280) Les points d'appui sont plus dynamiques et on commence à retrouver du moelleux. L'os commence à pouvoir absorber de nouveau. (L s, 1 285-286) Le point d'appui commence à réagir, j'ai une inclinaison droite du bassin. (L s, 1 296-297) Rassemblement, le point d'appui réagit, les deux mains s'éloignent. (L ds, 1 34) Les premiers points d'appui répondent peu, tout est très tendu. (L ds, 1 45-46) Les points d'appui répondent peu au niveau de son bassin, il y a peu d'évolutivité au début de la séance. (L ds, 1 50-51)[...] j'ai des points d'appui peu ambitieux autant dans l'étendue que dans la profondeur. Ici toutes les petites modifications sont importantes. (L ds, 1 70-72) Progressivement les points d'appui deviennent plus généreux sous mes mains, le niveau osseux réagit, une globalité physique se construit progressivement et se transforme en un volume plein qui s'anime. |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|--------------------------------|-----------------|---|--|--|
| | | Evolution du psychotonus dans les différentes structures du corps | Je perçois l'action du psychotonus sur l'architecture tonique des différentes structures | (L s, l 222) On commence à avoir un peu de mobilité au niveau de l'aile iliaque. (L s, l 251) A l'issue du point d'appui j'ai une asymétrie qui se donne. (L s, l 253-254) Rebond, l'aile iliaque droite glisse vers le haut avec une rotation externe, et l'aile iliaque gauche glisse vers le bas en rotation interne. (L s, l 266) De nouvelles orientations que j'accompagne se donnent. (L s, l 263- 264) [...] ça commence à glisser dans le bassin, les deux mains se croisent, la main postérieure glisse vers la gauche, la main antérieure se rapproche de l'aile iliaque droite. (L s, l 265-266) [...] ma main antérieure commence à me donner des orientations vers le haut. De nouvelles orientations que j'accompagne se donnent. (L s, l 266-267) Ça pulse sous mes mains, au niveau des artères fémorales. (L s, l 267-266) Puis glissement haut-bas, avec quand même une légère prédominance vers la droite. (L s, l 298) Ça recule et ça s'arrondie. |
| Paramètres du mouvement | Orientation | | Des formes gestuelles se dessinent dans différentes orientations de l'espace | (L s, l 224) On est en convergence, puis l'aile iliaque va en rotation externe et glisse vers le haut. (L s, l 264-266) Je glisse et je pousse, [...] ma main antérieure commence à me donner des orientations vers le haut. De nouvelles orientations que j'accompagne se donnent. (L s, l 282) On commence à avoir des rotations au niveau de la cuisse, de la hanche. (L s, l 297-299) Relâchez bien, laissez venir avec mes mains, la colonne s'arrondit. Et là, la colonne se creuse. Ça recule et ça s'arrondit. Je prends l'aile iliaque. L'aile iliaque s'ouvre, s'écarte, retour, rotation interne de l'aile iliaque. (L ds, l 55-59) La main lombaire me sert de main d'écoute et la main posée sur l'utérus écoute dans un premier temps les orientations spontanées de la vie tissulaire, je suis ses orientations dans leurs amplitudes maximum puis je pose des points d'appui en fin d'amplitude. L'utérus vient spontanément se coller dans la fosse iliaque créant comme un bloc. |
| | Amplitude | | Toute l'amplitude des mouvements tissulaires et articulaires se déploie | (L s, l 259-262) La main au niveau de l'utérus vient contre l'aile iliaque droite. [...] je repars et j'emène l'utérus vers la gauche. Retour, [...], je cherche de la mobilité. Retour, mes deux mains vont en dissociation, ma main postérieure glisse vers la droite, la main antérieure glisse vers la gauche. (L s, l 262-264) Petit relâchement au point d'appui, ça commence à glisser dans le bassin, les deux mains se croisent, la main postérieure glisse vers la gauche, la main antérieure se rapproche de l'aile iliaque droite. (L s, l 295) C'est pourquoi je vous fais installer sur le côté pour aller solliciter plus de mobilité. (L s, l 297-298) Relâchez bien, laissez venir avec mes mains, la colonne s'arrondit. Et là, la colonne se creuse. Ça recule et ça s'arrondit. (L s, l 298-299) L'aile iliaque s'ouvre, s'écarte, retour, rotation interne de l'aile iliaque. |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | Est-ce qu'il y a un mouvement qui soulage ? (L s, l 307-308) Je reprends une prise sacrum-lombaire et je mobilise les lombaires en fonction des informations que me donne le corps. |
|--|--|--|--|--|

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|------------------|----------------------|---|--|
| | Globalité | Étendue | Dans la globalité, une étendue topographique est concernée | (L s, l 172) Ça commence à travailler au point d'appui, on commence à avoir de la globalité. (L s, l 175-176) Ma main gauche descend vers le bassin, ma main droite reste en point d'appui en haut. Ça travaille à distance au niveau de l'aile iliaque droite. (L s, l 210-216) J'ai une main au niveau de la branche ischio-pubienne et l'autre main au niveau de l'épine iliaque antéro supérieure. [...] Ça travaille toujours au point d'appui, ça commence à se relâcher au niveau de la symphyse pubienne, étirement. (L s, l 283) D'emblée c'est moins tendu, on commence à avoir plus de globalité. (L ds, l 70-72) Progressivement les points d'appui deviennent plus généreux sous mes mains, le niveau osseux réagit, une globalité physique se construit progressivement et se transforme en un volume plein qui s'anime |
| | | Profondeur | Dans la globalité il y a une précision des structures concernées vers la profondeur | (L ds, l 70-72) Progressivement les points d'appui deviennent plus généreux sous mes mains, le niveau osseux réagit, une globalité physique se construit progressivement et se transforme en un volume plein qui s'anime. (L s, l 215) J'accroche le périoste. (L s, l 252-253) [...] j'ai une pression assez appuyée pour solliciter l'intra osseux. (L s, l 279-280) [...] on commence à retrouver du moelleux. L'os commence à pouvoir absorber de nouveau. (L s, l 285) Là ça travaille jusque dans les lombaires et je suis toujours sur le pubis. |
| | Rythmes/séquence | | La séquence est un mouvement aller-retour d'un ensemble de mouvements qui sont synchrones dans les tops départs et tops arrivés | (L s, l 217-220) Ça commence à pulser. <i>J'observe qu'elle a quelques soupirs qui commencent à s'entendre, cela m'indique qu'un état de relâchement commence à s'installer.</i> |
| | Dissociations | | Les mouvements dissociés permettent aux différentes structures du corps de retrouver des plans de glissement entre elles | (L s, l 175) Ma main gauche descend vers le bassin, ma main droite reste en point d'appui en haut. (L s, l 251-253) A l'issue du point d'appui j'ai une asymétrie qui se donne. Main gauche glisse vers le haut, la main droite qui glisse vers le bas et rotation interne, j'ai une pression assez appuyée pour solliciter l'intra osseux. (L s, l 253-254) Rebond, l'aile iliaque droite glisse vers le haut avec une rotation externe, et l'aile iliaque gauche glisse vers le bas en rotation interne (L s, l 261-262) Retour, mes deux mains vont en dissociation, ma main postérieure glisse vers la droite, la main antérieure glisse vers la gauche. (L s, l 262-264) Petit relâchement au point d'appui, ça commence à glisser dans le bassin, les deux mains se croisent, la main postérieure glisse vers la gauche, la main antérieure se rapproche de l'aile iliaque droite. |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|--|-------------------------|----------------------|--|--|
| | Évolutivité | Fluidité du geste | Le geste devient fluide et relâché | (L s, l 296-299) Rassemblement, le point d'appui réagit, les deux mains s'éloignent. Relâchez bien, laissez venir avec mes mains, la colonne s'arrondit. Et là, la colonne se creuse. Ça recule et ça s'arrondit. Je prends l'aile iliaque. L'aile iliaque s'ouvre, s'écarte, retour, rotation interne de l'aile iliaque. |
| | | Pulsologie | La réaction vasculaire, une des expressions du mouvement interne | (L s, l 217) Ça commence à pulser. (L s, l 266-267) Ça pulse sous mes mains, au niveau des artères fémorales. (L s, l 272-273) Ma main inférieure remonte vers la fosse iliaque droite, c'est moins tendu, plus chaud, davantage pulsatile. (L ds, l 67-68) Ainsi, je pose mon attention sur différents paramètres ; les réactions vasculaires avec notamment l'artère iliaque droite que je sens battre et pulser de manière plus ample, [...]. |
| | | Luminosité | Le mouvement interne vecteur de luminosité | (L s, l 264-266) Je glisse et je pousse, ça (son aile iliaque) devient plus lumineux, ma main antérieure commence à me donner des orientations vers le haut. |
| BRS/ML/BMS/ Mouvement libre | BRS | | Lecture du mouvement interne autour des schèmes de mouvement | (L s, l 224) On est en convergence, puis l'aile iliaque va en rotation externe et glisse vers le haut. (L s, l 271-275) D'emblée, mes deux mains partent en convergence. Ma main inférieure remonte vers la fosse iliaque droite, c'est moins tendu, plus chaud, davantage pulsatile. La branche ischio-pubienne droite glisse vers l'intérieur, tandis que l'aile iliaque s'ouvre. Point d'appui, retour, la partie supérieure rentre, la partie inférieure s'ouvre. (L s, l 282) On commence à avoir des rotations au niveau de la cuisse, de la hanche. (L s, l 288-289) Rotation interne des deux côtés, rotation externe de petite amplitude. (L s, l 295-297) Prise sacrum-apophyses transverses. Rassemblement, le point d'appui réagit, les deux mains s'éloignent. (L s, l 298-299)[...] l'aile iliaque s'ouvre, s'écarte, retour, rotation interne de l'aile iliaque. |
| | Mouvement linéaire (ML) | | Les mouvements linéaires existent dans les trois plans de l'espace et organisent le mouvement global | (L s, l 263-264) [...] ça commence à glisser dans le bassin, les deux mains se croisent, la main postérieure glisse vers la gauche, la main antérieure se rapproche de l'aile iliaque droite. (L s, l 264-266) Je glisse et je pousse, [...], ma main antérieure commence à me donner des orientations vers le haut. (L s, l 267-268) Puis glissement haut-bas, avec quand même une légère prédominance vers la droite. (L ds, l 59-62) Plusieurs points d'appui seront nécessaires dans le sens de la transversalité qui va progressivement gagner en amplitude, puis j'ai accès à une nouvelle orientation dans le sens haut-bas que j'accompagne. (L ds, l 60-61) [...] puis j'ai accès à une nouvelle orientation dans le sens haut-bas que j'accompagne. |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|---------------------------------|------------------------|-----------------------------|---|--|
| | BMS | | La biomécanique sensorielle offre des combinaisons de mouvements très variées | (L s, l 298-299) L'aile iliaque s'ouvre, s'écarte, retour, rotation interne de l'aile iliaque. (L s, l 273-275) La branche ischio-pubienne droite glisse vers l'intérieur, tandis que l'aile iliaque s'ouvre. Point d'appui, retour, la partie supérieure rentre, la partie inférieure s'ouvre. (L s, l 307-308) Je reprends une prise sacrum-lombaire et je mobilise les lombaires en fonction des informations que me donne le corps. (L ds, l 73-74) Je lui demande ensuite de changer de position et de se mettre en décubitus latéral gauche afin de pouvoir mobiliser l'aile iliaque droite dans son micro jeu articulaire. |
| Dynamique maman/bébé | Bébé/maman | | Lecture des interactions du bébé au cours du traitement | (L ds, l 67-69) Ainsi, je pose mon attention sur différents paramètres ; [...] les réactions du bébé qui lui aussi commence à bouger sous mes mains alors que jusqu'à présent il était immobile. |
| | Bébé/maman | Le bébé | Etat de tension ou de relâchement du bébé | (L s, l 215-216) C'est très tendu dans le bassin, au niveau de l'utérus et le bébé paraît tout resserré sur lui-même. |

Annexe III

Tableau n°3, n°3a, 3b, 3c : Actes pratiqués pendant une séance de fasciathérapie chez une femme enceinte présentant des problématiques abdomino-lombo-pelviennes

Tableau n°3 : Actes pratiqués pendant une séance de fasciathérapie chez une femme enceinte présentant des problématiques ALP

| Posture du praticien | Gestes techniques : Actes manuels et gestuels | Guidage verbal |
|---|---|--|
| <p>1. Mobilisation attentionnelle envers les problématiques abdomino-lombo-pelviennes 1.1. En thérapie manuelle 1.2. En thérapie gestuelle</p> <p>2. Mobilisation attentionnelle envers le processus de la grossesse 2.1. En thérapie manuelle 2.2. En thérapie gestuelle</p> | <p>1. Les différents types de touchers utilisés 1.1. Toucher de relation et toucher symptomatique 1.2. Toucher psychotonique 1.3. Touchers spécifiques des structures anatomiques 1.4. Spécificités des prises</p> <p>2. Le biorythme sensoriel</p> | <p>1. Guidage verbal descriptif orientant la patiente vers la perception de sa région abdomino-lombo-pelvienne et de sa libération 1.1. En thérapie manuelle 1.2. En thérapie gestuelle</p> <p>2. Guidage verbal descriptif orientant la patiente vers la perception en relation avec la présence ou la dynamique du bébé 2.1. En thérapie manuelle 2.2. En thérapie gestuelle</p> |

Tableau n°3a – Dorothée – Catégorisation finale

| Dorothée – Posture du praticien pendant la thérapie manuelle (tableau n°3a – colonne 1) | | | |
|--|------------------------------|---|---|
| Catégories | Sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
| Mobilisation attentionnelle sur le mouvement interne en rapport avec | Le processus de la grossesse | J'observe pendant toute la séance comment le bébé interagit, c'est-à-dire s'il devient participatif au court de la séance, à quel moment, comment, et notamment la capacité d'accueil de la maman au sein de sa matière, le centrage du bébé dans le bassin et dans les différents plans de l'espace. | <p>(D, l 139-142) <i>Cette prise me donne accès à l'équilibre tonique entre la maman (par la main entre la colonne lombaire) et le bébé (par ma main sur l'utérus) en position relâchée. Je peux évaluer le degré de tension de la région lombaire. Je peux observer l'état de souplesse du ventre (relâché, crispé, tendu).</i></p> <p>(D, l 143-145) <i>Je peux aussi apprécier les orientations des mouvements tissulaires et savoir si le bébé est plutôt trop bas ou plus sur un côté que l'autre. La dynamique tissulaire entre mes deux mains me donne des indications sur une forme d'autonomie entre la maman et le bébé.</i></p> <p>(D, l 165) Je sens le bébé tout ramassé sur lui-même.</p> <p>(D, l 169-171) Au point d'appui je sens qu'un grand volume (qui concerne à la fois la maman et le bébé) se mobilise sous mes mains. Cette force entraîne une réorganisation des tensions au sein de la maman. Je sens que le bébé remonte vers les côtes et se dégage du bassin.</p> |

Dorothée – Posture du praticien pendant la thérapie gestuelle (tableau n°3a – colonne 1)

| Catégories | Sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|--|---|---|---|
| Mobilisation attentionnelle sur le mouvement interne et le mouvement majeur en rapport avec | La problématique abdomino-lombo-pelvienne | J'observe le degré de mobilité de la région lombo-pelvienne | (D, 1 229-230) Pour le moment c'est assez peu mobile, ça recule peu, tout comme dans la divergence il y a peu d'amplitude. |
| | | J'observe les modifications de la gestuelle en temps réel, notamment le gain d'amplitude qui se donne et la fluidité du geste | (D, 1 236-238) Ça repart, extension de la colonne qui se grandit. Ça glisse vers le plafond. Le sternum glisse aussi vers le plafond. C'est comme si vous faisiez un étirement de vous à l'intérieur de vous. |
| | Le processus de la grossesse | J'observe la manière dont le bébé interagit au cours du mouvement gestuel et notamment dans les trois plans de l'espace. | (D, 1 231-233) Et là je sens le bébé qui devient présent, une chaleur dans le ventre, une présence. Un volume plein qui habite tout l'espace entre mes deux mains lombaire et ventrale. (D, 1 238-240) Je sens que le bébé n'est pas organisé autour d'un axe haut-bas ou avant-arrière mais plutôt autour d'un axe oblique, c'est peut-être pour cela qu'il est en siège ? (D, 1 303-305) Là, vous sentez le retour, il y a plus de place pour glisser. Vous pouvez commencer à absorber comme si dans les os il y avait de la place maintenant. Comme si le bébé était même loin en arrière. On n'avait pas du tout ça tout à l'heure. (D, 1 352-354) Il appuie et ça vous permet d'enrouler la colonne. C'est synchrone, c'est comme un volume, votre colonne est capable de reculer à la mesure des mouvements du bébé. Ce n'est plus un blocage. C'est un ensemble. |

Dorothée – Les gestes techniques – Actes manuels et gestuels pendant la thérapie manuelle (tableau n°3a – colonne 2)

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|---|---|---|--|---|
| Spécificités des différents touchers | Toucher psychotonique | Construction de la réaction psychotonique | La réaction psychotonique se construit par les points d'appui et révèle un potentiel interne qui se mobilise | (D, l 166-167) Je fais plusieurs points d'appui successifs dans les orientations spontanées qui se donnent. (D, l 169-171) Au point d'appui je sens qu'un grand volume (qui concerne à la fois la maman et le bébé) se mobilise sous mes mains. (D, l 170-171) Cette force entraîne une réorganisation des tensions au sein de la maman. Je sens que le bébé remonte vers les côtes et se dégage du bassin. |
| | Touchers spécifiques différenciés | Vasculaire | J'observe les réactions vasculaires | (D, l 174-175) On retrouve un rythme haut-bas. Beaucoup de chaleur se dégage, ça pulse dans l'ensemble du corps. |
| | Spécificités des prises | Région abdomino-lombo-pelvienne | J'ai des prises globales qui englobent le bébé dans le traitement | (D, l 135-137) Donc là je fais une prise directement au niveau de l'utérus et du bébé (main ventrale), car il y a une douleur qui est apparue juste au-dessus du pubis il y a quelques jours, mais il y a aussi des douleurs lombaires (main lombaire). (D, l 139-141) <i>Cette prise me donne accès à l'équilibre tonique entre la maman (par la main entre la colonne lombaire) et le bébé (par ma main sur l'utérus) en position relâchée.</i> (D, l 164-165) J'ai les deux mains sur l'utérus et le bébé, j'ai mes deux mains qui s'écartent comme si mes deux mains étiraient le bébé. |
| BRS | De la maman | | La maman retrouve la cohérence du BRS | (D, l 170-175) On retrouve un rythme haut-bas. Beaucoup de chaleur se dégage, ça pulse dans l'ensemble du corps. [...] Cette force entraîne une réorganisation des tensions au sein de la maman. Je sens que le bébé remonte vers les côtes et se dégage du bassin. |
| | Du bébé qui participe à la biorythmie sensorielle | | Le bébé devient acteur au sein de la cohérence du BRS ce qui lui permet de se repositionner activement | (D, l 170-175) On retrouve un rythme haut-bas. Beaucoup de chaleur se dégage, ça pulse dans l'ensemble du corps. [...] Cette force entraîne une réorganisation des tensions au sein de la maman. Je sens que le bébé remonte vers les côtes et se dégage du bassin. |

Dorothee – les gestes techniques : actes manuels et gestuels pendant la thérapie gestuelle (tableau n°3a – colonne 2)

| Catégories | Sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|---|---|--|--|
| Spécificités des différents touchers | Prises manuelles de guidage | Les prises manuelles guident la patiente dans l'effectuation du geste majeur, en lien avec le mouvement interne, tout en maintenant la précision anatomique associée aux natures de touchers | (D, l 220-221) Donc j'ai une main sur les lombaires et une main sur le ventre. (D, l 233) [...] entre mes deux mains lombaire et ventrale. |
| BRS | De la maman | Explorer toute l'amplitude gestuelle disponible dans la région abdomino-lombo-pelvienne | (D, l 225-226) [...] on va aller dans la divergence, la colonne glisse vers l'avant et se redresse. Et on fait un point d'appui (D, l 228-231) Retour, ça recule et le dos s'arrondit. [...] Point d'appui dans lequel vous vous relâchez. (D, l 236-238) Ça repart, extension de la colonne qui se grandit. Ça glisse vers le plafond. Le sternum glisse aussi vers le plafond. C'est comme si vous faisiez un étirement de vous à l'intérieur de vous (D, l 252-253) On déroule, on étire quelque chose dedans, c'est comme si votre colonne emmène le bébé vers l'avant et vers le haut, surtout vers l'avant. (D, l 265-266) Et là, on laisse glisser, glisser, glisser. Les lombaires se creusent, se creusent, voilà. Vous êtes en train de découvrir qu'il y a de l'amplitude. (D, l 282-284) Dans le mouvement de divergence on va laisser les jambes s'éloigner l'une de l'autre, le bassin, le bassin, doucement. Ça permet de soulager les sacro-iliaques. Le pubis descend, le sacrum monte, les lombaires se creusent. Et le regard s'éloigne du bébé. (D, l 297-298) Dans la phase d'extension et de divergence sentez l'appui au sol, comme une propulsion avec un grandissement et vous démoulez du bébé. (D, l 301-303) [...] on est en train de gagner en amplitude. Retour en position neutre sans la rotation, donc en divergence pure. On va observer ce que vous avez gagné dans votre corps, le fait d'avoir fait les rotations. |
| | Du bébé qui participe à la biorythmie sensorielle | Le bébé devient acteur au sein de la cohérence du BRS ce qui lui permet de se repositionner activement | (D, l 231-233) Et là je sens le bébé qui devient présent, une chaleur dans le ventre, une présence. Un volume plein qui habite tout l'espace entre mes deux mains lombaire et ventrale. (D, l 242-243) Puis ça recule, déjà ça recule davantage ; laissez la colonne reculer encore, s'arrondir, puis dans le recul sentez que vous autorisez le bébé à glisser en arrière. (D, l 256-259) Et on laisse le bébé glisser avec. Là on va gagner en amplitude. Laissez l'amplitude vous emmener. Et là c'est comme si vous vous enrouliez autour de bébé. Il recule, il emmène votre colonne en arrière et vous vous enroulez autour de lui. Laissez votre sacrum se poser sur la chaise, les hanches glissent en arrière. (D, l 268-269) On peut aller loin sans se faire mal. [...] vous laissez la colonne |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>s'enrouler et le bébé reculer.</p> <p>(D, 1 350) Et là c'est vous qui vous enroulez et le bébé qui recule, la colonne aussi.</p> <p>(D, 1 352-354) Il appuie et ça vous permet d'enrouler la colonne. C'est synchrone, c'est comme un volume, votre colonne est capable de reculer à la mesure des mouvements du bébé. Ce n'est plus un blocage. C'est un ensemble.</p> <p>(D, 1 356-360) Dans votre bassin continuez le mouvement, parfait ; il y a une fluidité, une amplitude gestuelle. C'est comme si vous berciez le bébé avec vos mouvements du bassin mais de manière harmonieuse ; on va y mettre les jambes, sans arrêter le mouvement de recul de la colonne, toute la colonne s'arrondit autour du bébé.</p> |
|--|--|--|---|

Dorothee – Guidage verbal pendant la pratique manuelle (tableau n°3a – colonne 3)

| Catégories | Sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|---|--|---|---|
| Guidage verbal descriptif orientant la patiente vers | La perception en relation avec la présence ou la dynamique du bébé | Je commente les changements internes que la maman pourrait percevoir, notamment sur le positionnement du bébé | (D, l 171) Je sens que le bébé remonte vers les côtes et se dégage du bassin. |

Dorothee – Guidage verbal pendant la pratique gestuelle (tableau n°3a – colonne 3)

| Catégories | Sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|--|---|---|---|
| Guidage descriptif orientant la patiente vers : | La perception de sa région abdomino-lombo-pelvienne et de sa libération | Mon guidage verbal invite la maman à explorer toute l'amplitude articulaire de la région abdomino-lombo-pelvienne et l'amplitude du mouvement | <p>(D, l 258-259) Laissez votre sacrum se poser sur la chaise, les hanches glissent en arrière.</p> <p>(D, l 265-268) Et là, on laisse glisser, glisser, glisser. Les lombaires se creusent, se creusent, voilà. Vous êtes en train de découvrir qu'il y a de l'amplitude. [...] On peut aller loin sans se faire mal.</p> <p>(D, l 271-274) Vous vous enroulez autour de l'enfant. Ça fait comme deux mouvements contraires, il y a la colonne qui recule avec le bébé et vous, vous vous enroulez autour, en allant presque vers l'avant, du coup votre tête se rapproche du bébé, comme si vous vouliez regarder le bébé. Là, ça vous libère toute la région diaphragmatique et les lombaires.</p> <p>(D, l 279-281) Alors on va mettre un peu les jambes, les jambes se rapprochent tranquillement comme cela ça ouvre les sacro-iliaques en arrière. Votre bassin recule le plus possible, [...].</p> <p>(D, l 282-284) Dans le mouvement de divergence on va laisser les jambes s'éloigner l'une de l'autre, le bassin, le bassin, doucement. Ça permet de soulager les sacro-iliaques. Le pubis descend, le sacrum monte, les lombaires se creusent.</p> |
| | | Mon guidage verbal oriente l'attention de la maman vers la mobilité de sa région abdomino-lombo-pelvienne comme starter du mouvement | <p>(D, l 274-277) Retour et là c'est votre bassin qui est moteur et vous vous éloignez du bébé, votre regard s'éloigne du bébé et vous laissez le bébé glisser et avancer. Votre bassin l'aide à trouver son axe, à le mobiliser, comme si vous mobilisiez le bébé. Les mouvements de votre bassin peuvent guider le bébé.</p> <p>(D, l 280-281) Votre bassin recule le plus possible, votre bassin guide le bébé dans le ventre, le pubis remonte, le sacrum descend, tout ça pour guider le bébé.</p> <p>(D, l 282-284) Dans le mouvement de divergence on va laisser les jambes s'éloigner l'une de l'autre, le bassin, le bassin, doucement. Ça permet de soulager les sacro-iliaques. Le pubis descend, le sacrum monte, les lombaires se creusent. Et le regard s'éloigne du bébé.</p> <p>(D, l 290-292) Voilà, vous vous grandissez avec rotation à droite, la tête, les épaules vont tourner à droite, la colonne se grandit et vous vous démoulez du bébé, vous lui laissez de la place, il vit sa vie.</p> |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|---|------------------------------|--|--|
| | La perception de la relation avec la présence ou la dynamique du bébé | Dynamique commune maman/bébé | Je fais une description de la participation du bébé à la dynamique commune | <p>(D, 1 256-258) Et on laisse le bébé glisser avec. Là on va gagner en amplitude. Laissez l'amplitude vous emmener. Et là c'est comme si vous vous enrouliez autour de bébé. Il recule, il emmène votre colonne en arrière et vous vous enroulez autour de lui.</p> <p>(D, 1 268-269) [...] vous laissez la colonne s'enrouler et le bébé reculer.</p> <p>(D, 1 271-273) Vous vous enroulez autour de l'enfant. Ça fait comme deux mouvements contraires, il y a la colonne qui recule avec le bébé et vous vous enroulez autour, en allant presque vers l'avant, du coup votre tête se rapproche du bébé, comme si vous vouliez regarder le bébé.</p> <p>(D, 1 274-277) Retour et là c'est votre bassin qui est moteur et vous vous éloignez du bébé, votre regard s'éloigne du bébé et vous laissez le bébé glisser et avancer. Votre bassin l'aide à trouver son axe, à le mobiliser, comme si vous mobilisiez le bébé. Les mouvements de votre bassin peuvent guider le bébé.</p> <p>(D, 1 278-279) C'est vous qui vous enroulez autour du bébé et votre tête se rapproche du bébé.</p> <p>(D, 1 280-281) Votre bassin recule le plus possible, votre bassin guide le bébé dans le ventre, le pubis remonte, le sacrum descend, tout ça pour guider le bébé.</p> <p>(D, 1 343-344) La colonne continue à glisser en avant, ne reculez pas trop la tête, sans perdre le lien avec votre bassin. C'est différent ! Il y a quelque chose qui se redresse dans votre colonne.</p> |
| | La perception de la relation avec la présence ou la dynamique du bébé | Dynamique commune maman/bébé | Je fais une description de la participation du bébé à la dynamique commune | <p>(D, 1 256-258) Et on laisse le bébé glisser avec. Là on va gagner en amplitude. Laissez l'amplitude vous emmener. Et là c'est comme si vous vous enrouliez autour de bébé. Il recule, il emmène votre colonne en arrière et vous vous enroulez autour de lui.</p> <p>(D, 1 268-269) [...] vous laissez la colonne s'enrouler et le bébé reculer.</p> <p>(D, 1 271-273) Vous vous enroulez autour de l'enfant. Ça fait comme deux mouvements contraires, il y a la colonne qui recule avec le bébé et vous vous enroulez autour, en allant presque vers l'avant, du coup votre tête se rapproche du bébé, comme si vous vouliez regarder le bébé.</p> <p>(D, 1 274-277) Retour et là c'est votre bassin qui est moteur et vous vous éloignez du bébé, votre regard s'éloigne du bébé et vous laissez le bébé glisser et avancer. Votre bassin l'aide à trouver son axe, à le mobiliser, comme si vous mobilisiez le bébé. Les mouvements de votre bassin peuvent guider le bébé.</p> <p>(D, 1 278-279) C'est vous qui vous enroulez autour du bébé et votre tête se rapproche du bébé.</p> <p>(D, 1 280-281) Votre bassin recule le plus possible, votre bassin guide le bébé dans le ventre, le pubis remonte, le sacrum descend, tout ça pour guider le bébé.</p> <p>(D, 1 343-344) La colonne continue à glisser en avant, ne reculez pas trop la tête, sans perdre le lien avec votre bassin. C'est différent ! Il y a quelque chose qui se redresse dans votre colonne.</p> |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|-----------------|--|---|---|
| | | Perception du bébé starter du mouvement | Apprentissage de la maman à laisser le bébé initier le mouvement gestuel | <p>(D, 1 323-327) Votre mouvement change, ce n'est plus vous qui faites, vous vous laissez emmener par une force qui vient plutôt du ventre. [...] Comme s'il repoussait les murs qu'il a autour de lui, les parois, les barrières.</p> <p>(D, 1 352-354) Il appuie et ça vous permet d'enrouler la colonne. C'est synchrone, c'est comme un volume, votre colonne est capable de reculer à la mesure des mouvements du bébé. Ce n'est plus un blocage. C'est un ensemble.</p> <p>(D, 1 324-326) [...] ; il explore les mouvements de base et vous vous l'accompagnez, vous glissez aussi dans votre bassin vers la droite.</p> |
| | | Perception de la non-prédominance entre le mouvement de la maman et le mouvement du bébé | Je décris l'état de non-prédominance entre le mouvement de la maman et le mouvement du bébé | <p>(D, 1 330) Doucement, n'oubliez pas le bébé, et là c'est vous deux ensemble.</p> <p>(D, 1 352-354) Il appuie et ça vous permet d'enrouler la colonne. C'est synchrone, c'est comme un volume, votre colonne est capable de reculer à la mesure des mouvements du bébé. Ce n'est plus un blocage. C'est un ensemble.</p> <p>(D, 1 356-360) Dans votre bassin continuez le mouvement, parfait ; il y a une fluidité, une amplitude gestuelle. C'est comme si vous berciez le bébé avec vos mouvements du bassin mais de manière harmonieuse ; on va y mettre les jambes, sans arrêter le mouvement de recul de la colonne, toute la colonne s'arrondit autour du bébé.</p> |

Tableau n°3b – Anouk – Catégorisation finale

| Anouk – Posture du praticien pendant la thérapie manuelle (tableau n°3b – colonne 1) | | | |
|---|---|---|--|
| Catégories | Sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
| Mobilisation attentionnelle sur le mouvement interne en rapport avec | La problématique abdomino-lombo-pelvienne | Je laisse venir sous mes mains les informations qui me renseignent sur la structure corporelle, ce qui me permet de faire une lecture de l'état tensionnel, crispation ou blocage des différents éléments, qu'il faudra aller libérer notamment dans la région abdomino-lombo-pelvienne | (A ds, l 42-45) En fonction de la nature des informations que je recueille manuellement je m'oriente davantage vers un travail symptomatique dans un premier temps, car ses douleurs ne me semblent pas avoir comme origine un conflit postural ou de positionnement avec le bébé. (A s, l 189-190) Je vais faire une prise au niveau du coccyx et du sacrum, je sens que c'est tendu par là. Comme si le coccyx était tiré vers l'avant. |
| | | J'observe l'évolution de la reconfiguration de l'architecture tonique, de l'organisation tensionnelle ou bien de l'équilibre des différentes structures corporelles entre-elles. | (A s, l 120) La densité périostée se dilue. (A s, l 222) Là, je suis les mouvements de l'iliaque droit. (A s, l 135) Je laisse venir le volume entre mes deux mains. (A s, l 140-141) Ça commence à fondre au niveau de l'os, au niveau du pubis, derrière c'est encore dense. (A s, l 183-186) Ça travaille assez peu au sein de l'os, il y a assez peu d'épaisseur, il y a un grand volume mais assez peu épais. Retour, voilà et je sens que c'est bien la colonne qui recule, qui vient dans mes mains, vers l'arrière. Voilà et là il y a tout l'espace postérieur qui est de nouveau habité. (A s, l 196-198) Le coccyx recule, le sacrum s'antériorise, ça ouvre tout l'espace entre le sacrum-coccyx-pubis. Retour, le sacrum glisse en arrière et le coccyx vers l'avant. Retour. Je fais plusieurs allers-retours. (A s, l 222-223) Quand l'iliaque vient en convergence et en rotation interne ça ouvre tout l'espace postérieur au niveau du sacrum et du coccyx (A s, l 230-231) Le bassin s'ouvre. (A s, l 241-244) J'accompagne le mouvement libre de l'aile iliaque par rapport aux lombaires, pour que la patiente sente que c'est mobile dans son corps et qu'il y a un nouvel espace de liberté de mouvement qui se gagne, qui se retrouve. (A ds, l 49-52) Je laisse venir la demande spontanée du corps qui m'emmène dans une divergence. Plusieurs points d'appui successifs seront nécessaires pour obtenir un relâchement musculaire et venir restaurer le micro-jeu articulaire. |

| Catégories | Sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|--|---|---|--|
| | Le processus de la grossesse | J'observe pendant toute la séance comment le bébé interagit, c'est-à-dire s'il devient participatif au court de la séance, à quel moment, comment, et notamment la capacité d'accueil de la maman au sein de sa matière, le centrage du bébé dans le bassin et dans les différents plans de l'espace. | (A s, l 123-126) Je commence à avoir l'intérieur du ventre qui se mobilise au point d'appui, ça commence à travailler dans le bébé, qui commence à être concerné par ce travail. Je le perçois sous forme d'une épaisseur, un volume épais concerné par ce travail et qui est délimité à l'utérus. (A s, l 185-187) Voilà et là il y a tout l'espace postérieur qui est de nouveau habité. Il y a de nouveau de la place pour le bébé, il peut à nouveau reculer vers la colonne. (A s, l 294-298) Ça ouvre au niveau du diaphragme, de la colonne, ça dégage tous les organes qui commencent à être comprimés entre la colonne et le bébé. Donc il y a vraiment besoin de ce temps d'ouverture ; et maintenant c'est votre colonne qui repart en arrière. On peut imaginer qu'il y a les reins aussi, l'aorte, les organes et puis il y a la colonne et le bébé qui glissent en arrière, qui se glissent dans ce coulissement postérieur. |
| Mobilisation attentionnelle sur le mouvement interne et le mouvement majeur en rapport avec : | La problématique abdomino-lombo-pelvienne | J'observe le degré de mobilité de la région lombo-pelvienne | (A s, l 281-284) [...] on travaille la mobilité du bassin, n'ayez pas peur de laisser la colonne se creuser, d'accord ! Voilà. Vous voyez, ça fait du bien d'autoriser la colonne à se creuser, et on retrouve souvent ça chez les femmes enceintes, elles ont peur que la colonne se creuse de trop et donc elles rigidifient la colonne. (A s, l 291-296) Doucement, pas trop vite, mouvement qui emmène de la profondeur. Je sens que ce mouvement vous fait du bien, donc en même temps il ne faut pas le brider, on est dans le sensoriel, ça ne pose vraiment pas de problème d'aller explorer l'antériorité, surtout que ça vous fait du bien. Ça ouvre au niveau du diaphragme, de la colonne, ça dégage tous les organes qui commencent à être comprimés entre la colonne et le bébé. Donc il y a vraiment besoin de ce temps d'ouverture |
| | Le processus de la grossesse | J'observe la manière dont le bébé interagit au cours du mouvement gestuel et notamment dans les trois plans de l'espace. | (A s, l 294-298) Ça ouvre au niveau du diaphragme, de la colonne, ça dégage tous les organes qui commencent à être comprimés entre la colonne et le bébé. Donc il y a vraiment besoin de ce temps d'ouverture ; et maintenant c'est votre colonne qui repart en arrière. On peut imaginer qu'il y a les reins aussi, l'aorte, les organes et puis il y a la colonne et le bébé qui glissent en arrière, qui se glissent dans ce coulissement postérieur. |

Anouk – Gestes techniques – Actes manuels et gestuels pendant la thérapie manuelle (tableau n°3b – colonne 2)

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|---|--------------------------------------|---|--|--|
| Spécificités des différents touchers | Toucher psychotonique | Construction de la réaction psychotonique | La réaction psychotonique se construit par les points d'appui et révèle un potentiel interne qui se mobilise | (A s, l 109-111) Dans l'ensemble du corps j'ai un volume qui se mobilise, qui concerne la profondeur parce que j'ai un volume plus épais qui me donne accès à une consistance, qui grandit au fur et à mesure de la séance. (A s, l 111-112) Ça vient travailler dans la tête puis là ça commence à solliciter un travail au niveau du bassin et du ventre. (A s, l 146-126) Je déplace mes mains au niveau du diaphragme. [...]. [...] Je commence à avoir l'intérieur du ventre qui se mobilise au point d'appui, ça commence à travailler dans le bébé, qui commence à être concerné par ce travail. Je le perçois sous forme d'une épaisseur, un volume épais concerné par ce travail et qui est délimité à l'utérus. (A s, l 173-174) Ça commence à travailler entre mes deux mains. Je suis encore en point d'appui car ça met du temps à se mobiliser. (A s, l 176-177) Mon point d'appui sollicite aussi le haut de la colonne. Retour, voilà, éloignement de mes deux mains et la colonne commence à reculer d'elle-même. |
| | | | La réaction psychotonique concerne aussi le bébé | (A s, l 114-126). Je déplace mes mains au niveau du diaphragme. [...]. [...] Je commence à avoir l'intérieur du ventre qui se mobilise au point d'appui, ça commence à travailler dans le bébé, qui commence à être concerné par ce travail. Je le perçois sous forme d'une épaisseur, un volume épais concerné par ce travail et qui est délimité à l'utérus. (A s, l 184-189) Retour, voilà et je sens que c'est bien la colonne qui recule, qui vient dans mes mains, vers l'arrière. Voilà et là il y a tout l'espace postérieur qui est de nouveau habité. Il y a de nouveau de la place pour le bébé, il peut à nouveau reculer vers la colonne. La chaleur s'installe entre mes deux mains, retour, petits rythmes, la colonne se creuse, le sacrum s'antériorise, retour. Il y a vraiment un gain d'amplitude. |
| | Toucher de relation et symptomatique | | La pression de relation est la pression juste qui permet de déclencher le mouvement interne | (A s, l 136-138) Ma main ventrale est très légère, pas besoin de pression, c'est très doux. Par contre au niveau postérieur, j'ai un toucher osseux pour permettre à la colonne de se dé-densifier. (A s, l 138-139) Je déplace mes doigts sur les vertèbres les plus denses et j'appuie la paume de ma main ventrale sur le pubis, pour solliciter le cadre osseux. J'ajuste mes prises en fonction des zones denses. Ça commence à fondre au niveau de l'os, au niveau du pubis, derrière c'est encore dense. |
| | Toucher de relation et symptomatique | | La pression de relation est la pression juste qui permet de déclencher le mouvement interne | (A s, l 136-138) Ma main ventrale est très légère, pas besoin de pression, c'est très doux. Par contre au niveau postérieur, j'ai un toucher osseux pour permettre à la colonne de se dé-densifier. (A s, l 138-139) Je déplace mes doigts sur les vertèbres les plus denses et j'appuie la paume de ma main ventrale sur le pubis, pour solliciter le cadre osseux. J'ajuste mes prises en fonction des zones denses. Ça commence à fondre au niveau de l'os, au niveau du pubis, derrière c'est encore dense. |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|---|---------------------------------|--|--|
| | Touchers spécifiques des différentes structures | Périosté | Le toucher périosté a un impact direct sur les structures ostéo-musculo-articulaires | (A s, l 114-116) Je déplace mes mains au niveau du diaphragme, une région qui est souvent tendue, avec un toucher périosté qui accroche le périoste et le volume du diaphragme. (A s, l 120) La densité périostée se dilue. (A s, l 189-196) Je vais faire une prise au niveau du coccyx et du sacrum, [...]. Avec cette prise je sens que j'ai accès aux ligaments sacro-pubiens, au col de l'utérus, à la partie inférieure de l'utérus. |
| | | Osseux | Le toucher osseux sollicite un degré de profondeur qui se donne progressivement | (A s, L 136-138) Ma main ventrale est très légère, pas besoin de pression, c'est très doux. Par contre au niveau postérieur, j'ai un toucher osseux pour permettre à la colonne de se dé-densifier. (A s, l 138-141) Je déplace mes doigts sur les vertèbres les plus denses et j'appuie la paume de ma main ventrale sur le pubis, pour solliciter le cadre osseux. J'ajuste mes prises en fonction des zones denses. Ça commence à fondre au niveau de l'os, au niveau du pubis, derrière c'est encore dense. (A s, l 183-184) Ça travaille assez peu au sein de l'os, il y a assez peu d'épaisseur, il y a un grand volume mais assez peu épais. (A s, l 185-188) Voilà et là il y a tout l'espace postérieur qui est de nouveau habité. Il y a de nouveau de la place pour le bébé, il peut à nouveau reculer vers la colonne. La chaleur s'installe entre mes deux mains, retour, petits rythmes, la colonne se creuse, le sacrum s'antériorise, retour. |
| | | Vasculaire | J'observe les réactions vasculaires | (A s, l 138) Ça pulse sous la pulpe de mes doigts. [...]. (A s, l 187) La chaleur s'installe entre mes deux mains, [...]. (A s, l 237) Ça commence à pulser, ça libère le vasculaire, [...]. |
| | Prises manuelles | Diaphragme | Prise diaphragme antérieur ou postérieur | (A s, l 114-127) Je déplace mes mains au niveau du diaphragme, une région qui est souvent tendue, avec un toucher périosté qui accroche le périoste et le volume du diaphragme. [...] Ça vient chercher aussi un travail à distance au niveau de la fosse iliaque droite et de la jambe droite. [...] J'ai accès au volume du diaphragme et des côtes. Ça met en travail l'intra-thoracique avec notamment le cœur et les poumons. [...] Je commence à avoir l'intérieur du ventre qui se mobilise au point d'appui, ça commence à travailler dans le bébé, qui commence à être concerné par ce travail. Je le perçois sous forme d'une épaisseur, un volume épais concerné par ce travail et qui est délimité à l'utérus. [...]. Ça vient chercher le fascia intra-thoracique. |
| | | Région abdomino-lombo-pelvienne | J'ai des prises globales qui englobent le bébé dans le traitement | (A s, l 133) Je me déplace et prends une prise lombaire et une main au niveau de l'utérus. (A s, l 138-140) Je déplace mes doigts sur les vertèbres les plus denses et j'appuie la paume de ma main ventrale sur le pubis, pour solliciter le cadre osseux. J'ajuste mes prises en fonction des zones denses. |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|-----------------|----------------------|--|---|
| | | | J'ai prises analytiques qui ont un impact sur la structure ostéo-articulaire | <p>(A s, l 170-172) J'ai une prise au niveau du sacrum et une main très large au niveau des apophyses transverses des lombaires.</p> <p>(A s, l 189-197) Je vais faire une prise au niveau du coccyx et du sacrum, [...]. Avec cette prise je sens que j'ai accès aux ligaments sacro-pubiens, au col de l'utérus, à la partie inférieure de l'utérus. Le coccyx recule, le sacrum s'antériorise, ça ouvre tout l'espace entre le sacrum-coccyx-pubis.</p> <p>(A s, l 218-220) <i>[Changement de prise les deux mains sur l'iliaque droit car cette prise permet de mobiliser l'aile iliaque, le bassin et les lombaires. La femme enceinte a naturellement tendance à verrouiller cette région et de surcroît quand elle a une lombalgie]</i></p> |
| BRS | De la maman | | La maman retrouve la cohérence du BRS | <p>(A s, l 127-128) [...] je sens un mouvement d'ouverture vers le haut et vers le plafond aussi, vers le haut et l'avant.</p> <p>(A s, l 129) Retour, mouvement en bas et en arrière, comme un mouvement de convergence.</p> <p>(A s, l 176-177) Retour, voilà, éloignement de mes deux mains et la colonne commence à reculer d'elle-même.</p> <p>(A s, l 182-183) Retour en rassemblement, et ça va dans le sens de la cambrure. Les lombaires se creusent et glissent vers l'avant.</p> <p>(A s, l 129-130) [...] ça devient fluide léger, voilà petit rythme d'équilibration.</p> <p>(A s, l 188) [...] petits rythmes, la colonne se creuse, le sacrum s'antériorise, [...].</p> <p>(A s, l 222-224) Là, je suis les mouvements de l'iliaque droit. Quand l'iliaque vient en convergence et en rotation interne ça ouvre tout l'espace postérieur au niveau du sacrum et du coccyx. Retour avec rotation externe.</p> <p>(A s, l 228-230) Ici l'iliaque part d'emblée en rotation externe et en arrière. A l'issue du point d'appui, l'aile iliaque va en rotation interne, c'est plus résistant, je glisse et je pousse dans la direction de la rotation interne. Voilà retour en rotation externe. Le bassin s'ouvre.</p> <p>(A s, l 240-241) Je sens que les mouvements se font en lien avec l'autre côté, le côté droit et je commence à libérer la rotation interne de l'iliaque gauche.</p> |

Anouk – Gestes techniques – Actes manuels et gestuels pendant la thérapie gestuelle (tableau n°3b – colonne 2)

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|---|-------------------------|-----------------------------|---|--|
| Spécificités des différents touchers | Spécificités des prises | Prises manuelles de guidage | Les prises de guidage guident la patiente dans l'effectuation du geste majeur, en lien avec le mouvement interne, tout en maintenant la précision anatomique associée aux natures de touchers | (A s, l 278) Point d'appui, donc j'ai une main lombaire et une main antérieure. |
| BRS | De la maman | | Je fais explorer toute l'amplitude gestuelle disponible dans la région abdomino-lombo-pelvienne | <p>(A s, l 278-282) [...] et laissez les jambes s'éloigner pour mobiliser les sacro-iliaques ; on travaille la mobilité du bassin, n'ayez pas peur de laisser la colonne se creuser, d'accord !</p> <p>(A s, l 282-284) Vous voyez, ça fait du bien d'autoriser la colonne à se creuser, et on retrouve souvent ça chez les femmes enceintes, elles ont peur que la colonne se creuse de trop et donc elles rigidifient la colonne.</p> <p>(A s, l 286-288) Les jambes se rassemblent, vous laissez monter le pubis et le sacrum se pose sur la chaise. Le dos s'arrondit en haut et ça recule en bas.</p> <p>(A s, l 291-294) Je sens que ce mouvement vous fait du bien, donc en même temps il ne faut pas le brider, on est dans le sensoriel, ça ne pose vraiment pas de problème d'aller explorer l'antériorité, surtout que ça vous fait du bien.</p> <p>A s, l 294-296) Ça ouvre au niveau du diaphragme, de la colonne, ça dégage tous les organes qui commencent à être comprimés entre la colonne et le bébé. Donc il y a vraiment besoin de ce temps d'ouverture ; [...].</p> <p>(A s, l 297-302) [...] puis il y a la colonne et le bébé qui glissent en arrière, qui se glissent dans ce coulissement postérieur. C'est beaucoup mieux là, et vous avez gagné en postériorité. Retour, et là c'est le bassin qui commence à être starter du mouvement. Les omoplates se rapprochent et la colonne se redresse. Retour. Laissez bien les jambes se rapprocher comme cela ça ouvre l'espace postérieur au niveau des sacro-iliaques.</p> <p>(A s, l 301-302) Laissez bien les jambes se rapprocher comme cela ça ouvre l'espace postérieur au niveau des sacro-iliaques. Retour en position neutre.</p> |

Anouk – Guidage verbal pendant la pratique manuelle (tableau n°3b – colonne 3)

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|--|---|--|--|---|
| Guidage descriptif orientant la patiente vers | La perception de sa région abdomino-lombo-pelvienne et de sa libération | | Je décris les mouvements qui vont dans le sens de l'ouverture, de la divergence lombo-pelvienne ou du gain d'amplitude articulaire | (A s, l 178) Est-ce que vous sentez la colonne reculer d'elle-même ? (A s, l 187-189) La chaleur s'installe entre mes deux mains, retour, petits rythmes, la colonne se creuse, le sacrum s'antériorise, retour. Il y a vraiment un gain d'amplitude. (A s, l 196-197) Le coccyx recule, le sacrum s'antériorise, ça ouvre tout l'espace entre le sacrum-coccyx-pubis. Retour, le sacrum glisse en arrière et le coccyx vers l'avant. (A s, l 230-231) Voilà retour en rotation externe. Le bassin s'ouvre. C'est moins mobile que de l'autre côté. Le percevez-vous aussi ? |
| | La perception de la relation avec la présence ou dynamique du bébé | Perception du bébé des starters du mouvement | Je décris comment le bébé réinvestit l'espace autour de lui. | (A s, l 185-187) Voilà et là il y a tout l'espace postérieur qui est de nouveau habité. Il y a de nouveau de la place pour le bébé, il peut à nouveau reculer vers la colonne. |

Anouk – Guidage verbal pendant la thérapie gestuelle (tableau n°3b – colonne 3)

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|---|---|------------------------------|---|---|
| Guidage verbal descriptif orientant la patiente vers : | La perception de sa région abdomino-lombo-pelvienne et de sa libération | | Mon guidage verbal invite la maman à explorer toute l'amplitude articulaire de la région abdomino-lombo-pelvienne et l'amplitude du mouvement | (A s, l 278-282) Ça repart, la colonne se déroule dans la lenteur, avec de l'épaisseur, emmenez le dedans, un peu moins vite, vous déroulez le dedans et laissez les jambes s'éloigner pour mobiliser les sacro-iliaques; on travaille la mobilité du bassin, n'ayez pas peur de laisser la colonne se creuser, d'accord ! (A s, l 282-284) Vous voyez, ça fait du bien d'autoriser la colonne à se creuser, et on retrouve souvent ça chez les femmes enceintes, elles ont peur que la colonne se creuse de trop et donc elles rigidifient la colonne. (A s, l 286-288) Les jambes se rassemblent, vous laissez monter le pubis et le sacrum se pose sur la chaise. Le dos s'arrondit en haut et ça recule en bas. (A s, l 291-296) Je sens que ce mouvement vous fait du bien, donc en même temps il ne faut pas le brider, on est dans le sensoriel, ça ne pose vraiment pas de problème d'aller explorer l'antériorité, surtout que ça vous fait du bien. Ça ouvre au niveau du diaphragme, de la colonne, ça dégage tous les organes qui commencent à être comprimés entre la colonne et le bébé. Donc il y a vraiment besoin de ce temps d'ouverture ; [...]. (A s, l 298-299) C'est beaucoup mieux là, et vous avez gagné en postériorité. (A s, l 299-302) Laissez bien les jambes se rapprocher comme cela ça ouvre l'espace postérieur au niveau des sacro-iliaques. |
| | | | Le guidage verbal oriente l'attention de la maman vers sa région abdomino-lombo-pelvienne comme starter du mouvement | (A s, l 285-286) Parce qu'on est allé au bout de l'amplitude, maintenant on sent qu'on a le retour, et on l'a parce qu'on a osé aller au bout de l'amplitude. (A s, l 289-290) Là ça repart, doucement pas trop vite, ça emmène de la profondeur. [Anouk ne perçoit pas le starter] (A s, l 299-302) Retour, et là c'est le bassin qui commence à être starter du mouvement. Les omoplates se rapprochent et la colonne se redresse. Retour. Laissez bien les jambes se rapprocher comme cela ça ouvre l'espace postérieur au niveau des sacro-iliaques. |
| | La perception de la relation avec la présence ou la dynamique du bébé | Dynamique commune maman/bébé | Je fais une description de la dynamique commune maman/bébé | (A s, l 297-298) [...] puis il y a la colonne et le bébé qui glissent en arrière, qui se glissent dans ce coulissement postérieur. |

Tableau n°3c – Lucile – Catégorisation finale

| Lucile – Posture du praticien pendant la séance de thérapie manuelle (tableau n°3c – colonne1) | | | |
|---|---|---|---|
| Catégories | Sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
| Mobilisation attentionnelle sur le mouvement interne en rapport avec : | La problématique abdomino-lombo-pelvienne | Je laisse venir sous mes mains les informations qui me renseignent sur la structure corporelle, ce qui me permet de faire une lecture de l'état tensionnel, crispation ou blocage des différents éléments, qu'il faudra aller libérer. | (L ds, l 34-38) Rapidement je me déplace vers son bassin et pose mes mains sur son aile iliaque droite (côté douloureux). Et là je sens tout son corps complètement bloqué, sous mes mains tout est tendu, dur, fixe, rigide. Le contraste est saisissant par rapport à son état de globalité et de vitalité de la fin de notre précédente rencontre. Je suis très surprise de son état de tension interne et cela illustre le tableau clinique. (L ds, l 63-65) Mon attention est à l'affût des moindres indices de changement d'état (de fixe, rigide, tendu vers mobilité, souplesse, relâchement), de gain en amplitude, en orientation, en étendue, la notion de rythmicité tissulaire. (L s, l 207-208) Votre bassin est à nouveau très tendu, très crispé. |
| | | J'observe l'évolution de la reconfiguration de l'architecture tonique, de l'organisation tensionnelle ou bien de l'équilibre des différentes structures corporelles entre-elles. | (L s, l 260-261) [...] je fais des petits points d'appui, je cherche de la mobilité. (L s, l 270-271) Je refais une prise au niveau de l'épine iliaque antéro supérieure droite et de la branche ischio-pubienne, pour voir comment ça a évolué depuis tout à l'heure. (L s, l 298-299) Je prends l'aile iliaque. L'aile iliaque s'ouvre, s'écarte, retour, rotation interne de l'aile iliaque (L ds, l 49-51) J'alterne des prises aile iliaque-branche ischio pubienne, prise bilatérale du pubis, utérus-lombaires ; j'ai des points d'appui peu ambitieux ni dans l'étendue, ni dans la profondeur. Ici toutes les petites modifications sont importantes. |
| | La grossesse | J'observe pendant toute la séance comment le bébé interagit, c'est-à-dire s'il devient participatif au court de la séance, à quel moment, comment, et notamment la capacité d'accueil de la maman au sein de sa matière, le centrage du bébé dans le bassin et dans les différents plans de l'espace. | (L ds, l 52) J'essaie de trouver une voie de passage en faisant des points d'appui entre le bébé et la maman. (L ds, l ,58-59) L'utérus vient spontanément se coller dans la fosse iliaque créant comme un bloc. (L ds, l 67-69) Ainsi, je pose mon attention sur différents paramètres ; [...] les réactions du bébé qui lui aussi commence à bouger sous mes mains alors que jusqu'à présent il était immobile. |

Lucille – Les gestes techniques – Actes manuelles et gestuels pendant la thérapie manuelle (tableau n°3c – colonne 2)

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|---|--------------------------------------|---|--|--|
| Spécificités des différents touchers | Toucher psychotonique | Construction de la réaction psychotonique | La réaction psychotonique se construit par les points d'appui et révèle un potentiel interne qui se mobilise | <p>(L s, l 172-173) Ça commence à travailler au point d'appui, on commence à avoir de la globalité. Ça devient plus léger, comme si quelque chose s'était allégé dans le corps.</p> <p>(L s, l 219-220) J'observe qu'elle a quelques soupirs qui commencent à s'entendre, cela m'indique qu'un état de relâchement commence à s'installer.</p> <p>(L s, l 253-254) Rebond, l'aile iliaque droite glisse vers le haut avec une rotation externe, et l'aile iliaque gauche glisse vers le bas en rotation interne.</p> <p>(L s, l 259-260) La main au niveau de l'utérus vient contre l'aile iliaque droite. Il y a des petits lâchers prise, je repars et j'emmène l'utérus vers la gauche.</p> <p>(L s, l 260-261) [...] je fais des petits points d'appui, je cherche de la mobilité.</p> <p>(L s, l 261-262) Retour, mes deux mains vont en dissociation, ma main postérieure glisse vers la droite, la main antérieure glisse vers la gauche.</p> <p>(L s, l 264-266) Je glisse et je pousse, ça devient plus lumineux, ma main antérieure commence à me donner des orientations vers le haut.</p> <p>(L s, l 267-268) Puis glissement haut-bas, avec quand même une légère prédominance vers la droite.</p> <p>(L s, l 270-275) Je refais une prise au niveau de l'épine iliaque antéro supérieure droite et de la branche ischio-pubienne, pour voir comment ça a évolué depuis tout à l'heure. D'emblée, mes deux mains partent en convergence. Ma main inférieure remonte vers la fosse iliaque droite, c'est moins tendu, plus chaud, davantage pulsatile. La branche ischio-pubienne droite glisse vers l'intérieur, tandis que l'aile iliaque s'ouvre. Point d'appui, retour, la partie supérieure rentre, la partie inférieure s'ouvre.</p> <p>(L s, l 282-283) On commence à avoir des rotations au niveau de la cuisse, de la hanche. Je reprends une prise bilatérale du pubis. D'emblée c'est moins tendu, on commence à avoir plus de globalité.</p> <p>(L s, l 285) Là ça travaille jusque dans les lombaires et je suis toujours sur le pubis.</p> <p>(L s, l 222) On commence à avoir un peu de mobilité au niveau de l'aile iliaque.</p> <p>(L s, l 286-287) Retour, spontanément ça se rééquilibre.</p> |
| | Toucher de relation et symptomatique | | La pression de relation est la pression juste qui permet de déclencher le mouvement interne | <p>(L s, l 252-253) [...] j'ai une pression assez appuyée pour solliciter l'intra osseux.</p> <p>(L s1, l 258-259) J'ai une main lombaire, une main au niveau de l'utérus, la main lombaire est une main d'écoute.</p> |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|---|---------------------------------|--|--|
| | Touchers spécifiques des différentes structures | Osseux | Le toucher osseux sollicite un degré de profondeur qui se donne progressivement | (L s, l 252-253) [...] j'ai une pression assez appuyée pour solliciter l'intra osseux. (L s, l 279-280) Les points d'appui sont plus dynamiques et on commence à retrouver du moelleux. L'os commence à pouvoir absorber de nouveau. (L ds, l 70-72) Progressivement les points d'appui deviennent plus généreux sous mes mains, le niveau osseux réagit, une globalité physique se construit progressivement et se transforme en un volume plein qui s'anime. |
| | | Vasculaire | J'observe les réactions vasculaires | (L s, l 267) Ça pulse sous mes mains, au niveau des artères fémorales. (L s, l 272-273) Ma main inférieure remonte vers la fosse iliaque droite, c'est moins tendu, plus chaud, davantage pulsatile. (L s, l 217) Ça commence à pulser. (L ds, l 67-69) Ainsi, je pose mon attention sur différents paramètres ; les réactions vasculaires avec notamment l'artère iliaque droite que je sens battre et pulser de manière plus ample, les réactions du bébé qui lui aussi commence à bouger sous mes mains alors que jusqu'à présent il était immobile. |
| | Prises manuelles | Diaphragme | Prise bilatérale du diaphragme | (L s, l 169-176) <i>Je me déplace et prends une prise bilatérale du diaphragme.</i> [Silence] [...] Ça commence à travailler au point d'appui, on commence à avoir de la globalité. Ça devient plus léger, comme si quelque chose s'était allégé dans le corps. [Silence]. Ma main gauche descend vers le bassin, ma main droite reste en point d'appui en haut. Ça travaille à distance au niveau de l'aile iliaque droite. |
| | | Région abdomino-lombo-pelvienne | J'ai des prises globales qui englobent le bébé dans le bébé dans le traitement | (L s, l 258-259) J'ai une main lombaire, une main au niveau de l'utérus, la main lombaire est une main d'écoute. (L ds, l 52-55) J'essaie de trouver une voie de passage en faisant des points d'appui entre le bébé et la maman. [...] Pour cela, je pose une main sur l'utérus et une main lombaire. |
| | | | J'ai des prises analytiques qui ont un impact sur la structure ostéo-articulaire | (L s, l 210-211) J'ai une main au niveau de la branche ischio-pubienne et l'autre main au niveau de l'épine iliaque antéro supérieure. (L s, l 214-215) Ça travaille toujours au point d'appui, ça commence à se relâcher au niveau de la symphyse pubienne, étirement. (L s, l 249) Prise bilatérale au niveau des ailes iliaques. (L s, l 256) Je pousse. La main droite va en direction de la sacro-iliaque et tourne à gauche. (L s, l 270-271) Je refais une prise au niveau de l'épine iliaque antéro supérieure droite et de la branche ischio-pubienne, [...]. (L s, l 225) Je déplace mes mains pour travailler le pubis. (L s, l 282-283) Je reprends une prise bilatérale du pubis. (L s, l 288) Prise bilatérale des ailes iliaques. (L s, l 295-296) Prise sacrum-apophyses transverses. (L s, l 298-299) Je prends l'aile iliaque. L'aile iliaque s'ouvre, s'écarte, retour, rotation interne de l'aile iliaque. (L s, l 306) Je prends l'aile iliaque et le diaphragme à droite. (L s, l 307-308) Je reprends une prise sacrum-lombaire et je mobilise les lombaires en fonction des informations que me donne le corps. |

| Catégories | Sous-catégories | Sous-sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|------------|-----------------|----------------------|---------------------------------------|---|
| BRS | De la maman | | La maman retrouve la cohérence du BRS | <p>(L s, l 224) On est en convergence, puis l'aile iliaque va en rotation externe et glisse vers le haut.</p> <p>(L s, l 253-254) Rebond, l'aile iliaque droite glisse vers le haut avec une rotation externe, et l'aile iliaque gauche glisse vers le bas en rotation interne.</p> <p>(L s, l 271-275) D'emblée, mes deux mains partent en convergence. Ma main inférieure remonte vers la fosse iliaque droite, c'est moins tendu, plus chaud, davantage pulsatile. La branche ischio-pubienne droite glisse vers l'intérieur, tandis que l'aile iliaque s'ouvre. Point d'appui, retour, la partie supérieure rentre, la partie inférieure s'ouvre.</p> <p>(L s, l 282) On commence à avoir des rotations au niveau de la cuisse, de la hanche.</p> <p>(L s, l 285-286) Le point d'appui commence à réagir, j'ai une inclinaison droite du bassin.</p> <p>(L s, l 288-289) Rotation interne des deux côtés, rotation externe de petite amplitude.</p> <p>(L s, l 296-297) Rassemblement, le point d'appui réagit, les deux mains s'éloignent.</p> <p>(L s, l 297-298) Relâchez bien, laissez venir avec mes mains, la colonne s'arrondit. Et là, la colonne se creuse. Ça recule et ça s'arrondit.</p> <p>(L s, l 298-299) L'aile iliaque s'ouvre, s'écarte, retour, rotation interne de l'aile iliaque.</p> <p>(L s, l 296-299) Rassemblement, le point d'appui réagit, les deux mains s'éloignent. Relâchez bien, laissez venir avec mes mains, la colonne s'arrondit. Et là, la colonne se creuse. Ça recule et ça s'arrondit. Je prends l'aile iliaque. L'aile iliaque s'ouvre, s'écarte, retour, rotation interne de l'aile iliaque.</p> |

Lucile – Guidage verbal pendant la pratique manuelle (tableau n°3c – colonne 3)

| Catégories | Sous-catégories | Reformulations catégorisantes | Extraits du verbatim |
|---|---|--|---|
| Guidage verbal descriptif orientant la patiente vers | La perception de sa région abdomino-lombo-pelvienne et de sa libération | Je décris les mouvements qui vont dans le sens de l'ouverture, de la divergence lombo-pelvienne ou du gain d'amplitude articulaire | (L s, l 297-299) Relâchez bien, laissez venir avec mes mains, la colonne s'arrondit. Et là, la colonne se creuse. Ça recule et ça s'arrondit. Je prends l'aile iliaque. L'aile iliaque s'ouvre, s'écarte, retour, rotation interne de l'aile iliaque. |

Annexe IV

Verbatim de Dorothée, verbatim d'Anouk et la description spécifiée, Verbatim de Lucile et la description spécifiée

Verbatim de la séance avec Dorothée de mai 2011

Présentation de Dorothée

Je vois Dorothée une première fois le 16 novembre 2010, sur les conseils d'une amie, alors qu'elle est enceinte de deux mois environ. Il s'agit de sa première grossesse et le terme est prévu le 10 juin 2011. Elle fait 7 séances de fasciathérapie. A la première séance elle se plaint de nausées, apparues au cours du premier mois de grossesse, nausées plutôt le matin et le soir. Je la revois ensuite le 11 janvier 2011. Elle me dit « être très fatiguée », « avoir des douleurs lombaires et générales », « elle se sent lourde ». On se voit ensuite le 12 février 2011, elle est alors « bien soulagée après la séance précédente, mais les douleurs lombaires sont réapparues depuis quelques jours ».

Lorsque je la revois le 22 mars à 6 mois et demi de grossesse, elle est au repos pour MAP (menace d'accouchement prématuré), elle a des contractions utérines, le col de l'utérus commence à être ouvert, elle a des douleurs au bas du ventre et le bébé est bas. Ces complications de la grossesse et la mise au repos la mettent dans un état de stress, elle a du mal à accepter la situation.

On se revoit à 8 mois de grossesse, le 12 avril 2011, le bébé est positionné en siège, en conséquence la naissance se fera plutôt par césarienne, la quantité de liquide amniotique et la croissance sont en dessous de la norme. Les douleurs lombaires sont elles aussi réapparues. J'ai retenu ses paroles qui révèlent son état psychique : « Moi, j'ai flippé la semaine dernière quand elle (la gynécologue) m'a dit il y a un souci, j'ai eu peur, on a eu très peur surtout qu'elle m'a dit d'aller d'urgence à la maternité (pour faire un écho doppler plus précis sur le développement du fœtus). Il bouge, pour moi tant que je le sens bouger ça va. Après qu'il ait la tête en haut ou en bas, une césarienne ça m'est égal, moi tout ce que je veux c'est qu'il aille bien ». Dorothée est alors très tendue et a du mal à se poser.

Je lui demande son accord pour faire partie de ma recherche et son autorisation pour enregistrer les séances à venir. Je lui précise alors que je vais donner des indications qui ne la concernent pas directement mais qui serviront à mon travail de recherche.

Séance du 10 mai 2011 (que je retranscris), nous sommes au 9^{ème} mois de grossesse. Les différentes échographies et doppler montrent un bébé qui grandit bien, l'approche du terme rassure aussi Dorothée qui reprend confiance en elle et commence à se sentir bien. Les douleurs lombaires sont réapparues et elle se sent parfois « encombrée » avec son ventre.

34

35 **Entretien : début du 9^{ème} mois de grossesse.**

36 *Je me renseigne toujours sur l'évolution médicale d'une séance à l'autre, notamment s'il*
37 *apparaît au cours de la grossesse des complications ou des petits tracas. Comment l'annonce*
38 *est-elle gérée par la femme ? Bien souvent la femme a alors besoin d'un espace de paroles*
39 *pour exprimer ce qu'elle vit.*

40

41 C : Donc, donnez-moi des nouvelles !

42 D : La césarienne est prévue pour le 1^{er} juin. Le bébé est en siège décomplété.

43 C : Ça veut dire quoi ?

44 D : En fait il a la tête ici (elle montre en haut et à droite), il a un pied au-dessus de la tête, les
45 fesses au niveau de la vessie, apparemment ils n'ont jamais vu ça comme position. Ils
46 appellent ça, le siège décomplété. Donc ils pensent que ce sera une césarienne, parce que le
47 bébé ne peut plus trop se retourner car il est très bas. Voilà c'est les dernières nouvelles que
48 j'ai. Et il y a 15 jours j'ai eu pas mal de stress parce que la gynécologue m'a dit qu'il restait
49 une toute petite poche de liquide, tout le reste était sec, donc il en reste juste un petit peu là où
50 le bébé il est. Elle voulait que j'aille à la maternité une matinée pour faire retourner le bébé,
51 mais elle (la gynécologue) me dit en même temps, il ne pourra peut-être pas vous le faire car
52 il y a trop peu de liquide. Elle me dit « c'est le chirurgien qui prendra la décision ». Donc
53 j'avais rendez-vous chez le chirurgien, et le chirurgien me dit « c'est à vous de prendre la
54 décision, si on fait tourner le bébé il y a des risques de malaise cardiaque du petit. Donc c'est
55 à vous de choisir mais je conseillerais plutôt la césarienne », pour être sûr par rapport au
56 liquide que j'ai.

57 C : Et c'était pour éviter la césarienne qu'elle voulait le faire retourner ?

58 D : Oui, je pense. La gynécologue me dit j'ai un petit bébé, qu'au niveau de la croissance du
59 ventre (croissance utérine) ce n'est pas aux normes. Et là j'ai fait un doppler et une
60 échographie vendredi dernier, et la sage-femme me dit que tout est parfait. J'ai un super bon
61 liquide amniotique, le bébé est en parfaite santé, moi aussi, que tout va bien, il se peut même
62 que le bébé fasse 2,8 kg. Vous voyez il n'y a plus rien à comprendre ! Donc je revois la
63 gynécologue jeudi, mais je vais quand même lui dire qu'elle me fait stresser. J'ai eu beaucoup
64 de stress ces derniers temps. Alors je ne comprenais pas qu'elle voulait faire retourner le bébé
65 alors que je n'ai pas beaucoup de liquide. Et elle insistait tellement, j'ai fait 3 séances
66 d'acuponcture, ça ne marchait pas. Le chirurgien m'a expliqué qu'avec une césarienne, il peut
67 y avoir des risques comme avec une autre opération, mais si on retourne le bébé, il peut aussi

68 y avoir des risques comme il est petit, il peut faire un malaise cardiaque. Et jeudi dernier j'ai
69 donc fait un écho doppler et à ce stade de la grossesse la quantité de liquide amniotique doit
70 normalement énormément chuter et chez moi il est resté nickel. Le bébé est super bien, il fait
71 2,2 kg et il faisait 1,6 kg il y a 3 semaines.

72 C : Donc, il a bien pris du poids !

73 D : La sage-femme pense qu'il fera 2,5 kg voir même 2,8 kg à la naissance. Mais ça ils n'ont
74 pas la certitude. Elle m'a dit ne vous faites pas de soucis tout va bien. Mais vu la position
75 qu'il a, ils ne peuvent que me faire une césarienne, je ne peux pas accoucher normalement.
76 Donc le 31 mai je rentre à la maternité à 18h ; ils me feront une échographie et s'ils voient
77 que le bébé s'est retourné, ils ne me feront pas la césarienne. La nuit je ne dors pas bien, je
78 sens qu'il est bas, ça me gêne et ça fait une semaine que j'ai de nouveau mal au dos. Sinon je
79 vais bien, j'ai eu du stress, pas beaucoup de liquide, petit bébé, puis la semaine dernière
80 j'apprends que tout est bon.

81 C : Mais au premier écho doppler il n'y avait déjà pas beaucoup de liquide ?

82 D : Oui, donc j'ai dû en refaire un 3 semaines après pour voir, et elle me dit qu'au stade où
83 j'en suis ça aurait dû chuter. Mais ça n'a pas bougé donc du coup c'est très bon au stade où
84 j'en suis. Pendant la séance, la dernière fois, je n'étais pas bien du tout, mais après j'étais de
85 nouveau bien, ça allait super, je péttais le feu. Le bébé ne s'est pas retourné pour autant !

86 C : Oui mais il a grossit.

87 D : Il est passé de 1,6 kg à 2,2 kg en l'espace de trois semaines, ce qui est énorme. Maintenant
88 est-ce que j'aurai un petit bébé ou pas ? On n'y croit pas trop ! J'ai fait une prise de sang ce
89 matin, elle dit vous allez avoir un petit bébé car j'ai un petit ventre ; elle me croyait au 6^{ème}
90 mois !!! Alors mon mari me dit « n'écoute plus personne ». Le chirurgien me dit aussi on en
91 fait trop maintenant et ce n'est pas bon. Par contre j'ai parlé avec la sage-femme de la
92 maternité de G., apparemment elle vous connaît. Je lui ai dit que je faisais de la fasciathérapie,
93 c'est elle qui me faisait de l'acupuncture. Elle m'a dit que vous leur avez fait une formation
94 sur la fasciathérapie. Elle m'a dit « c'est super, c'est très bien, continuez ». J'ai fait les
95 séances d'acupuncture mais ça n'a rien donné, il bougeait davantage mais voilà. Mais la
96 gynécologue aurait voulu que j'accouche normalement. Je le sens. Parce que le chirurgien m'a
97 dit : « c'est une opération, il peut y avoir des risques aussi ». La gynécologue prend des
98 précautions. Je ne vais pas risquer de faire retourner le bébé si après il y a des soucis. Le
99 chirurgien m'a dit « moi je partirai sur la césarienne ». Le chirurgien a vu le dossier, il m'a dit
100 « vous avez une petite quantité de liquide et donc pour le faire se retourner ça va être dur ». Et

101 pour lui « il y a risque de malaise cardiaque ». Pour cela je dois passer une matinée à l'hôpital
102 et toutes les dix minutes il viendra me toucher le ventre pour essayer de le retourner.

103 C : En tous les cas il a pris du poids, il reste 3 semaines, il fera presque 3 kg et plus de 2,5 kg,
104 si tout va bien.

105 D : Et depuis le début on me dit qu'il est petit ! Quel stress ! Je vois la gynécologue jeudi, je
106 vais quand même lui faire une petite réflexion, qu'elle me fait stresser plus qu'autre chose.
107 Parce que j'ai vu l'acupuncteur la semaine dernière, elle me dit tout de suite après
108 l'acupuncture vous venez, je vous réexamine et on regarde. Et elle n'arrêtait pas de me dire,
109 oh là là, vous n'avez vraiment pas beaucoup de liquide !!! Oh, puis le bébé il est vraiment
110 petit !!! Et puis lundi la sage-femme me dit tout va bien.

111 C : C'est bien le bébé pèse environ 2,2 kg.

112 D : Je ne vois pas pourquoi la sage-femme me dirait ça. On ne sait plus qui croire ! Quand elle
113 m'a dit ça, j'étais heureuse. Quand elle me dit que « votre liquide il est parfait », je lui dis que
114 la gynécologue me dit 5 jours avant « qu'il n'y en a pas assez ! » Elle dit que « la
115 gynécologue avec les appareils qu'ils ont, ne voient pas trop bien ». Je préfère que la
116 gynécologue ne dise rien parce que ...c'est pour ça que je viens vous voir (rire). Par contre,
117 je recommence à avoir mal au bas du dos. Sinon le reste tout va bien. La nuit je ne dors pas
118 trop bien parce que je commence à être encombrée du ventre, quand je me retourne.

119 C : Le dernier mois il y a souvent des réveils fréquents qui ne sont pas toujours dus aux
120 problèmes de retournements mais aussi à la physiologie comme si le corps commençait à se
121 préparer à être réveillé plusieurs fois dans la nuit.

122 D : Là, j'ai aussi une petite période où je suis fatiguée, je me repose, mais comme la nuit je ne
123 dors pas, la journée je suis aussi fatiguée. Sinon je suis bien.

124 C : OK, vous vous allongez.

125

126 **Dorothée s'allonge sur la table en décubitus dorsal, début de la séance de thérapie**
127 **manuelle.**

128 D : C'est surtout là que j'ai mal, (D montre la région au-dessus du pubis) tout en bas depuis
129 quelques jours et aussi tout le bas du dos en arrière.

130 C : Oui c'est là qu'il a les fesses. Et puis il est bien en avant. On va faire en sorte que la
131 colonne se relâche pour que vous ayez moins mal au dos. Et aider le bébé à occuper l'espace
132 postérieur et sur les côtés.

133 Comme j'enregistre les séances dans le cadre de ma recherche, je vais donner pleins
134 d'informations qui ne vous sont pas directement destinées.

135 Donc là je fais une prise directement au niveau de l'utérus et du bébé (main ventrale), car il y
136 a une douleur qui est apparue juste au-dessus du pubis il y a quelques jours, mais il y a aussi
137 des douleurs lombaires (main lombaire).

138

139 *Cette prise me donne accès à l'équilibre tonique entre la maman (par la main entre la*
140 *colonne lombaire) et le bébé (par ma main sur l'utérus) en position relâchée. Je peux évaluer*
141 *le degré de tension de la région lombaire. Je peux observer l'état de souplesse du ventre*
142 *(relâché, crispé, tendu). S'il est tendu il y a un risque que l'utérus soit trop contractile. Je*
143 *peux aussi apprécier les orientations des mouvements tissulaires et savoir si le bébé est plutôt*
144 *trop bas ou plus sur un côté que l'autre. La dynamique tissulaire entre mes deux mains me*
145 *donne des indications sur une forme d'autonomie entre la maman et le bébé.*

146

147 Le bébé est en siège et les douleurs sont peut-être dues au fait que le bébé n'est pas dans sa
148 position physiologique.

149 En tous les cas il a bien, bien grandit depuis 3 semaines - 1 mois car il n'allait pas si haut.

150

151 *Je donne certaines informations qui rassurent la patiente et qui confirment subjectivement la*
152 *bonne croissance du bébé, car il y a depuis le 2^{ème} trimestre incertitude sur sa croissance*
153 *fœtale avec suspicion de retard de croissance et de souffrance fœtale. C'est pour cela que*
154 *Dorothee était sous une étroite surveillance médicale avec notamment écho doppler tous les*
155 *mois pour surveiller la quantité de liquide amniotique présent et vérifier la croissance du*
156 *bébé.*

157

158 D : La gynécologue quand elle m'a auscultée, m'a dit « qu'il est remonté » et « qu'il appuie
159 moins au niveau du col ». Ça par contre elle me l'a dit. Au niveau du col tout est bon.

160 C : Je sens, il remonte jusque sous les côtes.

161 D : Quand il me donne des coups je n'ai pas mal ! Je sens les pieds ici.

162 C : Oui, il bouge plus les pieds, les jambes, les genoux que la tête.

163 D : J'ai vraiment des douleurs au niveau de la vessie et du bas du dos.

164 C : J'ai les deux mains sur l'utérus et le bébé, j'ai mes deux mains qui s'écartent comme si
165 mes deux mains étiraient le bébé. Je sens le bébé très ramassé sur lui-même. J'accompagne les
166 orientations spontanées du bébé. Le bébé va en inclinaison. Je fais plusieurs points d'appui
167 successifs dans les orientations spontanées qui se donnent.

168 Silence

169 Au point d'appui, je sens qu'un grand volume (qui concerne à la fois la maman et le bébé) se
170 mobilise sous mes mains. Cette force entraîne une réorganisation des tensions au sein de la
171 maman. Je sens que le bébé remonte vers les côtes et se dégage du bassin.

172 Est-ce qu'il se dégage un peu du bas ?

173 D : J'ai chaud !

174 C : On retrouve un rythme haut-bas. Beaucoup de chaleur se dégage, ça pulse dans l'ensemble
175 du corps.

176 D : Je ne me sens pas bien !

177 C : On va faire une petite pause, puis on va travailler assis.

178 D : J'ai des bouffées de chaleur ! C'est incroyable.

179

180 *Je demande à D. de s'asseoir au bord de la table parce qu'elle ne se sent pas bien et le temps*
181 *consacré à la thérapie manuelle a été très bref à cette séance. Cela arrive parfois plutôt en fin*
182 *de grossesse, c'est peut-être dû à la position (allongée ou assise). En s'asseyant, elle se sent*
183 *alors mieux. Il faut rassurer la patiente. Je la fais changer de position, les symptômes*
184 *disparaissent, puis je lui propose de continuer la séance par un travail assis de convergence-*
185 *divergence qu'elle apprécie beaucoup.*

186 *Dorothée est familiarisée avec l'approche gestuelle, j'ai consacré un temps au travail assis à*
187 *chaque séance et cela fait quelques mois qu'elle pratique assez régulièrement chez elle. On a*
188 *rapidement accès à une qualité de présence. Ici je donne beaucoup de descriptions de ce qui*
189 *se passe sous mes mains. Ça lui offre des repères internes qu'elle peut alors s'approprier plus*
190 *facilement.*

191 *Généralement dans le travail gestuel je fais une description riche et détaillée de ce qui se vit,*
192 *le guidage manuel et verbal est alors un support favorisant des perceptions parfois inédites*
193 *pour la maman.*

194

195 **Dorothée s'assoit.**

196 C : On va travailler sur la chaise, ce sera différent, vous allez vous faire du bien.

197 D : Je sens quand vous voulez travailler que....

198 C : Ça vient vous vous concerner.

199 D : Oui. J'ai aussi très mal au bassin.

200 [Dorothée s'installe sur un tabouret pour faire le travail assis de convergence-divergence que
201 l'on a déjà fait ensemble à plusieurs reprises au cours des séances précédentes.]

202

203 *Le travail assis est un des moyens de libérer les tensions lombaires et la sensation de*
204 *pesanteur au niveau du bassin dont parlent souvent les femmes enceintes.*

205 *Cet exercice permet à Dorothee d'explorer la mobilité articulaire du bassin et des lombaires*
206 *car il me semble important que la femme arrive à l'accouchement avec souplesse et mobilité.*

207 *De façon générale, plus on avance dans la grossesse, plus la femme a tendance à réduire*
208 *l'amplitude de ses gestes dans le quotidien. La lenteur avec laquelle je fais réaliser le geste*

209 *ainsi que l'attention tournée vers l'amplitude subjective rassure énormément la patiente qui*
210 *s'autorise à bouger. Elle est toujours surprise de s'apercevoir à quel point elle peut aller*

211 *dans une amplitude objective de son geste dans l'antériorité et la postériorité principalement.*

212 *Dans ce travail assis, je sollicite aussi Dorothee sur sa perception des paramètres du*
213 *mouvement, starters, orientations, amplitude. Dans ce travail je la guide verbalement et*

214 *manuellement pour l'aider à se construire des repères sensoriels.*

215

216 C : Dans ce travail assis, on va explorer la mobilité du bassin et des lombaires. Vous posez
217 bien les pieds au sol et les mains sur les cuisses de manière à ne pas oublier les jambes, les

218 yeux fermés qui regardent à l'horizontal. C'est un exercice qu'on a déjà fait plusieurs fois,
219 vous vous souvenez ! (...)

220 Donc on fait un point d'appui de neutralité pour attendre l'information de direction. Donc j'ai
221 une main sur les lombaires et une main sur le ventre. Dites-moi vers où votre corps a envie

222 d'aller, vers la divergence ou vers la convergence ? Dans la flexion ou dans l'extension ? Ou
223 bien vous n'avez pas d'information ?

224 D : Je n'ai pas d'information.

225 C : OK. Je vais vous aider, on va aller dans la divergence, la colonne glisse vers l'avant et se
226 redresse. Et on fait un point d'appui. Essayez d'avoir un appui équilibré entre les deux parties

227 osseuses du bassin, autant à droite qu'à gauche. J'ai l'impression qu'à droite vous appuyez un
228 peu moins. Juste posez votre attention sans vous pencher. Retour, ça recule et le dos

229 s'arrondit. Pour le moment c'est assez peu mobile, ça recule peu, tout comme dans la
230 divergence il y a peu d'amplitude. Ce n'est pas grave ça va gagner au fur et à mesure de

231 l'exercice. Point d'appui dans lequel vous vous relâchez. Et là je sens le bébé qui devient
232 présent, une chaleur dans le ventre, une présence. Un volume plein qui habite tout l'espace

233 entre mes deux mains lombaire et ventrale. Vous sentez un nouvel état, ou cette présence ?
234 Vous décririez ça comment ? Avec vos mots à vous !

235 D : Un relâchement.

236 C : Ça repart, extension de la colonne qui se grandit. Ça glisse vers le plafond. Le sternum
237 glisse aussi vers le plafond. C'est comme si vous faisiez un étirement de vous à l'intérieur de
238 vous. Les pieds sont bien enracinés dans le sol. Je sens que le bébé n'est pas organisé autour
239 d'un axe haut-bas ou avant-arrière mais plutôt autour d'un axe oblique, c'est peut-être pour
240 cela qu'il est en siège ?

241 [Silence]

242 Puis ça recule, déjà ça recule davantage ; laissez la colonne reculer encore, s'arrondir, puis
243 dans le recul sentez que vous autorisez le bébé à glisser en arrière. Point d'appui. Dans cet
244 exercice, est-ce que ça vous fait mal au niveau lombaire ?

245

246 *Pendant le mouvement gestuel je m'assure que l'exercice est indolore en la questionnant et*
247 *qu'elle se sente bien.*

248

249 D : Ah, pas du tout !

250 C : Ni dans un sens ni dans l'autre ?

251 D : Non, justement ça me fait du bien, ça me relâche.

252 C : On déroule, on étire quelque chose dedans, c'est comme si votre colonne emmène le bébé
253 vers l'avant et vers le haut, surtout vers l'avant. Laissez de la place au bébé. Ça travaille dans
254 le diaphragme, puis côté droit, est-ce que vous sentez le retour là ?

255 D : Oui.

256 C : Alors allez-y ! Et on laisse le bébé glisser avec. Là on va gagner en amplitude. Laissez
257 l'amplitude vous emmener. Et là c'est comme si vous vous enrouliez autour de bébé. Il recule,
258 il emmène votre colonne en arrière et vous vous enroulez autour de lui. Laissez votre sacrum
259 se poser sur la chaise, les hanches glissent en arrière. Maintenant dites-moi quand vous sentez
260 le retour ?

261 D : Là.

262 C : Oui, alors est-ce que c'est vous qui êtes partie ou c'est le bébé ? Ou les deux, ou vous ne
263 savez pas ?

264 D : Je ne sais pas.

265 C : D'accord ! Et là, on laisse glisser, glisser, glisser. Les lombaires se creusent, se creusent,
266 voilà. Vous êtes en train de découvrir qu'il y a de l'amplitude.

267 D : Oui.

268 C : On peut aller loin sans se faire mal. Là vous l'avez senti, retour et vous laissez la colonne
269 s'enrouler et le bébé reculer. Et là vous avez senti plutôt le bébé ou plutôt vous ?

270 D : Plutôt moi.

271 C : Vous vous enroulez autour de l'enfant. Ça fait comme deux mouvements contraires, il y a
272 la colonne qui recule avec le bébé et vous, vous vous enroulez autour, en allant presque vers
273 l'avant, du coup votre tête se rapproche du bébé, comme si vous vouliez regarder le bébé. Là,
274 ça vous libère toute la région diaphragmatique et les lombaires. Retour et là c'est votre bassin
275 qui est moteur et vous vous éloignez du bébé, votre regard s'éloigne du bébé et vous laissez le
276 bébé glisser et avancer. Votre bassin l'aide à trouver son axe, à le mobiliser, comme si vous
277 mobilisiez le bébé. Les mouvements de votre bassin peuvent guider le bébé. Retour,
278 doucement, lenteur. C'est vous qui vous enroulez autour du bébé et votre tête se rapproche du
279 bébé. Alors on va mettre un peu les jambes, les jambes se rapprochent tranquillement comme
280 cela ça ouvre les sacro-iliaques en arrière. Votre bassin recule le plus possible, votre bassin
281 guide le bébé dans le ventre, le pubis remonte, le sacrum descend, tout ça pour guider le bébé.
282 Dans le mouvement de divergence on va laisser les jambes s'éloigner l'une de l'autre, le
283 bassin, le bassin, doucement. Ça permet de soulager les sacro-iliaques. Le pubis descend, le
284 sacrum monte, les lombaires se creusent. Et le regard s'éloigne du bébé. Dans le retour on va
285 aller en rotation. Est-ce que vous avez envie de faire la rotation plutôt à droite qu'à gauche ?
286 C'est à dire en rotation gauche, la tête va venir regarder vers moi.

287 D : Plus vers la gauche.

288 C : Donc dans le recul, enroulement, il y a la colonne qui fait une rotation vers la gauche, le
289 bassin a un côté qui recule et un qui avance. Là, ça donne de la place au bébé à droite, par
290 contre c'est plus fermé à gauche. Vous me dites quand vous sentez l'élan de repartir. Voilà,
291 vous vous grandissez avec rotation à droite, la tête, les épaules vont tourner à droite, la
292 colonne se grandit et vous vous démoulez du bébé, vous lui laissez de la place, il vit sa vie.
293 Retour, vous avez senti ?

294 D : Oui.

295 C : Vous commencez à percevoir les starters ?

296 Doucement dans les rotations ! Epaule droite avance, la gauche recule, vous tournez autour du
297 bébé. Dans la phase d'extension et de divergence sentez l'appui au sol, comme une propulsion
298 avec un grandissement et vous vous démoulez du bébé.

299 C : Là, le bébé a de la place. Hop, retour, le côté droit avance, le côté gauche recule.

300 D : J'ai plus de mal à aller dans ce sens-là.

301 C : Hop, on est en train de gagner en amplitude. Retour en position neutre sans la rotation,
302 donc en divergence pure. On va observer ce que vous avez gagné dans votre corps, le fait
303 d'avoir fait les rotations. Là, vous sentez le retour, il y a plus de place pour glisser. Vous

304 pouvez commencer à absorber comme si dans les os il y avait de la place maintenant. Comme
305 si le bébé était même loin en arrière. On n'avait pas du tout ça tout à l'heure.

306

307 *J'ai remarqué que quand la femme commence à avoir une conscience aiguë du mouvement*
308 *interne dans la convergence-divergence, elle peut alors percevoir la présence de son bébé. Le*
309 *mouvement gestuel prend alors un autre sens pour la maman qui prend conscience qu'elle a*
310 *la possibilité d'interagir avec son enfant. Le geste change de statut, d'un mouvement gestuel*
311 *il devient un moyen de communication avec son bébé. Cela se donne en fin de grossesse le*
312 *dernier mois quand j'ai pu voir les femmes en consultation au minimum 5 à 6 fois.*

313 *Je laisse aussi explorer le mouvement libre, guidé manuellement et verbalement, car ici je*
314 *sens que Dorothée accompagne avec justesse les paramètres internes d'amplitudes et de*
315 *starters dans la convergence et la divergence.*

316

317 Maintenant on va faire un mouvement libre à partir du bébé. Le bébé fait son mouvement et
318 vous vous adaptez à lui. Donc là vous vous mettez à son service. Il descend en bas et à droite
319 dans la fosse iliaque pendant que vous vous laissez faire dans votre colonne. Vous
320 l'accompagnez. Comme s'il y avait aussi une légère rotation aussi à droite, l'épaule droite
321 recule. Il aime bien les rotations et maintenant c'est lui qui fait une rotation à gauche.
322 Inclinaison gauche, il repart à gauche et en avant. Là vous vous penchez en avant en
323 emmenant le bébé. Votre mouvement change, ce n'est plus vous qui faites, vous vous laissez
324 emmener par une force qui vient plutôt du ventre. Translation gauche, translation droite ; il
325 explore les mouvements de base et vous vous l'accompagnez, vous glissez aussi dans votre
326 bassin vers la droite. Comme s'il repoussait les murs qu'il a autour de lui, les parois, les
327 barrières. Vous avez le sentiment qu'il va loin vers la droite, et vous diriez quoi comme
328 amplitude 3 millimètres, 1 centimètre, 5 centimètres ?

329 D : 3 centimètres.

330 C : Doucement, n'oubliez pas le bébé, et là c'est vous deux ensemble. On va vers la gauche
331 avec un léger mouvement de verticalité.

332 D : Ça tire moins vers la droite que vers la gauche.

333 C : Et donc vous avez l'impression que c'est plus ample ?

334 D : C'est plus dur vers la gauche que vers la droite.

335 C : Et c'est moins ample, il vous semble que c'est plus dur dans vous ou bien que le bébé y va
336 moins ?

337 D : Il y va moins. Ici il part plus facilement (vers la droite).

338 C : Translation droite avec une légère rotation vers la droite comme si le bébé tournait ; il
339 revient et vous aussi, retour de la rotation droite. Retour au centre, il ne tourne pas à gauche
340 mais il se translate à gauche. Retour au centre. On va reprendre notre mouvement de
341 convergence-divergence. On se redresse ; toute la colonne, la nuque, les épaules. Laissez de
342 l'espace entre vous et le bébé ; sentez que vous pouvez prendre de la distance par rapport à
343 lui. La colonne continue à glisser en avant, ne reculez pas trop la tête, sans perdre le lien avec
344 votre bassin. C'est différent ! Il y a quelque chose qui se redresse dans votre colonne.
345 Qu'est-ce que cela change ?

346 D : Je me sens plus détendue. Je sens le mouvement, les rotations, je les sens bien, j'ai
347 l'impression que tout s'allonge en fait.

348 C : Les rotations où ça ?

349 D : C'est quand ça descend.

350 C : Et là c'est vous qui vous enrroulez et le bébé qui recule, la colonne aussi.

351 D : Je sens qu'il appuie sur la colonne.

352 C : Il appuie et ça vous permet d'enrouler la colonne. C'est synchrone, c'est comme un
353 volume, votre colonne est capable de reculer à la mesure des mouvements du bébé. Ce n'est
354 plus un blocage. C'est un ensemble. Remarquez que dans le regard [on travaille les yeux
355 fermés, ici le regard n'est pas focalisé, concentré sur le bébé] il y a aussi quelque chose qui
356 vous permet de vous distancier, ça ne vous arrête pas dans votre mouvement. Dans votre
357 bassin continuez le mouvement, parfait ; il y a une fluidité, une amplitude gestuelle. C'est
358 comme si vous berciez le bébé avec vos mouvements du bassin mais de manière
359 harmonieuse ; on va y mettre les jambes, sans arrêter le mouvement de recul de la colonne,
360 toute la colonne s'arrondit autour du bébé. Retour. Vous allez me décrire ce que vous vivez
361 quand vous allez dans ce mouvement de divergence, dans votre rapport au bébé.

362 D : Je sens qu'on me tire, ça m'allonge, tout mon corps s'étire, j'ai plus de place pour je
363 ne sais pas comment l'expliquer, c'est comme si on étirait mon corps.

364 C : Et là, convergence, qu'est-ce que vous vivez dans ce mouvement de recul ?

365 D : Au niveau du bébé, comment je peux dire ! Je me sens plus rétractée dans ce sens-là que
366 l'inverse.

367 C : Dans l'extension ?

368 D : Oui.

369 C : Là on est en convergence, vous sentez que vous pouvez aller dans le rassemblement ?

370 D : Oui.

371 C : Plus qu'avant l'exercice ?

372 D : Oui, plus qu'avant.

373 C : Et le fait de pouvoir bouger comme cela, de découvrir ces amplitudes, qu'est-ce que ça
374 vous fait ?

375 D : Je sens que les muscles sont moins...C'est tout léger en fait, tout est souple. Je sens que
376 tout est détendu.

377 C : Retour en position neutre. C'est équilibré entre la divergence et la convergence. On va
378 prendre juste un petit peu de temps dans cette position neutre.

379

380 **Fin de la séance de thérapie gestuelle.**

381

382 *Je prends un temps pour la questionner sur les effets induits par la séance, sur son nouvel*
383 *état, et si cela a modifié sa perception ou son rapport à son bébé ?*

384

385 C : Pouvez-vous me dire comment vous vous sentez maintenant par rapport au bébé et par
386 rapport à tout à l'heure ?

387 D : Je me sens bien. Je sens que le bébé il est bien. Je sens qu'il y a moins de tensions au
388 niveau du bas du ventre, je sens..., comment dire, c'est aéré, je sens qu'il a tourné un petit
389 peu, je sens moins cette lourdeur en bas.

390 C : En bas au niveau du pubis.

391 D : Oui, c'est plus léger, même au niveau des épaules, du haut du dos, je me sens beaucoup
392 plus légère, plus aérée, plus souple, moins compressée, et au niveau du poids du bas du ventre
393 je n'ai plus cette lourdeur.

394 C : Et la position du bébé, il a bougé un petit peu ?

395 D : Je le sens bien, il est plus allé vers là que là.

396 C : Il est plus au milieu ?

397 D : Je le sens moins de côté, je sens qu'il a tourné. Mais je le sens mieux, il est moins en bas.
398 Il est remonté un petit peu. Je me sens bien et la barre derrière je ne l'ai plus, c'était vraiment-
399 là et je n'ai plus ce poids qui m'appuyait. Il m'appuyait sur la vessie. J'ai vraiment bien
400 ressenti le mouvement, j'ai bien senti tout ça.

401 C : Il a pu bouger quand on explorait les rotations.

402 D : Il suivait, il m'aidait je pense un petit peu, qu'il m'aidait vraiment à aller dans les bonnes
403 directions. C'est impressionnant.

404 C : Et comment il vous aidait ?

405 D : Par mouvements de vagues en fait, il dirigeait mon bassin comme si mon bassin n'était
406 pas comme il voulait. Comment l'expliquer ! J'avais l'impression que mon bassin était décalé
407 par rapport à lui ; je sentais vraiment les mouvements où lui voulait aller, c'est lui qui me
408 dirigeait.

409 C : Et là le bassin vous avez l'impression qu'il est aligné avec votre bébé.

410 D : Oui, moins tendu ; je me sens plus légère, et puis cette barre dans le dos, je ne la sens plus.

411 C : Posturalement il y a un compromis qui a pu s'installer entre lui et vous. Ce compromis, il
412 s'est donné quand on a laissé la parole au bébé. Vous le dites bien, il vous a guidé dans des
413 amplitudes, on est allé dans des reptations au niveau de votre colonne et le bébé a pu se caler
414 autrement.

415 D : Je pense qu'il est plus à l'aise maintenant. Avant je le sentais, pas coincé, mais il était
416 ramassé. Il n'arrivait pas à se développer, je sens quand je fais les mouvements que c'est lui
417 qui me...c'est impressionnant !

418 C : Alors ça fait quoi dans la pensée de se laisser guider par le bébé ?

419 D : Je ne sais pas, il faut le vivre. Le corps se laisse guider.

420 C : Que le corps se laisse guider ça fait quoi ?

421 D : C'est magique !!! (rire), c'est énorme, c'est magique, ça on ne le ressent pas si on ne fait
422 pas ce travail. Et maintenant si je refais ce travail à la maison, je vais le ressentir ça ou pas ?

423 C : Oui, vous pouvez.

424 D : Au début c'était trop tendu, j'ai eu du mal, comme s'il y avait un blocage. Puis après j'ai
425 vraiment senti les mouvements du bébé.

426 C : Ce qui est intéressant c'est qu'à partir du moment où le bébé a eu la parole et que vous ne
427 faisiez plus seulement pour vous mais au service des deux, ça a changé la teneur de l'exercice,
428 ce n'est plus un exercice gymnique.

429 D : Je sentais cette légèreté, je n'ai plus cette compression, ce truc dur que j'avais au bas du
430 ventre et aussi derrière où j'avais mal.

431 C : Le bébé il pousse du dedans, il commence à avoir un peu de force.

432 D : Il grandit aussi, il s'étire, il pousse.

433 C : Quand il est dérangé il pousse et au bout d'un moment votre corps se bloque parce que ça
434 fait mal. Ce que les femmes disent souvent c'est qu'en bougeant avec le bébé, elles peuvent se
435 faire du bien, elles trouvent des arrangements posturaux avec lui, elles se disent « OK tu veux
436 aller là alors vas-y et puis après tu veux aller là alors vas-y je te laisse », et vous vous
437 l'accompagnez pour l'aider et c'est lui qui va vous aider à trouver des postures antalgiques

438 pour vous-même. Qu'est-ce que ça change dans votre représentation du bébé, de la vie in
439 utéro car ça vous ne vous l'imaginiez pas avant ?

440 D : Non pas du tout. Là, je sens, je fais vraiment un lien avec mon bébé car avant je ne
441 ressentais pas tout ça mais maintenant je sens vraiment ce qu'il veut, je n'ai pas les bons mots,
442 comme avant j'ai senti qu'il va plus vers là que vers là.

443 C : Et pour vous c'est un lien plus fort.

444 D : Oui tout à fait, c'est comme la dernière fois, je me suis sentie mal mais j'ai vraiment senti
445 le bébé remonter, j'ai vraiment vécu... et on m'aurait dit ça, je ne l'aurais pas cru. Je me
446 sentais à nouveau mal, car le bébé s'allongeait comme s'il y avait un étirement. Je me sens
447 mieux assise que couchée, couchée j'ai l'impression que ça me remonte, j'ai des bouffées de
448 chaleur, assise je me sens plus stable. Quand je suis couchée j'ai des vertiges, ça me tourne et
449 le fait de toucher mon ventre je ne me sens pas bien. Par contre assise c'est super et je sens
450 plus les mouvements, mon corps il suit, ça bouge tout seul. Je commence à stresser pour
451 l'opération, j'appréhende, ce qui me fait stresser c'est la cicatrisation, est-ce que je vais
452 pouvoir me lever, m'occuper de lui, l'opération comment ça va se passer ?

453

454

455 Durée de la séance : 1 heure 10 minutes

456

457 PS : le « petit » de Dorothee est né par césarienne le 1^{er} juin 2011 avec un poids de 3,370 kg
458 et 49 cm. La maman et le bébé se portent bien.

459

Verbatim de la séance avec Anouk de juin 2011

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32

Entre la séance du 12 mai, enregistrée, et celle du 28 juin, j'ai vu Anouk une fois le 25 mai 2011. Voici ce que j'avais noté : « le bébé a mis du temps à se recentrer, plusieurs jours, puis d'un coup il s'est centré ». Elle n'a pas de douleurs particulières et se sent plutôt bien.

Anamnèse (5 mois et demi de grossesse)

C : Donc on s'était vu il y a un mois et on avait fait deux séances rapprochées au mois de mai parce que vous aviez mal au dos.

A : Parce que j'avais mal au dos et aussi parce que le bébé commençait à être mieux centré, et entre la première séance et la deuxième il (le bébé) était bien reparti à droite. On voulait être sûr qu'il reste bien centré et on voulait lui faire suffisamment de place.

C : Effectivement c'était pour installer un équilibre du bébé dans le bassin. Et là, racontez-moi où vous en êtes ?

A : Donc là ça va bien. J'ai mal au dos. C'est plutôt musculaire, ce n'est pas l'ossature, c'est tout simplement le fait d'avoir changé de lit ce week-end, et un lit qui n'était pas très bon. Donc c'est vraiment de la courbature, avec la tension j'ai tendance à me cambrer, ce n'est pas bon. J'essaye de remettre le dos à peu près droit.

C : Donc les douleurs au bas du dos sont réapparues tout récemment ?

A : Oui, dans la nuit de vendredi à samedi, samedi j'avais mal. Et puis depuis ça passe un peu mais il y a de la courbature, c'est vraiment musculaire. Le lit n'était pas bon et deux nuits dedans ! Euh, sinon le bébé est, à mon sens, bien centré, il n'y a pas de souci, toujours bien actif.

C : C'est à dire ?

A : Il donne des bons petits coups régulièrement, maintenant on commence à voir la peau qui bouge. C'est rigolo, donc on s'amuse de temps en temps (rire). Il est aussi bien réactif quand il y a des périodes de stress au travail. C'est marrant quand je suis stressée je sens qu'il bouge surtout en bas. Je ne sais pas trop ce que ça veut dire, vraiment il tape sur le bas. Ce n'est pas très agréable quand il tape en bas, ça me fait tout de suite arrêter. Donc peut-être qu'il a déjà compris que... (rire)

C : C'est à dire, vous arrêtez ?

33 A : Je prends conscience que je suis un peu trop stressée, ou que j'ai un peu trop tiré sur la
34 corde. Ben, je souffle, je me pose, je me dis tant pis ça attendra au travail et puis voilà.
35 J'arrête, je fais une bonne pose et puis je ne redémarre pas trop vite.

36 C : Vous faites une pause et vous arrêtez de travailler dix minutes, un quart d'heure?

37 A : Pas vraiment, c'est-à-dire j'arrête ce que je suis en train de faire qui, a priori, est stressant
38 ou trop fatiguant physiquement. Donc quand c'est du travail physique, là j'arrête en effet et je
39 délègue à mes agents, quand c'est du stress je m'arrête deux minutes le temps de respirer, de
40 reprendre mes esprits, de réorganiser les choses. Je ne fais pas 10 choses en même temps, je
41 fais les choses dans l'ordre, ça prendra le temps que ça prendra.

42 C : C'est donc gênant ?

43 A : Quand il tape en bas, je suppose qu'il doit taper sur des ligaments, des choses comme
44 cela, et c'est pas agréable. Alors ce n'est pas douloureux, mais ce n'est pas agréable. Du coup
45 quand il tape en bas c'est vraiment des moments où je suis stressée ou contrariée. Ou peut-
46 être que je n'y fais pas attention les autres moments aussi !

47 C : En tous cas vous avez fait ce lien. Alors ça tire devant ?

48 A : Au niveau du pubis.

49 C : Ou ça tire vers le périnée, en profondeur ?

50 A : Plus vers la superficie.

51 C : Vers les abdominaux et les ligaments ?

52 A : C'est vraiment centré là. Je le sens plus en superficie au niveau des ligaments de l'utérus.
53 Ce n'est vraiment pas profond, j'ai l'impression que je pourrais même le toucher.

54 C : Et puis ça passe après ? C'est une douleur aiguë ?

55 A : Ça passe après. Douleur est vraiment un mot très fort, c'est vraiment une gêne, comme un
56 pincement, un bon petit pincement sur les ligaments qui fait que ça tire un coup. J'arrête de
57 suite quand c'est comme cela. Je remarque que j'ai le ventre quand même un peu tendu, en
58 tout cas plus que d'habitude.

59 C : Donc vous sentez que ça diffuse aussi, que le ventre se crispe aussi, que ce n'est pas juste
60 que le dérangement ?

61 A : Non, il n'y a pas que ça. C'est là que je me rends compte que le ventre qui d'habitude est
62 mou, et qui là n'est pas dur, dur, mais tendu. Je le prends comme cela pour le secouer un petit
63 peu (*elle montre qu'elle prend son ventre à deux mains et le bouge vers la droite et la*
64 *gauche*), je respire un petit coup, et puis ça passe et ça redevient mou assez rapidement.

65 C : Et ça passe assez rapidement, c'est quoi ? En un quart d'heure, vingt minutes ?

66 A : Un quart d'heure, vingt minutes, ça passe assez vite.

67 C : C'est un peu comme si ça déclenchait des contractions, vous diriez ça, ou vous ne savez
68 pas trop ?

69 A : Ben, je ne sais pas trop parce que je n'ai pas de référence sur les contractions. J'ai plus
70 l'impression que c'est extérieur, la crispation des ligaments peut-être que je ressens.

71 C : Quand le ventre se durcit c'est des formes de contractions ?

72 A : Pour moi, j'ai déjà eu des contractions très dures comme quand on bande un muscle. Ça
73 m'est arrivé une fois pour le moment, j'ai mis d'ailleurs beaucoup de temps (...), il faut que je
74 sois couchée pour que j'arrive à me détendre, que je respire vraiment.

75 C : C'était il n'y a pas longtemps ?

76 A : Il y a un mois à peu près.

77 C : Suite à un état de stress ?

78 A : Oui, suite à beaucoup de fatigue et de stress. Ça fait deux mois que j'ai au travail deux
79 agents en moins, donc on n'est plus que trois personnes. C'est un peu dur. Beaucoup de
80 fatigue nerveuse. C'était un soir où je pleurais sans raison, parce qu'il y avait trop de fatigue
81 et j'avais trop tiré sur la corde. C'est la seule fois où j'ai eu des contractions. Même en en
82 prenant conscience, ça ne se détendait pas tout seul. Le reste du temps j'ai l'impression que
83 c'est vraiment extérieur, que je l'écoute avant d'arriver à ce résultat-là.

84 C : Au niveau gynécologie tout va bien ?

85 A : Au niveau gynécologie tout allait bien, au dernier examen il y a une dizaine de jours.

86

87 C : On est à quelle période exactement ?

88 A : On est à 5 mois et demi de grossesse donc 6 mois d'aménorrhée.

89 C : Vous allez vous installer.

90

91 **Début de la séance de thérapie manuelle, A s'allonge sur la table en décubitus dorsal.**

92

93 C : Et au niveau du sommeil ça va ?

94 A : Ça va très bien. Pas de soucis là-dessus, j'ai l'habitude de dormir sur le côté, donc ce n'est
95 toujours pas gênant pour le moment, par rapport à ceux qui ont l'habitude de dormir sur le
96 ventre !

97 [Silence]

98 C : Je commence par un travail au niveau du thorax. Point d'appui au niveau du thorax haut.

99 C : Au niveau digestif est-ce que ça va maintenant ?

100 A : Ça va maintenant, tout va bien.

101 C : Par rapport à l'inconfort du début ?

102 A : Je n'ai plus rien du tout, surtout au niveau du foie.

103

104 C : Je vais en butée, je laisse travailler, point d'appui. Vous commencez à vous poser, et un
105 volume global commence à se donner que j'accompagne ; le mouvement qui se donne va en
106 inclinaison gauche. Point d'appui. Retour, j'accompagne le mouvement spontané qui se donne
107 dans le sens de l'inclinaison droite, je glisse et pousse légèrement en fin d'amplitude pour
108 assurer une résistance.

109 Retour, deuxième inclinaison à gauche. Dans l'ensemble du corps j'ai un volume qui se
110 mobilise, qui concerne la profondeur parce que j'ai un volume plus épais qui me donne accès
111 à une consistance, qui grandit au fur et à mesure de la séance. Ça vient travailler dans la tête
112 puis là ça commence à solliciter un travail au niveau du bassin et du ventre. Avant c'était plus
113 indifférencié. Retour vers la droite, je sens que la colonne participe bien, ça gagne en
114 amplitude. Retour en position neutre. Je déplace mes mains au niveau du diaphragme, une
115 région qui est souvent tendue, avec un toucher périosté qui accroche le périoste et le volume
116 du diaphragme. Traction. Ça travaille bien entre mes deux mains. Ça vient chercher aussi un
117 travail à distance au niveau de la fosse iliaque droite et de la jambe droite. Glissement vers le
118 bas que j'accompagne. D'emblée c'est beaucoup plus résistant, et je pousse un peu pour que
119 le diaphragme descende.

120 La densité périostée se dilue. J'ai accès au volume du diaphragme et des côtes. Ça met en
121 travail l'intra-thoracique avec notamment le cœur et les poumons. Retour, je repars en
122 extension, vers un mouvement de base vers le haut. La partie postérieure des côtes glisse
123 mieux. Point d'appui. Je commence à avoir l'intérieur du ventre qui se mobilise au point
124 d'appui, ça commence à travailler dans le bébé, qui commence à être concerné par ce travail.
125 Je le perçois sous forme d'une épaisseur, un volume épais concerné par ce travail et qui est
126 délimité à l'utérus. Retour. Ça glisse moins dans le mouvement vers le bas, donc je pousse un
127 peu, ça glisse moins à gauche qu'à droite. Ça vient chercher le fascia intra-thoracique. Retour,
128 je sens un mouvement d'ouverture vers le haut et vers le plafond aussi, vers le haut et l'avant.
129 Retour, mouvement en bas et en arrière, comme un mouvement de convergence. Retour, ça
130 devient fluide léger, voilà petit rythme d'équilibration. Ok, ça va ?

131 A : Oui.

132

133 Je me déplace et prends une prise lombaire et une main au niveau de l'utérus.

134

135 C : Je laisse venir le volume entre mes deux mains. Je sens que les lombaires sont tendues. Ça
136 travaille entre mes deux mains. Ma main ventrale est très légère, pas besoin de pression, c'est
137 très doux. Par contre au niveau postérieur, j'ai un toucher osseux pour permettre à la colonne
138 de se dé-densifier. Ça pulse sous la pulpe de mes doigts. Je déplace mes doigts sur les
139 vertèbres les plus denses et j'appuie la paume de ma main ventrale sur le pubis, pour solliciter
140 le cadre osseux. J'ajuste mes prises en fonction des zones denses. Ça commence à fondre au
141 niveau de l'os, au niveau du pubis, derrière c'est encore dense.

142

143 *Je demande à A. de se tourner sur le côté pour mieux prendre les lombaires.*

144

145 C : Tournez-vous sur le côté comme cela je vais pouvoir travailler les lombaires. Sur le côté
146 qui vous convient. Je vais rajouter un petit coussin sous la tête, et rapprochez-vous du bord de
147 la table.

148

149 C : Vous avez un peu plus mal à droite ?

150 A : J'ai un peu plus de tensions à droite qu'à gauche.

151 C : Vous avez l'impression de vous cambrer au fur et à mesure de la grossesse ?

152 A : Depuis samedi, depuis que j'ai mal au dos.

153 C : Vous sentez que ça se creuse et que le bébé tire vers l'avant peut-être ?

154 A : Enormément, alors que justement la dernière fois j'avais la sensation qu'il était bien sur la
155 colonne, j'avais pas du tout eu mal au dos jusqu'à samedi, pas une seule douleur, pas une
156 seule gêne. A l'échographie, la semaine dernière, on a rigolé d'ailleurs parce que la sage-
157 femme s'énervait, elle disait « il est loin derrière » et elle n'arrivait pas à faire la mesure. Et je
158 lui disais c'est bien ce travail-là (rire).

159 C : Il occupe toute la place !

160 A : Et du coup elle n'était pas contente que je lui dise qu'on l'avait fait exprès (rire). Si les
161 chiffres ne sont pas rentrés dans les cases, ça ne va pas (rire). Avec cette literie, je pense que
162 c'est vraiment venu de là, je me suis réveillée samedi j'étais un peu courbaturée et à partir de
163 11h j'ai vraiment eu une barre dans le dos.

164 C : Et avec les jours qui passent, ça va mieux ?

165 A : J'ai moins de douleurs, par contre je sens que je suis en train de cambrer, je suis en train
166 de compenser.

167 C : Donc vous faites un effort aussi pour compenser et ça crispe aussi. Et avec la séance ça va
168 aller mieux.

169 A : Oui, bien sûr !

170 C : Au vu de ce que vous m'avez dit je vais vraiment faire un travail des lombaires. J'ai une
171 prise au niveau du sacrum et une main très large au niveau des apophyses transverses des
172 lombaires. Je propose un petit étirement tissulaire, un éloignement de mes deux mains. Point
173 d'appui. Ça commence à travailler entre mes deux mains. Je suis encore en point d'appui car
174 ça met du temps à se mobiliser. J'accroche maintenant plus de profondeur et mes deux mains
175 glissent l'une vers l'autre.

176 Mon point d'appui sollicite aussi le haut de la colonne. Retour, voilà, éloignement de mes
177 deux mains et la colonne commence à reculer d'elle-même.

178 C : Est-ce que vous sentez la colonne reculer d'elle-même ?

179 A : Ça décambre.

180 C : Alors que tout à l'heure on n'avait pas ça.

181 [Silence]

182 J'attends. Retour en rassemblement, et ça va dans le sens de la cambrure. Les lombaires se
183 creusent et glissent vers l'avant. Ça travaille assez peu au sein de l'os, il y a assez peu
184 d'épaisseur, il y a un grand volume mais assez peu épais. Retour, voilà et je sens que c'est
185 bien la colonne qui recule, qui vient dans mes mains, vers l'arrière. Voilà et là il y a tout
186 l'espace postérieur qui est de nouveau habité. Il y a de nouveau de la place pour le bébé, il
187 peut à nouveau reculer vers la colonne. La chaleur s'installe entre mes deux mains, retour,
188 petits rythmes, la colonne se creuse, le sacrum s'antériorise, retour. Il y a vraiment un gain
189 d'amplitude. Ok. Je vais faire une prise au niveau du coccyx et du sacrum, je sens que c'est
190 tendu par là. Comme si le coccyx était tiré vers l'avant.

191 C : Vous n'avez pas de problème d'hémorroïdes ?

192 *Il est fréquent que les femmes se plaignent d'hémorroïdes en deuxième partie de grossesse,*
193 *d'où ma question.*

194 A : Non.

195 C : Avec cette prise je sens que j'ai accès aux ligaments sacro-pubiens, au col de l'utérus, à la
196 partie inférieure de l'utérus. Le coccyx recule, le sacrum s'antériorise, ça ouvre tout l'espace
197 entre le sacrum-coccyx-pubis. Retour, le sacrum glisse en arrière et le coccyx vers l'avant.
198 Retour. Je fais plusieurs allers-retours.

199 C : Ça va, est-ce que ça donne de la place en bas ?

200 A : Ça va, ça donne de la place en bas et de la souplesse surtout.

201 C : Où ça ?

202 A : Vraiment dans la structure, dans le centre du dos.

203 C : Quand j'étais en bas, ça donnait de la souplesse en haut ?

204 A : Oui, et quand vous avez travaillé les lombaires, ce qu'il y a de marrant, c'est que je sentais

205 travailler jusqu'à l'intérieur. Je ne sais pas s'il y a un lien ou pas, mais c'est vrai que cette nuit

206 j'avais à nouveau comme si la circulation était complètement bloquée dans le bras. Et ça, ça

207 m'arrivait quand j'avais très mal aux lombaires, comme quand on se voyait au début. Je ne

208 sais pas s'il y a un lien entre les deux, ou peut-être je me crispe la nuit et du coup...j'empêche

209 la circulation, je ne sais pas. En tout cas, ça a travaillé jusqu'à l'intérieur de l'épaule, au

210 niveau de l'aisselle.

211 C : Et ce n'est pas suite à une mauvaise position que ça vous réveille ?

212 A : Je n'ai pas remarqué. Je ne sais pas du tout, je ne peux pas trop dire. Ce qui me réveille

213 vraiment, c'est de ne plus avoir de sang dans le bras, c'est sûr.

214 C : C'est des fourmis ?

215 A : Oui des fourmillements.

216 C : Souvent c'est dû à une mauvaise position, mais aussi parce que c'est tendu.

217

218 *[Changement de prise les deux mains sur l'iliaque droit, car cette prise permet de mobiliser*

219 *l'aile iliaque, le bassin et les lombaires. La femme enceinte a naturellement tendance à*

220 *verrouiller cette région et de surcroit quand elle a une lombalgie]*

221

222 C : Là, je suis les mouvements de l'iliaque droit. Quand l'iliaque vient en convergence et en

223 rotation interne ça ouvre tout l'espace postérieur au niveau du sacrum et du coccyx. Retour

224 avec rotation externe. Je sens que ça mobilise la structure du bassin et en même temps il est

225 très souple par rapport à un bassin habituel car on a l'imprégnation hormonale.

226 [Silence]

227 Tournez-vous je vais faire l'autre côté.

228 Ici l'iliaque part d'emblée en rotation externe et en arrière. A l'issue du point d'appui, l'aile

229 iliaque va en rotation interne, c'est plus résistant, je glisse et je pousse dans la direction de la

230 rotation interne. Voilà retour en rotation externe. Le bassin s'ouvre. C'est moins mobile que

231 de l'autre côté. Le percevez-vous aussi ?

232 A : Oui.

233 C : On retrouve la tension que l'on avait déjà à la première séance. Cette fixité côté gauche.

234 Ça revient. L'avantage de cette position sur le côté c'est que je peux emmener le bassin

235 presque physiquement.

236 [Silence]

237 Ça commence à pulser, ça libère le vasculaire, c'est le côté facile, ça va facilement en rotation
238 externe et en arrière. Retour et rassemblement. Je sens qu'il y a une globalité qui participe
239 moins. Voilà, je commence à avoir une épaisseur qui gagne sous mes mains, avec mon coude
240 j'accroche la cuisse. Retour. Je sens que les mouvements se font en lien avec l'autre côté, le
241 côté droit et je commence à libérer la rotation interne de l'iliaque gauche. J'accompagne le
242 mouvement libre de l'aile iliaque par rapport aux lombaires, pour que la patiente sente que
243 c'est mobile dans son corps et qu'il y a un nouvel espace de liberté de mouvement qui se
244 gagne, qui se retrouve. Ouverture du flanc gauche, descente de l'aile iliaque, rotation interne.
245 Et du coup c'est plus équilibré entre les deux côtés, puis mouvement de base haut-bas.

246 C : Ok, ça va, c'était bon ça ?

247 A : Oui, ça décrispe bien tout le côté.

248

249 **Changement de position, on passe en thérapie gestuelle** [*comme Anouk connaît bien*
250 *l'exercice et qu'elle le pratique assez régulièrement, je n'ai pas besoin de lui expliquer les*
251 *modalités pratiques, je donne principalement des informations qualitatives d'amplitude, les*
252 *séquences qu'elle ne perçoit pas, des indications de qualité de lenteur pour l'aider à*
253 *percevoir la part sensorielle du geste*].

254

255 C : Alors on va prendre 5 minutes pour travailler assis et intégrer ce mouvement de
256 convergence-divergence.

257 Mettez-vous sur la chaise.

258 Et là dans cette position, est-ce que ça change quelque chose ? [Par rapport à la position
259 couchée]

260 A : Ah, oui, oui, c'est à nouveau droit !

261 C : Au niveau de la colonne lombaire ?

262 A : C'est appuyé sur la structure et pas compensé par les muscles.

263 C : La structure c'est l'os ?

264 A : Le bassin, je sens mieux l'assise.

265 C : Déjà quand vous êtes assise, c'est plus équilibré ?

266 A : C'est équilibré, c'est posé, alors que quelque part j'ai l'impression que ce n'était jamais
267 posé, besoin de tendre soit les cuisses soit autre chose pour être assise correctement sans trop
268 forcer, ou sans que ça tire sur le ventre.

269 C : Ça veut dire que quand vous étiez assise c'était vos muscles qui vous tenaient ?

270 A : Oui tout à fait.

271 C : Et il n'y avait pas de relâchement ?

272 A : Tout à fait.

273 C : Déjà le bébé, il se voit un peu moins, il est un peu moins en avant. Visuellement je
274 remarque que le bébé est moins en avant.

275 [Silence]

276 Alors, point d'appui de neutralité. Dites-moi l'orientation qui se donne ?

277 A : J'ai l'impression que ça va vers l'arrière.

278 C : En enroulement. Point d'appui, donc j'ai une main lombaire et une main antérieure. Ça
279 repart, la colonne se déroule dans la lenteur, avec de l'épaisseur, emmenez le dedans, un peu
280 moins vite, vous déroulez le dedans et laissez les jambes s'éloigner pour mobiliser les sacro-
281 iliaques; on travaille la mobilité du bassin, n'ayez pas peur de laisser la colonne se creuser,
282 d'accord ! Voilà. Vous voyez, ça fait du bien d'autoriser la colonne à se creuser, et on
283 retrouve souvent ça chez les femmes enceintes, elles ont peur que la colonne se creuse de trop
284 et donc elles rigidifient la colonne. Un petit peu comme vous vous l'aviez fait et ça fatigue les
285 muscles. Parce qu'on est allé au bout de l'amplitude, maintenant on sent qu'on a le retour, et
286 on l'a parce qu'on a osé aller au bout de l'amplitude. Les jambes se rassemblent, vous laissez
287 monter le pubis et le sacrum se pose sur la chaise. Le dos s'arrondit en haut et ça recule en
288 bas. Vous me dites quand ça repart ?

289 C : Là ça repart, doucement pas trop vite, ça emmène de la profondeur. [Anouk ne perçoit pas
290 le starter]

291 C : Doucement, pas trop vite, mouvement qui emmène de la profondeur. Je sens que ce
292 mouvement vous fait du bien, donc en même temps il ne faut pas le brider, on est dans le
293 sensoriel, ça ne pose vraiment pas de problème d'aller explorer l'antériorité, surtout que ça
294 vous fait du bien. Ça ouvre au niveau du diaphragme, de la colonne, ça dégage tous les
295 organes qui commencent à être comprimés entre la colonne et le bébé. Donc il y a vraiment
296 besoin de ce temps d'ouverture ; et maintenant c'est votre colonne qui repart en arrière. On
297 peut imaginer qu'il y a les reins aussi, l'aorte, les organes et puis il y a la colonne et le bébé
298 qui glissent en arrière, qui se glissent dans ce coulissement postérieur. C'est beaucoup mieux
299 là, et vous avez gagné en postériorité. Retour, et là c'est le bassin qui commence à être starter
300 du mouvement. Les omoplates se rapprochent et la colonne se redresse. Retour. Laissez bien
301 les jambes se rapprocher comme cela ça ouvre l'espace postérieur au niveau des sacro-
302 iliaques. Retour en position neutre.

303

304 **Fin de l'exercice assis sur chaise**

305

306 C : Ça va ? Qu'est-ce que vous avez vécu là ?

307 A : Là c'était vraiment la détente du dos, de retrouver comme aux dernières séances un dos
308 qu'on ne sent plus !

309 C : C'est-à-dire, à travers la douleur ?

310 A : Oui, un dos qui est structurant par rapport à la dernière fois où j'avais l'impression qu'il
311 n'était pas structurant.

312 C : Ça veut dire quoi structurant pour vous ?

313 A : Ben, c'est à dire je ne posais pas dessus, ce n'était pas ma structure, ce n'était pas mes
314 points d'appui, ce n'était pas ma fondation, j'avais compensé différemment.

315 C : OK ;

316 A : Là, retrouver la présence et la mobilité parce qu'il n'y avait plus de mobilité, c'est parce
317 que cela s'était compensé. Donc ça c'était vraiment bien, retrouver du mouvement aussi en fin
318 de compte, parce que je sentais bien les mouvements du bébé, mais moi je ne sentais plus
319 mon mouvement à moi du dos, et même quand je marchais, je marchais beaucoup en canard,
320 ça je le sentais beaucoup.

321 C : Quand vous parlez de vos mouvements, vous parlez de vos mouvements physiques,
322 comme si on se restreint dans l'aspect fonctionnel ?

323 A : Le fait d'être souple quand on marche, quand on tape le pied au sol, de ne pas être dans la
324 dureté et donc dans la résonance de la douleur. L'assise, je sens vraiment les points d'appui
325 partout et du coup au final je ne les sens plus techniquement puisqu'ils sont lissés sur tous les
326 points. Donc ça c'est bien. Moi j'ai trouvé que le diaphragme était quand même moins
327 contracté que les dernières fois. Par rapport au dernier rendez-vous, il y avait vite une
328 conscience et vite du mouvement qui s'installait.

329 C : Tout à fait.

330 A : Les jambes aussi, je ne vous avais pas dit, depuis la dernière séance où vous aviez
331 travaillé sur le bassin et les jambes, je les ai à nouveau ressenties tout le mois passé et puis
332 avec moins de gonflement d'ailleurs. Hier avec les grosses chaleurs, je n'ai pas du tout eu les
333 jambes enflées.

334 C : Alors qu'avant vous aviez les jambes enflées ?

335 A : Oui, un petit peu, de temps en temps. Quand il faisait très chaud deux ou trois jours
336 d'affilé, j'avais les jambes qui gonflaient au niveau des chevilles.

337 C : Mais ça se voyait ?

338 A : Oui, ça se voyait.

339 C : Donc là il n'y a pas eu ce phénomène ?

340 A : Non, depuis un mois, là ça n'a pas gonflé ce week-end et Thierry ne m'a pas traité du tout
341 depuis. Donc je pense que c'était vraiment le travail sur le bassin et les jambes qui avait fait
342 du bien, qui a vraiment libéré ça. Donc voilà. Moi j'ai l'impression qu'au niveau de ventre ça
343 tire forcément moins sur les ligaments, maintenant que le bébé est revenu en arrière. Vraiment
344 de la mobilité partout jusqu'en haut du dos.

345 C : Très bien merci. Donc on se revoit fin juillet.

346

347 Durée de la séance : 59 minutes.

Description spécifiée de la séance avec Anouk (28 juin 2011)

Il s'agit de sa 4^{ème} séance de fasciathérapie avec moi, elle est à 5 mois et demi de grossesse.

Après la séance je prends le temps d'écrire ce que j'ai retenu ainsi que l'arrière scène de mes actions et intentions.

Entretien [ce que je retiens de mon anamnèse et qui va orienter mon attention et mes intentions pendant la séance].

Anouk a de nouveau mal au dos depuis deux ou trois jours suite à un changement de literie. Mais les douleurs ne passent pas. Elle sent que ce n'est pas la même nature de douleurs qu'il y a deux séances. Elle est davantage gênée au niveau du pubis et des ligaments antérieurs suspenseurs de l'utérus, elle trouve qu'elle est davantage cambrée depuis quelques jours.

Elle remarque que dans les moments où elle est stressée, le bébé aura tendance à bouger davantage et elle sent alors une gêne en bas au niveau du pubis. Elle se pose quelques instants, et tout revient dans l'ordre. Mais globalement le ventre est détendu me dit-elle, à part un épisode où il était contracté plusieurs heures.

Au niveau médical, tout va bien et la grossesse suit son cours.

Je vais donc centrer mon intervention sur ses douleurs lombaires puisque cela reste une fragilité même si elle a des périodes indolores. Elle fait aussi un lien entre un état de fatigue physique ou psychique et des tensions au niveau du bassin, les mouvements du bébé deviennent alors gênants. Elle remarque que le repos même momentané la soulage. Elle est à l'écoute de son corps et apprend à ne pas trop forcer.

Thérapie manuelle en décubitus dorsal

Je commence par une prise de contact bilatérale du thorax pour évaluer manuellement le degré de vitalité (qualité de la réponse au point d'appui) et le degré de globalité dans l'étendue qui se donne aux premiers points d'appui en début de séance. D'emblée je constate un bon niveau de réponse aux points d'appui. Je déplace mes mains sur son diaphragme et constate que celui-ci est encore peu mobile vers le bas (mais par comparaison avec les premières séances, on a gagné en amplitude). Malgré tout, je fais quelques points d'appui de manière à mettre en travail le diaphragme puis le fascia axial profond qui répond bien à mes

34 sollicitations. J'observe à la fois les points d'ancrage et les îlots de tensions qui apparaissent
35 sous mes mains et à distance dans la région lombaire. Intellectuellement je fais le lien avec
36 ses douleurs lombaires qui sont réapparues.

37 Je fais une prise lombaire avec une main lombaire et une main ventrale sur le bébé. Ça me
38 permet d'évaluer le rapport qu'entretiennent la maman et son bébé. J'ai dans mes mains un
39 grand contraste entre les deux mains, les vertèbres lombaires sont très denses, les muscles
40 contracturés et dans ma main ventrale, beaucoup de vitalité, de légèreté. Cela me confirme
41 que la priorité ici est de libérer la région lombaire. Ce constat me fait changer de prise, pour
42 faire un travail centré sur les lombaires, le sacrum et le coccyx. En fonction de la nature des
43 informations que je recueille manuellement je m'oriente davantage vers un travail
44 symptomatique dans un premier temps, car ses douleurs ne me semblent pas avoir comme
45 origine un conflit postural ou de positionnement avec le bébé.

46
47 Je lui demande de changer de position et de s'installer en décubitus latéral. Cette position a
48 l'avantage d'avoir accès à l'ensemble de la colonne avec une main sur les lombaires qui
49 englobe les apophyses transverses et une main sur le sacrum. Je laisse venir la demande
50 spontanée du corps qui m'emmène dans une divergence. Plusieurs points d'appui successifs
51 seront nécessaires pour obtenir un relâchement musculaire et venir restaurer le micro-jeu
52 articulaire. J'accompagne verbalement ce moment dans la séance afin de lui faire prendre
53 conscience de ce changement d'état par des consignes verbales simples : « Sentez-vous le
54 relâchement ? ».

55 Mon intention ici est de faire un travail relativement classique de la région puisque l'ensemble
56 des autres paramètres sont positifs (la vitalité, la globalité, le lien mère-enfant sont installés).
57 Ensuite je lui demande de laisser cette région se mobiliser dans de toutes petites amplitudes
58 que j'impulse avec mes mains alors en lien avec la dynamique tissulaire. Cela lui permet de
59 faire l'expérience du relâchement, de la souplesse et de la mobilité articulaire.

60 Je teste la micro-mobilité du sacrum et je m'aperçois que la pointe du sacrum est limitée dans
61 son amplitude de mouvement. Je déplace alors mes mains pour avoir une prise coccyx-
62 sacrum.

63 En effet surtout dans la deuxième période de la grossesse, le petit bassin est souvent figé, en
64 tension, fermé dans sa partie inférieure tout en étant asymptomatique. La symphyse pubienne
65 est elle aussi souvent en restriction de mobilité et les ligaments sacro-pubiens sont tendus.
66 Sous mes mains je retrouve un coccyx orienté vers le pubis avec une restriction de mobilité,
67 tension des lames sacro-pubiennes et crispation du périnée. Plusieurs points d'appui successifs

68 vont permettre de libérer la micro-mobilité de la région et d'ouvrir l'espace inférieur. C'est
69 pourquoi je lui demande si elle souffre d'hémorroïdes car le système neuro-vasculaire local,
70 dans ces cas-là peut être lui aussi perturbé.

71 Je prends ensuite l'os iliaque entre mes deux mains, une main sur la crête iliaque et l'autre sur
72 la masse fessière et le haut de la cuisse. Je teste la mobilité de cette région pour ensuite
73 pouvoir la mobiliser de façon passive. Ceci permet à Anouk de percevoir que cette région
74 retrouve une souplesse.

75 Chez la femme enceinte la mobilité du bassin et le micro-jeu articulaire sont relativement
76 aisés du fait de l'imprégnation hormonale qui permet cette laxité articulaire, mais malgré tout,
77 je retrouve parfois de grosses tensions quand il y a souffrance.

78
79 Pour finir ma séance je lui demande de s'asseoir sur une chaise pour faire de la thérapie
80 gestuelle sur la base des mouvements de convergence-divergence. Exercice qu'elle connaît
81 déjà, donc j'adapte mon guidage verbal et manuel à ses compétences perceptives. Ce travail
82 lui permet de vivre l'amplitude du mouvement qui s'est restaurée et par ce fait de le valider.
83 Je lui fais prendre conscience qu'elle peut oser aller dans une amplitude de divergence mais
84 aussi en convergence. En effet, bien souvent, je remarque que plus la femme avance dans la
85 grossesse plus elle a tendance à inhiber les mouvements en fin d'amplitude de peur de trop
86 cambrer le dos ou de comprimer le bébé. J'explique aussi que la lenteur sensorielle évite
87 qu'elle ne se fasse mal au dos et qu'elle lui permette justement d'ajuster son mouvement à son
88 ressenti. J'observe si elle perçoit les orientations de mouvement, les starters du mouvement, le
89 degré de profondeur qu'elle emmène dans son geste, ainsi que sa capacité à coordonner
90 mouvement de base et mouvement circulaire. Bien souvent je décris ce qui se passe en elle
91 pour l'aider à faire des ponts entre sa perception sensible et le lien avec son bébé. C'est une
92 manière de donner du sens à cet exercice qu'elle fera aussi plus facilement chez elle si elle a
93 compris qu'elle peut faire du bien à son bébé ainsi qu'à elle même, soulager certaines
94 douleurs ou tensions, faire de la place à son bébé, et se préparer pour le moment de la
95 naissance en ayant un dos et un bassin souple et mobile.

96
97 Dans mon dernier temps d'échange en fin de séance je l'invite à dire son vécu de la thérapie
98 manuelle ou gestuelle et ce qui l'a étonnée dans ce travail, les pensées qui lui sont venues
99 dans la séance par rapport à son bébé et à sa grossesse. Il arrive que les femmes confient
100 certaines appréhensions ou difficultés vraiment en fin de séance.

Verbatim de la séance avec Lucile de juillet 2011

Présentation de Lucile

Lucile vient consulter pour la première fois en novembre 2010, sur les conseils de collègues de travail, pour des douleurs lombaires avec irradiation dans la hanche et de la fosse iliaque à droite. Ces douleurs persistent depuis un an et demi environ. Elle se plaint aussi de douleurs cervicales persistantes. Parallèlement elle débute aussi un traitement d'antidépresseurs. Elle n'est pas bien moralement depuis plusieurs mois.

Elle a une petite fille née en décembre 2006 et en février 2011 elle me dit qu'elle désire avoir un deuxième enfant.

Entre novembre 2010 et mai 2011 je la vois au total 5 fois ; ses douleurs au niveau de la hanche s'améliorent à partir de mars 2011, elle essaie de diminuer les antidépresseurs mais elle sent qu'elle en a encore besoin.

Lors d'une séance, début mai 2011, elle m'annonce qu'elle est enceinte depuis deux mois environ et qu'elle a arrêté les antidépresseurs. Le terme est fixé au 11 décembre 2011. Elle a beaucoup de nausées, surtout après les repas. Je note ce qu'elle me dit : « mon corps réagit différemment qu'à la première grossesse ».

Je la revois en juin 2011 à 3 mois et demi de grossesse, les douleurs à la hanche droite sont réapparues, elle parle de crampes avec des douleurs qui irradient jusque dans le pied droit. Elle a encore des nausées, certes un peu moins présentes, et parallèlement elle fait quelques séances d'acupuncture. Elle a fait un dépistage pour la trisomie, une amniocentèse au mois de mai, et l'éventualité d'avoir un enfant trisomique est inconcevable pour elle. L'attente des résultats a été « stressante » me dit-elle, mais ceux-ci sont négatifs.

Anamnèse :

C : Alors comment ça va ?

L : Ça ne passe pas, ça commence à s'assouplir un peu mais ça ne passe pas.

C : Déjà la dernière fois vous aviez mal là ?

L : Mais ça s'accentue.

C : C'est revenu après la séance ou un peu plus tard ? On s'est vu il n'y a pas longtemps, il y a 3 semaines à peine. J'avais noté « douleurs à l'iliaque qui irradie jusque dans le pied ».

L : Bon ça c'est passé, ça ne lance plus jusqu'au pied.

34 C : Donc c'est déjà ça. Et là ça se cantonne vraiment à l'aile iliaque.

35 L : Au niveau du bassin et puis à l'entre-jambe.

36 C : Ça irradie jusqu'au périnée ?

37 L : Non c'est plus loin.

38 C : Au niveau osseux ? Là, où on s'assoie au niveau de la branche ischio-pubienne ? Ou plus

39 en profondeur ?

40 L : Je n'arrive pas vraiment à savoir en fait.... C'est par là (elle montre la région du pubis).

41 C : Au niveau du pubis ?

42 L : Au milieu...

43 C : Je vais regarder et vous me direz pendant la séance.

44 L : En même temps ça tire, toujours le point à l'arrière [elle montre la sacro-iliaque droite] qui

45 est toujours bloqué je pense !.....

46 C : Est-ce que c'est des douleurs que vous aviez déjà eu pour la précédente grossesse ?

47 L : Non, je n'ai vraiment pas eu de douleurs pendant la dernière grossesse.

48 C : Pas du tout ?

49 L : Je me souviens juste que j'étais coincée en fait. J'étais souvent en arrière, mais vous

50 m'aviez expliqué que c'est parce que j'étais tendue et que le bébé était en avant.

51 C : Alors que peut-être que ...

52 L : Je ne l'ai pas autant cette fois-ci, peut-être que de travailler dessus....Du coup j'ai des

53 sensations que je n'avais pas avec la première grossesse.

54 C : Avec les séances votre colonne est aussi plus mobile, votre bassin est plus souple. Peut-

55 être qu'à la dernière grossesse vous deviez vous tenir toute droite, rigide, avec le bébé porté

56 très devant... ?

57 L : J'étais en arrière.

58 C : Parce que cette souplesse n'était pas là. Maintenant ce n'est plus le cas. Est-ce que vous

59 vous sentez plus souple ?

60 L : Oui.

61 C : Vous percevez des tensions qui étaient peut-être déjà-là ou qui apparaissent au fur et à

62 mesure de la grossesse ?

63 L : Peut-être. Parce que la douleur et le blocage sont arrivés un an après l'accouchement. Et

64 puis deux ans après l'accouchement je suis restée bloquée.

65 C : Et vous avez commencé à avoir mal de ce côté-là ?

66 L : Voilà.

67 C : Ça peut dater de la précédente grossesse ou pas du tout. Et votre accouchement, comment
68 s'était-il passé ?

69 L : Sous péridurale, sans complication. Il était apparemment normal, pour moi cela me
70 paraissait long entre chaque contraction et je ne ressentais pas ce besoin de pousser. Vous
71 m'aviez dit que le bébé n'appuyait pas assez bien sur le col, je ne ressentais pas cette envie de
72 pousser. Et puis j'avais un morceau de placenta qui était resté dans l'utérus. Ils ont dû aller le
73 chercher.

74 C : Ils ont fait un curetage ?

75 L : Donc ils m'ont anesthésié le bas.

76 C : Et après l'accouchement vous n'avez pas eu de problèmes urinaires ?

77 L : Non, jamais, j'avais le périnée assez tonique donc je n'ai pas fait de rééducation.

78 C : Donc la douleur actuelle est apparue environ un an après. Et après vous n'aviez plus mal ?

79 L : C'est apparu un an après, puis j'ai eu un an de gênes et je suis restée bloquée. Alors j'ai
80 commencé à faire des séances chez un médecin chinois sur S., une quinzaine de séances. Ça
81 m'a bien soulagée, mais je sentais que ce n'était pas réglé à fond et qu'il n'arrivait pas à aller
82 plus loin. Et c'est là que j'ai pris contact avec vous.

83 C : D'accord. C'était en novembre 2010.

84 L : Et ça faisait un an que j'étais bloquée.

85 C : J'avais noté douleurs et irradiation dans la hanche droite. En tout cas cette douleur était
86 déjà présente avant cette grossesse. Et c'est assez logique que ça vous gêne pendant cette
87 grossesse car ça vous gênait déjà et donc là ça réapparaît de manière un peu plus aiguë. Est-ce
88 que ça vous réveille la nuit ?

89 L : Oui, ça me gêne. Quand ça me réveille je change de côté.

90 C : Ça vous réveille plusieurs fois dans la nuit ?

91 L : Oui.

92 C : Et dans la journée ?

93 L : Quand je suis assise ça va. Comme je suis assise au bureau, je le sens dès que je dois me
94 relever. Une fois que j'ai bougé ça s'atténue un peu mais...

95 C : Et les jours où vous êtes en repos est-ce que ça vous gêne aussi ?

96 L : Ça gêne un peu moins parce que je suis plus mobile, ça n'a pas le temps de refroidir je
97 pense.

98 C : Est-ce que vous avez l'impression que la douleur a augmenté depuis qu'on s'est vues la
99 dernière fois ?

100 L : Oui, c'est plus localisé.

101 C : Mais ça a l'air d'être plus intense ?

102 L : Oui.

103 C : Ça veut dire qu'après la séance de la dernière fois ça ne vous a pas soulagé ?

104 L : Si, ça m'a soulagé une dizaine de jours. Et puis hop c'est revenu.

105 C : D'accord.

106 L : C'est revenu.

107 C : Sinon au niveau du déroulement de la grossesse est-ce que tout va bien ? Comment ça se
108 passe ?

109 L : Au niveau des nausées, ça va, j'ai encore des aigreurs, c'est ça qui me barbouille un peu.

110 C : Donc les nausées vous n'en avez plus, est-ce parti après la séance ? Est-ce que vous faites
111 un lien ou pas ?

112 L : Ben...Oui, euh...je ne sais pas. Il y a tellement de choses. Parce qu'en même temps j'ai eu
113 une dernière séance d'acuponcture mi-juin, donc ça aussi ça a bien calmé. Donc après est-ce
114 que c'est les deux combinés ? Je suis au 4^{ème} mois aussi. Il y a beaucoup de choses donc ce
115 n'est pas évident de dire qu'est-ce qui a fait que... Par contre j'avais régulièrement des
116 crampes à droite et à gauche.

117 C : C'était musculaire les crampes ?

118 L : C'était assez douloureux et surtout quand je passais de la position allongée à la position
119 assise. En général je me tourne sur le côté pour me lever et selon le côté où je me lève, ça me
120 tire au niveau de l'aîne, et c'était assez puissant. En plus je ne sais pas.....on a toujours peur
121 que ce soit l'utérus ou autre chose qui.... Je ne sais pas si c'est musculaire ou pas, aucune
122 idée !

123 C : Au niveau du bassin pendant la grossesse ça change beaucoup. Le bassin est un peu plus
124 mobile par rapport en temps normal et en même temps l'utérus grandit et les ligaments qui
125 maintiennent l'utérus se laissent étirer, donc souvent ça peut donner ce type de douleur.

126 L : Ah bon, je n'avais pas ça pour la première grossesse.

127 C : Et d'une grossesse à l'autre c'est très différent !

128 L : Je m'en rends compte.

129

130 **Séance de thérapie manuelle :**

131 *Lucile s'allonge sur la table en décubitus dorsal. Je commence par une prise bilatérale du*
132 *thorax haut au niveau des côtes supérieures tout en lui posant encore quelques questions pour*
133 *mieux comprendre les raisons de son mal-être.*

134 C : Vous me disiez que vous étiez fatiguée ?

135 L : Fin de semaine souvent, le vendredi je le sens. D'ailleurs je suis restée à la maison
136 aujourd'hui. Ça faisait aussi deux jours que j'avais mal au ventre, comme si j'avais pris
137 froid ?

138 C : Mais mal au ventre, c'était plutôt digestif ou des contractions ? Une tension au niveau de
139 l'utérus ?

140 L : Plutôt digestif.

141 C : Et le week-end vous suffit à récupérer en général ?

142 L : Oui. Je fais une sieste le samedi après midi, dimanche c'est assez tranquille en général.
143 Donc le lundi ça va.

144 C : Vous prenez encore vos antidépresseurs ?

145 L : Non, j'ai arrêté depuis mi-avril.

146 C : Depuis le début en fait ?

147 L : Quasiment depuis le début.

148 C : Ça n'a pas l'air d'aller trop bien ?

149 L : Ça va..., c'est pas top, top !!

150 C : Comment vivez-vous cette grossesse ?

151 [Silence]

152 *Lucile a des larmes qui coulent sur les joues, et me répond non avec la tête.*

153 C : Et pourquoi ?

154 L : A cause des nausées et de la fatigue. Tout ça !

155 C : Physiquement vous avez l'impression de moins bien la vivre que la précédente ?

156 [Silence] *Lucile est très émue et retient même quelques sanglots.*

157 C : Comment l'expliquez-vous?

158 [Silence]

159 L : En fait je n'arrive pas à positiver suffisamment pour l'apprécier à 100%. (...) Alors qu'à la
160 première grossesse, malgré les nausées, ça.... , c'était plus agréable.

161 C : Vous aviez le sentiment de la vivre mieux ?

162 [Silence] *Lucile a des larmes dans les yeux.*

163 C : Est-ce que vous vous attendiez à ce que ce soit mieux ?

164 L : Peut-être ! J'essaie de temps en temps de voir les bons côtés pour pas que ça

165 [Long silence dans lequel je poursuis ma séance]

166 C : Qu'est-ce qui vous dérange, c'est la fatigue ? C'est de moins bien la vivre ?

167 L : C'est éprouvant (me chuchote-t-elle), je suis vite essoufflée.

168

169 *Je me déplace et prends une prise bilatérale du diaphragme.*
170
171 [Silence] Je fais ma séance de thérapie.
172 C : Ça commence à travailler au point d'appui, on commence à avoir de la globalité. Ça
173 devient plus léger, comme si quelque chose s'était allégé dans le corps.
174 [Silence]
175 Ma main gauche descend vers le bassin, ma main droite reste en point d'appui en haut.
176 Ça travaille à distance au niveau de l'aile iliaque droite. Retour.
177 Je vais aller travailler le bassin car la douleur est très gênante. Depuis la dernière fois vous
178 n'avez plus ces étouffements, vous m'avez dit ?
179 L : Non.
180 C : Donc vous étiez soulagée au niveau de la pression intra thoracique ? Et au niveau du
181 bassin ? Les deux sont réapparues en même temps, ou c'est la douleur qui est réapparue en
182 premier ? Ou bien la sensation d'étouffement ? Vous vous souvenez ?
183 L : Je ne sais plus. Mais là je ne les ai plus ces sensations d'étouffements.
184 C : D'accord. Parce qu'en début de séance vous avez dit être gênée ? Avoir du mal à
185 respirer ? Vous m'avez dit ça tout à l'heure.
186 [Silence]
187 L : Des essoufflements quand je monte les escaliers. C'est plus physique, mais c'est pas les
188 mêmes sensations d'étouffement comme j'avais avant.
189 [Son intonation change, sa voix est plus forte, plus habitée]
190 C : D'accord.
191 L : Avant, c'était dans la journée, tout le temps.
192 C : Vous cherchiez l'air et là ce n'est pas réapparu ?
193 L : Non.
194 C : Ok, donc là ça apparaît à l'effort ?
195 L : Oui.
196 C : C'est plus lié à un état de fatigue ?
197 L : Oui.
198 C : Et ça vous inquiète d'être fatiguée, ça ne vous paraît pas normal ?
199 L : Non, ça me paraît normal. [Elle sourit]
200 C : J'ai vraiment le sentiment que ça vous inquiète !
201 L : Non. Ça m'embête.
202 C : C'est quoi la différence ?

203 L : Ben, si ça m'inquiétait ça pourrait avoir une conséquence sur le bébé, mais je ne pense
204 pas.
205 [Silence]
206
207 C : Votre bassin est à nouveau très tendu, très crispé. Peut-être que vous le sentez quand
208 j'appuie c'est un peu dur, sensible ?
209 L : ...
210 C : J'ai une main au niveau de la branche ischio-pubienne et l'autre main au niveau de l'épine
211 iliaque antéro supérieure.
212 Mes deux mains sont en point d'appui en rassemblement.
213 [Silence]
214 Ça travaille toujours au point d'appui, ça commence à se relâcher au niveau de la symphyse
215 pubienne, étirement. J'accroche le périoste. C'est très tendu dans le bassin et au niveau de
216 l'utérus ; et le bébé paraît tout resserré sur lui-même.
217 Ça commence à pulser.
218
219 *J'observe qu'elle a quelques soupirs qui commencent à s'entendre, cela m'indique qu'un état*
220 *de relâchement commence à s'installer.*
221
222 C : On commence à avoir un peu de mobilité au niveau de l'aile iliaque.
223 [Silence]
224 C : On est en convergence, puis l'aile iliaque va en rotation externe et glisse vers le haut.
225 Je déplace mes mains pour travailler le pubis.
226 [Silence]
227 C : Est-ce que vous avez vu le gynécologue depuis qu'on s'est vu ?
228 L : Je l'ai vu le 24 juin.
229 C : Et pour lui tout va bien ?
230 L : Oui.
231 C : Vous lui avez parlé de la fatigue ?
232 L : Non, ça c'est accentué après. Le jour de la visite j'avais une petite tension. J'avais 9/6.
233 C : Ah, oui, ce n'est pas beaucoup. Et d'habitude vous avez combien ?
234 L : 12.
235 C : Et là, vous l'avez repris depuis ?
236 L : Non.

237 C : Ce serait bien de la reprendre.

238 L : Oui.

239 C : Ça explique aussi votre fatigue d'avoir une tension aussi basse. Ça explique aussi que
240 vous soyez essoufflée quand vous montez les escaliers, ça explique pas mal de choses. Est-ce
241 qu'il a demandé à vous revoir pour vérifier votre tension ?

242 L : Non, il m'a fait faire une prise de sang et l'analyse d'urine pour voir le taux de glycémie.
243 Tout est normal.

244 C : Ce serait bien de reconstrôler votre tension et éventuellement de vous mettre en arrêt une
245 semaine pour récupérer, si votre tension est si basse. Il faudra vous reposer réellement. Vous
246 avez des vacances prochainement ?

247 L : Début août.

248 [Silence]

249 Prise bilatérale au niveau des ailes iliaques.

250 [Silence]

251 A l'issue du point d'appui j'ai une asymétrie qui se donne. Main gauche glisse vers le haut, la
252 main droite qui glisse vers le bas et rotation interne, j'ai une pression assez appuyée pour
253 solliciter l'intra osseux. Rebond, l'aile iliaque droite glisse vers le haut avec une rotation
254 externe, et l'aile iliaque gauche glisse vers le bas en rotation interne.

255 [Silence]

256 Je pousse. La main droite va en direction de la sacro-iliaque et tourne à gauche.

257 Changement de prise

258 J'ai une main lombaire, une main au niveau de l'utérus, la main lombaire est une main
259 d'écoute. La main au niveau de l'utérus vient contre l'aile iliaque droite. Il y a des petits
260 lâchers prise, je repars et j'emmène l'utérus vers la gauche. Retour, je fais des petits points
261 d'appui, je cherche de la mobilité. Retour, mes deux mains vont en dissociation, ma main
262 postérieure glisse vers la droite, la main antérieure glisse vers la gauche. Petit relâchement au
263 point d'appui, ça commence à glisser dans le bassin, les deux mains se croisent, la main
264 postérieure glisse vers la gauche, la main antérieure se rapproche de l'aile iliaque droite. Je
265 glisse et je pousse, ça devient plus lumineux, ma main antérieure commence à me donner des
266 orientations vers le haut. De nouvelles orientations que j'accompagne se donnent. Ça pulse
267 sous mes mains, au niveau des artères fémorales. Puis glissement haut-bas, avec quand même
268 une légère prédominance vers la droite.

269 [Silence]

270 Je refais une prise au niveau de l'épine iliaque antéro supérieure droite et de la branche ischio-
271 pubienne, pour voir comment ça a évolué depuis tout à l'heure. D'emblée, mes deux mains
272 partent en convergence. Ma main inférieure remonte vers la fosse iliaque droite, c'est moins
273 tendu, plus chaud, davantage pulsatile. La branche ischio-pubienne droite glisse vers
274 l'intérieur, tandis que l'aile iliaque s'ouvre. Point d'appui, retour, la partie supérieure rentre, la
275 partie inférieure s'ouvre.

276 Comment ça va ? Est-ce que ça fait encore mal ?

277 L : Non, ça se relâche plutôt.

278 [Silence]

279 C : Les points d'appui sont plus dynamiques et on commence à retrouver du moelleux. L'os
280 commence à pouvoir absorber de nouveau.

281 [Silence]

282 C : On commence à avoir des rotations au niveau de la cuisse, de la hanche. Je reprends une
283 prise bilatérale du pubis. D'emblée c'est moins tendu, on commence à avoir plus de globalité.

284 [Silence]

285 C : Là ça travaille jusque dans les lombaires et je suis toujours sur le pubis. Le point d'appui
286 commence à réagir, j'ai une inclinaison droite du bassin. Retour, spontanément ça se
287 rééquilibre. En même temps ça s'ouvre à droite. Inclinaison droite, retour en position neutre.
288 Prise bilatérale des ailes iliaques. Rotation interne des deux côtés, rotation externe de petite
289 amplitude.

290 Vous allez vous mettre sur le côté gauche.

291 Comment ça va ?

292 L : En me tournant je sens encore le point.

293 C : Au niveau de la branche ischio-pubienne ?

294 L : Oui.

295 C : C'est pourquoi je vous fais installer sur le côté pour aller solliciter plus de mobilité. Prise
296 sacrum-apophyses transverses. Rassemblement, le point d'appui réagit, les deux mains
297 s'éloignent. Relâchez bien, laissez venir avec mes mains, la colonne s'arrondit. Et là, la
298 colonne se creuse. Ça recule et ça s'arrondit. Je prends l'aile iliaque. L'aile iliaque s'ouvre,
299 s'écarte, retour, rotation interne de l'aile iliaque. Est-ce qu'il y a un mouvement qui soulage ?

300 L : Je ne sens pas de douleur.

301 C : Est-ce qu'il y a un mouvement qui fait plus de bien ?

302 L : Quand ça s'ouvre.

303 C : Donc là ça part en ouverture et ça ouvre quoi ?

304 L : Toute la partie du ventre.
305 [Silence]
306 C : Je prends l'aile iliaque et le diaphragme à droite. [Silence]
307 Je reprends une prise sacrum-lombaire et je mobilise les lombaires en fonction des
308 informations que me donne le corps. Respirez bien.
309 Levez-vous doucement. Comment vous sentez-vous ?
310 L : Je le sens encore un peu. J'ai l'impression que c'est moins coincé, plus souple.
311 C : Plus souple au niveau de la hanche, des lombaires ?
312 L : Oui. Ça a l'air d'aller.
313 C : Et par rapport au bébé ?
314 L : C'est moins tendu.
315 C : Et la douleur digestive que vous aviez depuis ce matin ?
316 L : En fait j'avais pris un spasfon donc ça avait calmé. Et de temps en temps j'ai l'impression
317 d'avoir une boule, comme ça. Et là ça va.
318 C : Vous aviez de la chaleur pendant la séance ou à la fin ?
319 L : Non, pas plus que ça.
320 C : C'était plus du relâchement physique ?
321 L : Oui.
322 C : Et psychologiquement, comment vous sentez-vous par rapport au début de la séance ?
323 L : (rire) je me sens MIEUX.
324 C : C'est à dire, mieux comment ?
325 L : C'est à dire, plus positive.
326 C : Positif par rapport à quoi ?
327 L : Pffff ! Je ne m'explique pas tout des fois !
328 C : Je vous inviterais à retourner voir votre gynécologue ou votre médecin la semaine
329 prochaine si vous sentez que vous êtes encore fatiguée. Et éventuellement qu'il vous mette en
330 arrêt ?
331 L : J'ai du coup l'impression de moins profiter. Parce que ça doit être un moment formidable
332 à vivre (dit-elle toute émue) ! (Il y a à nouveau quelques larmes).
333 C : On va se revoir bientôt, dans maximum 15 jours car je veux m'assurer que vous allez
334 mieux. Vous me tenez au courant et vous me rappelez.
335 L : Le 22 juillet j'ai rendez-vous avec ma gynécologue.
336 (Durée de la séance 1h 08 minutes)

Description spécifiée de la séance avec Lucile (juillet 2011)

1
2
3
4 Ce que je retiens de mon anamnèse : Début du 4^{ème} mois de grossesse.
5 Je note pour moi-même qu'elle ne fait pas de lien entre notre dernière séance et la diminution des
6 nausées, bien qu'après elle ait senti une nette amélioration pendant une quinzaine de jours.
7 Elle parle avec une toute petite voix, je la sens triste et très fragile, pas bien du tout physiquement
8 et moralement. Je ne la perçois pas épanouie par sa grossesse qu'elle désirait tant. Je perçois un
9 décalage entre ce qu'elle me montre à voir et ce qu'elle vit réellement intérieurement à cette
10 séance.
11 Pendant l'anamnèse je cherche des informations qui pourraient expliquer son état physique et
12 psychique sans vraiment avoir de réponse. Quand je l'avais vue trois semaines plus tôt, elle était
13 plutôt bien moralement et physiquement et elle se sentait bien en fin de séance. Je suis très surprise
14 de la trouver dans cet état-là.
15 La séance de thérapie manuelle va me donner des informations complémentaires de mon
16 anamnèse. Vais-je retrouver une absence de vitalité qui va pouvoir me confirmer son état de
17 fatigue profonde voir d'état dépressif et sa hanche sera-t-elle aussi dans un état de fixité qui
18 explique ses douleurs ?
19
20 Je lui demande de s'allonger sur le dos.
21 Je commence ma séance avec mes prises habituelles au niveau du haut du thorax.
22 D'emblée je la sens très émotive et la questionne sur la manière dont elle vit sa grossesse. Elle me
23 dit la vivre mal car elle se sent submergée par la fatigue, elle me confie qu'elle est essoufflée dès
24 qu'elle monte les escaliers par exemple. Elle ne parle pas fort et chuchote même ses paroles
25 comme si elle n'osait pas les dire, des larmes coulent sur ses joues exprimant sa profonde tristesse
26 voir son désarroi. Elle n'arrive pas vraiment à me dire pourquoi elle n'est pas bien. Je lui demande
27 si elle ressent encore les oppressions qu'elle avait à la dernière séance et à ma grande surprise elle
28 ne les ressent plus. Cela contraste avec l'état de tension extrême qui règne dans son corps et qui
29 apparaît sous mes mains.
30 J'enregistre la séance mais je ne me sens pas autorisée à verbaliser l'ensemble de mes perceptions.
31 Je la sens extrêmement fragile, bien qu'elle m'ait donné son accord. J'ai d'ailleurs déjà enregistré
32 les deux séances précédentes et elle m'a dit apprécier l'ensemble des informations et indications
33 que je donne car cela lui permet de « mieux suivre et comprendre ce que je fais » me dit-elle.

34 Les premiers points d'appui répondent peu, tout est très tendu. Rapidement je me déplace vers son
35 bassin et pose mes mains sur son aile iliaque droite (côté douloureux). Et là je sens tout son corps
36 complètement bloqué, sous mes mains tout est tendu, dur, fixe, rigide. Le contraste est saisissant
37 par rapport à son état de globalité et de vitalité de la fin de notre précédente rencontre. Je suis très
38 surprise de son état de tension interne et cela illustre le tableau clinique.

39 Mes intentions dans mon recueil d'informations supplémentaires consistent à savoir comment elle
40 est prise en charge au niveau gynécologique et médical étant donné sa fragilité psychologique du
41 moment.

42 Tout en faisant mon traitement de thérapie manuelle, je poursuis mon anamnèse. Je pose des
43 questions supplémentaires. Son relâchement progressif lui permet de s'exprimer davantage et elle
44 se confie plus facilement.

45 Les points d'appui répondent peu au niveau de son bassin, il y a peu d'évolutivité au début de la
46 séance. J'observe alors si ma patiente m'offre des signes de relâchement autres que sous mes
47 mains. Ainsi je remarque que parfois elle a des respirations plus amples, comme des soupirs qui
48 témoignent d'un début de lâcher-prise.

49 J'alterne des prises aile iliaque-branche ischio pubienne, prise bilatérale du pubis, utérus-
50 lombaires ; j'ai des points d'appui peu ambitieux autant dans l'étendue que dans la profondeur. Ici
51 toutes les petites modifications sont importantes.

52 J'essaie de trouver une voie de passage en faisant des points d'appui entre le bébé et la maman. En
53 effet il est relativement fréquent, dans mon expérience, de faire un travail entre la maman et le
54 bébé, soit en thérapie manuelle soit en thérapie gestuelle, quand je sens une grosse fixité dans le
55 corps de la femme. Pour cela, je pose une main sur l'utérus et une main lombaire. La main
56 lombaire me sert de main d'écoute et la main posée sur l'utérus écoute dans un premier temps les
57 orientations spontanées de la vie tissulaire, je suis ses orientations dans leurs amplitudes maximum
58 puis je pose des points d'appui en fin d'amplitude. L'utérus vient spontanément se coller dans la
59 fosse iliaque créant comme un bloc. Plusieurs points d'appui seront nécessaires dans le sens de la
60 transversalité qui va progressivement gagner en amplitude, puis j'ai accès à une nouvelle
61 orientation dans le sens haut-bas que j'accompagne. Ce sont pour moi des petits signes
62 d'évolutivité.

63 Mon attention est à l'affût des moindres indices de changement d'état (de fixe, rigide, tendu vers
64 mobilité, souplesse, relâchement), de gain en amplitude, en orientation, en étendue, la notion de
65 rythmicité tissulaire. Le processus mobilisateur du point d'appui lui-même m'offre des indices que
66 j'observe et prend en compte.

67 Ainsi, je pose mon attention sur différents paramètres ; les réactions vasculaires avec notamment
68 l'artère iliaque droite que je sens battre et pulser de manière plus ample, les réactions du bébé qui
69 lui aussi commence à bouger sous mes mains alors que jusqu'à présent il était immobile.
70 Progressivement les points d'appui deviennent plus généreux sous mes mains, le niveau osseux
71 réagit, une globalité physique se construit progressivement et se transforme en un volume plein qui
72 s'anime.

73 Je lui demande ensuite de changer de position et de se mettre en décubitus latéral gauche afin de
74 pouvoir mobiliser l'aile iliaque droite dans son micro jeu articulaire.

75 Jusque-là, je ne l'avais pas sollicitée sur ses perceptions en temps réel de la séance, chose que je
76 fais parfois. Ici je ne voulais pas la mettre dans une nouvelle difficulté de pauvreté perceptive, ni
77 dans une forme de réflexion, mais lui laisser le temps de goûter un nouvel état plus relâché et plus
78 détendu. On est en fin de séance et je lui demande s'il y a une orientation qui la soulage davantage
79 qu'une autre. Pour elle, la rotation externe de l'aile iliaque la soulage et elle montre son ventre pour
80 me dire que celui-ci est aussi relâché. C'est une manière de lui permettre de valider le fait qu'il y a
81 eu un changement d'état au cours de la séance.

82
83 Quand elle se relève de la table je la questionne sur son nouvel état et sur son aisance gestuelle. Je
84 n'insiste pas pour lui laisser le temps de goûter son nouvel état. Eventuellement je reviendrai sur ce
85 vécu à la prochaine séance. Sur le pas de ma porte, elle me confie qu'elle a le sentiment de « ne pas
86 profiter de sa grossesse ».

87 Je lui demande de me rappeler 3 jours plus tard pour me donner de ses nouvelles. Il me semble
88 important qu'elle reprenne confiance en elle, qu'elle récupère de sa fatigue qu'elle n'a pas l'air
89 d'accepter et que sa douleur de hanche soit calmée.

90
91 Je la revois 4 jours après, la hanche n'est plus douloureuse et ne la réveille pas la nuit. Son médecin
92 traitant l'a mise en arrêt de travail une semaine. Au cours de la séance, quand je travaille sur son
93 bassin elle perçoit une grande douceur en elle qui diffuse dans l'ensemble de la région. Elle se sent
94 mieux. Je n'enregistre pas la séance pour lui laisser un espace de paroles plus spontané.

95

96