

Les sujets du mois | #1 |

Menace sur la 100 T

“Évaluation du risque de prématurité”

L'INSÉCURITÉ LANGAGIÈRE EN MATERNITÉ

Martine DESMARES,Sage-femme Consultation et PNP
Pavillon Mère-Enfant du Groupe Hospitalier du Havre
Membre de L'Association *Cause Freudienne* en NormandieASEPSIE
VERBALE

« *Je suis menacée!* », m'annonce terrifiée une patiente qui a reçu les conseils de repos strict après un examen gynécologique aux urgences. L'examen montre un raccourcissement du col, validé par l'échographie endo-vaginale “déterminante”. Étiquetée **MENACE** — *MAP pour les intimes* —, elle pourra faire l'objet d'un suivi spécifique rapproché qui autorise une cotation de suivi de grossesse pathologique! Saisie dans **WEB 100 T**, si **ÇA RAPPORTE EN TAA**, cela **AGGRAVE** sérieusement **LE CAS** de la patiente prise dans le discours médical!

Traduction : Elle ne sort plus de chez elle et porte en elle, soit cette **PEUR DU RISQUE**, soit de faire risquer le pire à son enfant. Tout repose sur ses modestes épaules, mais fait surtout ressurgir un affect d'angoisse qui préexistait à cette situation. « *J'étais sûre que cela arriverait* », et voilà que comme son intuition le lui disait, les paroles du soignant prennent la forme d'une prédiction. Elle n'a pas entendu les phrases que la sage-femme a prononcées après avoir informé la maman de la nécessité du repos. Elle n'a pas entendu que le risque s'amointrissait d'autant si la maman suivait les conseils de ralentir. Tout se résume en terme de “**MENACE**”, et elle ne vivra plus qu'avec cette idée « *une épée de Damoclès* » au-dessus de la tête comme dit **LE ROBERT**, dictionnaire historique de la langue française.

■ UN PEU D'ÉTYMOLOGIE

Menace : de *manatce* (v 881), puis *manaces* (1080), enfin *menace* (1180) issu du latin populaire *minacia* « *manifestation de violence signifiant à autrui l'intention de lui faire du mal* ». C'est un dérivé de l'adjectif *minax*, du latin classique de même sens *minae* qui désigne une saillie, l'avancée d'un mur, d'un rocher d'un surplomb (éminent). On est passé de cette notion de “choses suspendues” au sens abstrait de “menaces” (imminent, cf. insistance), l'image est exactement celle de l'épée de Damoclès.

Si « *menace* » s'est d'abord dit uniquement de paroles ou de gestes émanant de personnes (1662, menace en l'air), par extension, il se rapporte à l'éventualité d'un événement fâcheux (v 1200), (v 1580), le verbe menacer a constitué un danger, un risque, et (v 1762) « *qui fait craindre un malheur.* » ▸

Photos du Havre :
Thierry Desmares

Menace sur la 100 T
"Évaluation du risque de prématurité"
L'insécurité langagière en maternité

Martine DESMARES

Quelle que soit l'époque, l'usager qui est menacé a fort à faire pour parvenir à prendre la distance nécessaire par rapport à cette forme de violence qui lui vient d'autrui. Oui, les mots peuvent faire violence, surtout si on accepte de se repérer par rapport à la position de sujet.

ÉVALUER LES RISQUES

Une vision moderne de la médecine tend à quantifier les différents critères d'une pathologie, ceux-ci servant aujourd'hui à justifier toute activité médicale. C'est en terme d'évaluation et aidé par l'étude statistique que se mesurent les problèmes auxquels les soignants ont à faire face. En cliquant sur WEB 100 T, ces critères serviront bientôt à organiser la durée du séjour du Groupe Homogène de Malades (non homogènes!), saisie nécessaire à traiter le "problème" de l'usager. Ils servent déjà à réduire les effectifs ou à repérer les services moins rentables, sans mesurer l'impact des actions de prévention qui précèdent.

Mais à quelques années d'intervalle, l'analyse des critères des saisies de données peut aboutir à des conclusions opposées.

Avons-nous pris la peine de porter un regard critique sur les biais de ces résultats, ce qui devra constituer la rigueur nécessaire à une réflexion objective pour les futures sages-femmes chercheuses qui auront à cœur de s'impliquer dans la Prévention en Santé?

Participer à la politique de prévention sur les territoires de Santé, va nécessiter pour chaque professionnel, un effort de formation constant tout au long de sa carrière, mais aussi une remise en cause de publications faiblement référencées (population peu significative ou biais de l'étude à discuter).

Pourtant, à partir d'une publication attrayante, on impose une démarche rigide et exigeante au regard de populations fragilisées, souvent stigmatisées, que ce soit au niveau personnel, social, familial ou pro-

fessionnel. Alors même que la sécurité psychique ne s'obtient que d'une sécurité du professionnel, la mobilité des critères et des protocoles rend impossible l'application effective et laisse le soignant perpétuellement dans un sentiment d'incompétence. C'est avant tout d'une présence bienveillante comme acte que reçoit l'usager dans sa rencontre, que se constitue la **confiance** et non de paroles "légères" jetées en urgence aux urgences, qui prennent par leur enveloppe menaçante, le poids d'une chape de plomb. « **Menace d'accouchement** ». **Retenez le mot "menace"**.

**DES RISQUES DE MENACE :
SUR QUELS CRITÈRES ?**

L'évaluation des critères de prématurité met facilement l'accent sur notre vision désuète de la prématurité en rapport avec les connaissances reçues de nos prédécesseurs. Ainsi, les facteurs environnementaux qui firent l'objet d'une thèse sur le score de risques de prématurité, se virent bientôt détrônés par des "études sérieuses" qui, sans réfuter le caractère d'influence des conditions de vie, prouvèrent aisément qu'il n'y avait qu'un rapport minime entre les mesures prises, repos, arrêt de travail et la diminution de la prématurité.

Aujourd'hui, on reprend cette démarche et l'URCAM a mesuré la nécessité de protéger les grossesses du fait de risques environnementaux autant que professionnels. Sont donc réévaluées les conséquences dramatiques de la maltraitance professionnelle et sociale. La création d'une *Charte de la parentalité* avec des entrepreneurs sous l'influence de l'association *SOS préma*, en est une preuve.

www.chartedelaparentalite.com et
<http://www.sosprema.com>

La réflexion menée quant à l'usage d'une rencontre respectueuse au 4^e mois de grossesse pour permettre d'évaluer les risques et les vulnérabilités, a mis les sages-femmes au premier plan du *Plan de périnatalité 2004-2007*. Ces interventions précoces au plus près du vécu du couple, semblent enfin accorder la vraie valeur de ce rôle en amont de la naissance et de la responsabilité de la profession de sage-femme dans la prévention.

Il semble que l'absence de références appuyées sur le référentiel PNP de la HAS :

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_fiche.pdf dans la formation des étudiants sages-femmes, donne un caractère varié à cet entretien. En le rendant obligatoire et non obligatoirement proposé, jusqu'à ce qu'il soit même dérivé de son objectif, **écouter le couple**, pour en faire un paramétrage de critères de risques psychosociaux et de cases à cocher



« Comment vous dire mon étonnement quand une consœur de Grande-Bretagne [...] m'annonçait que le concept de Menace d'Accouchement Prématuré n'existe pas chez nos amis anglais et qu'il s'agit pour nous, Français, d'une création de notre imagination qui s'appuie sur du vent! »

dangereusement. Notre vigilance à cet égard fut efficace à empêcher cet égarement, anti-déontologique, du plan de prévention de la délinquance.

Estimer plus justement le caractère réel du risque infectieux, recentrer la pluralité des nouveaux examens complémentaires, ont fait l'objet de recherches auxquelles les étudiants sages-femmes participent par leurs mémoires. Bien qu'améliorant le diagnostic, tous les nouveaux outils ne constituent pas des arguments irréfutables, mais peuvent cibler de façon lisible certains points de l'évaluation du risque.

Pourtant, il nous faut noter que certains des critères qui nous semblaient fondamentaux, tel l'examen du col, étaient abandonnés par d'autres pays, sans que l'on note une augmentation de leur taux de prématurité, et qu'une première grossesse menée à terme, constitue l'un des meilleurs facteurs prédictifs du risque de prématurité. On devrait s'en souvenir.

Comment vous dire mon étonnement, quand une consœur de Grande-Bretagne, à l'heure de nos échanges européens qui se développent particulièrement grâce aux DO, m'annonçait que le concept de *Menace d'Accouchement Prématuré* n'existe pas chez nos amis Anglais et qu'il s'agit, pour nous, Français, d'une création de notre imagination qui s'appuie sur du vent!

Alors que des études internationales prouvent l'effet thérapeutique de la relation avec le patient dans l'incidence d'une prescription de placebo, comment pouvons-nous apporter une réflexion sur l'abord d'une approche plus humaine de ces dangers ressentis autour de la prématurité? Ne s'agit-il pas de remettre en cause le "sentiment" du soignant quand, face à lui, il rencontre une "énigme"? Quelque chose lui échappe de la personne à qui il s'adresse, et ne parvenant pas à saisir "quoi", il tente d'imposer "inconsciemment" sa vision statistique prédictive, un: « ça va pas le faire »!

Assurément, recevant en miroir "la pression" que renvoie la patiente en insécurité, le clinicien éponge le risque et s'en fait le relais. Il active avec des examens prédictifs le "sentiment" toujours négatif et conclut en cas d'incident: « J'en étais sûr! ».

C'est donc bien en fonction de la variation de position éthique du professionnel que varie la pathologie!

Ainsi, les investissements attendus du Plan de Périnatalité sont un progrès, mais ils doivent constituer un début à l'objectif de **Maintien en santé**

que notre profession peut impulser aux femmes et aux couples. La Grande Bretagne, dans sa politique « une femme/une sage-femme », devrait être un modèle pour favoriser la proximité d'une sage-femme dans l'accompagnement personnalisé.

■ LE RÉSEAU

Cela est possible dans les maternités de niveau III, comme nous en avons fait le choix au Havre, en formant une équipe de professionnels référents qui assure une continuité du suivi de grossesse ou de la préparation à la naissance. Un réel partenariat avec les collègues libérales, territoriales et les médecins généralistes permet que chaque femme choisisse l'interlocuteur qui lui convient pour son suivi personnalisé. Mais les médecins et obstétriciens, dont la pénurie se majore depuis plusieurs années, sauront-ils relayer la physiologie aux sages-femmes?

Il faut une volonté de tous pour faire fonctionner un **réseau périnatal**, travailler ensemble et apprendre à parler la langue de l'autre: qu'il s'agisse du social, du médical ou du plus délicat problème des liens avec la psychiatrie et la pédopsychiatrie qui demandent encore à évoluer.

Tout le monde le sait: M. C., obstétricien attentif et humain, sauve toujours une situation.

Une patiente, M^{me} C. B., dira: « J'ai eu la péridurale à 9 heures mais, après à la dilatation 10, ça s'engageait pas. Il y a eu deux ou trois heures d'attente. Ils envisageaient la césarienne. Ils ont appelé le Dr C. Il est arrivé très souriant pour aider à sortir le bébé, il m'a décontractée. Son cœur baissait alors je me résignais, et lui, il m'a dit on vous fait confiance, vous allez y arriver, il me l'a dit. Il avait mis un drap, je voyais pas le forceps, j'ai pas vu l'instrument après, c'est sa parole qui m'a sauvée. On va faire confiance à la dame, m'a redonné toutes mes chances, j'ai réuni toutes mes forces au moment où je doutais tellement de moi! Et, ça l'a fait, ma puce, je l'ai sortie! ».

Quand M. C. est de garde tout le monde a le Sourire, il règne bonne humeur et respect! Mais quand c'était M^{me} R. c'était une autre histoire! Les visages étaient rigides, chaque entrée annonçait une catastrophe en perspective et il est vrai que s'inscrivaient sur le cahier de déclaration des naissances, les unes derrière les autres, les pathologies tant attendues!

Le stress est une maladie contagieuse qui peut circuler du patient au soignant, et réciproquement. ▀



**Menace sur la 100 T
"Évaluation du risque de prématurité"
L'insécurité langagière en maternité**

Martine DESMARES

PARTAGER, PENSER ENSEMBLE

Avoir de l'expérience, serait la capacité du senior à influencer un autre regard sur toute situation avec un œil critique et nouveau, dans le respect des protocoles imposés par la Haute Autorité en Santé mais en faisant de chaque patient une exception à la règle !

Mais accepter le regard neuf de la jeune génération est aussi une richesse que le partage des expériences de **tuteur** permet, recevant les interrogations et les analyses critiques, non comme menace sur le savoir, mais comme remise en cause continue des pratiques professionnelles. En cela, les EPP sont venues réveiller les théories boiteuses transmises en salle de garde : les menaces sur le soignant « *si elle se déchire, c'est ta faute, ta très grande faute, fait ton mea culpa* », stigmates du temps où les cornettes traînaient avec leur missel dans les maternités et faisaient porter la culpabilité aux filles qui avaient pêché !

Les usagers ont exercé leurs droits avec cette loi de 2002, remettant en cause le diktat médical qui s'était imposé. L'épisiotomie systématique a fait son temps et les souvenirs de ces corps blessés restent vivants. Aujourd'hui, on demande consentement et compréhension. Comment avons-nous pu laisser, sans broncher, ces pratiques perdurer ?

Si aujourd'hui les associations d'usagers paraissent parfois excessives, il y a vingt-cinq ans déjà, Françoise Edmonde MORIN dénonçait dans son livre « *Petit manuel de la guérilla à l'usage des femmes enceintes* » des pratiques barbares et peu respectueuses de la physiologie.

Que faisons-nous pour ne pas étendre dans les pôles inhumains et technicisés à outrance, les approches plus humaines de Michel ODFONT, Frédéric LÉBOYER, Françoise DOLTO et les pratiques défendues par l'haptonomie et la maternologie ?

L'analyse des résultats de la prédictivité de l'échographie endo-vaginale sur le risque de prématurité, ou la restriction de l'examen gynécologique systématique qui semblent encore peu influencer nos pratiques. Mon orientation par la psychanalyse appliquée à la thérapeutique, interrogeait la position subjective de la patiente si souvent ignorée ! Je cherchais à approfondir la question : quelle est l'influence d'un dire du soignant ? Quel rôle pour la prévention dans les rencontres de Préparation à la Naissance et à la Parentalité, si elles se donnent pour mission d'**écouter les parents**, exprimer leurs doutes et leurs souffrances ?

■ | LES STATISTIQUES PARLENT

dans notre bonne ville du Havre, dans la maternité Flaubert niveau III du Groupe Hospitalier le taux de prématurité était inférieur à la moyenne nationale, là où le taux de Préparation à la Naissance et à la Parentalité est repéré depuis des années comme très supérieur en région par le feuillet du carnet de santé du 8^e jour.

Rejoignant l'objectif du plan de PNNS, notre participation active a promu la sécurité et la confiance avait aussi son influence sur l'alimentation de l'enfant au lait maternel. En amont de la naissance depuis plus de 15 ans, il s'agissait de transmettre cette conviction sans faille dans les compétences des parents, méconnues d'eux-mêmes. D'accueillir les doutes, en osant regarder un peu en amont de la grossesse où se situait souvent un élément discret mais tenace à prévoir le pire « *Ainsi serai-je une bonne mère ?* », résonne sans chercher bien loin avec « *je ai été abandonnée* » « *Je sais pas si je saurai le tenir* », fait écho avec « *le père m'a laissée tomber* » Et « *je ne sais pas si j'aurai du lait* » avec « *ma mère me gave* » !

L'approche pluridisciplinaire avec les psychologues, pédiatres et pédo-psychiatres fut précieuse pour apprendre à entendre les messages discrets proposant, pour ouvrir une réflexion avec les parents dont le modèle parental ne portait pas l'expérience d'un lien protecteur, découvrant avec d'autres cultures l'éloge de l'enfant porté et, reconsidérant parfois la question du tabagisme qui semblait définitivement un obstacle à allaiter.

Relayé par une démarche de formation allaitement engageant la plupart des soignants des services maternité et néonatalogie, le service avait vu en quinze ans le taux d'allaitement maternel passer de 18 % à 64 %. L'influence d'une formation des professionnels sur les positions d'accouchement visant à promouvoir l'autonomie par la confiance donnée aux femmes sur ses propres compétences, avait, elle aussi, influencé le taux d'épisiotomies et de césariennes.

Là, où tous les chignotants environnementaux étaient dans le rouge (pollution chimique, amiante, taux de PCB dans les produits de la pêche, précarité, chômage, alcool et addictions isolément, grossesse des mineures), la préparation participait réellement à baisser le taux de prématurité. Je l'ai toujours défendu depuis trente ans en m'appuyant sur les paroles du regretté Pr HÉROUIN, ancien chef de service de néonatalogie « *la préparation à l'accouchement sans douleur lutte efficacement contre la prématurité* ». L'apprentissage de la reconnaissance des contractions physiologiques et des autres, peut permettre de prévenir par un arrêt de travail plus précoce (stress ou pénibilité), ou une surveillance adaptée aux besoins de la femme. Cette théorie, qu'il avait pu observer quand la généralisation de la préparation avait fait chuter de façon drastique

« Ainsi serai-je une bonne mère », résonne sans chercher bien loin avec « j'ai été abandonnée ». « Je sais pas si je saurai le tenir », fait écho avec « le père m'a laissée tomber ». Et « je ne sais pas si j'aurai du lait » avec « ma mère me gave »! »

les taux de prématurité de la plus grosse clinique d'accouchement de la région.

L'ENTRETIEN AU 4^e MOIS UNE VRAIE RENCONTRE HUMAINE

Il s'agit donc de mesurer l'influence d'une rencontre précoce pour situer conditions de vie et vulnérabilités, que Françoise MOLENAT avait encouragée dès 1984 et qui fut mon cheval de bataille pour commencer très tôt la préparation à la naissance (rare à l'époque). J'insistais sur la proposition faite à toutes les femmes quel que soit leur style, d'au moins une rencontre individuelle, surtout pour les jeunes couples, les femmes isolées, enfin les situations porteuses de handicap parental ou de l'enfant attendu.

L'orientation qui se soutient de la valeur de respect dans le potentiel de la personne humaine, en évitant de se laisser attraper par les stigmatisations comportementales et les évaluations prédictives, donne un style unique à chaque rencontre que seule une analyse des pratiques peut rendre lisible à tous.

■ De quel danger nous parle-t-on ?

De fait, passer du danger potentiel d'une situation : « la prématurité », ce dont chacun a possiblement conscience, à imputer à une femme enceinte un risque appuyé par des données chiffrées, relève d'une prédiction péjorative. Repérer la situation de vulnérabilité, d'instabilité psychique et la modification importante de ses appuis identitaires, nous situe dans une autre approche que ce que l'entretien du 4^e mois peut promouvoir, s'il n'est pas confondu avec un interrogatoire à visée psychosociale.

Comment échapper à la « Menace d'accouchement prématuré » : traiter ce risque de prématurité, mal évalué par ailleurs, en terme de « Menace » est, non seulement irrationnel, mais occasionne en lui-même un facteur aggravant de la situation.

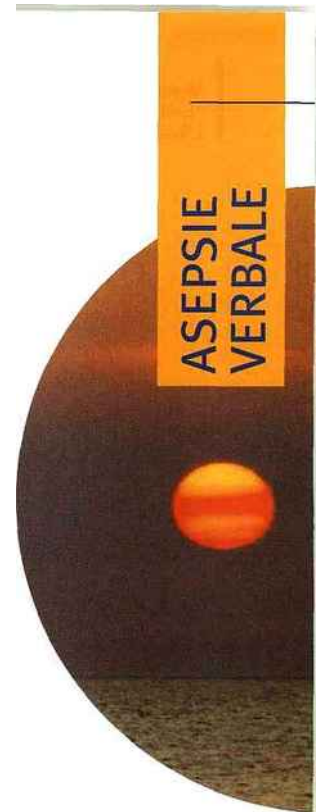
Une attention portée sur l'environnement de la grossesse attendue ou inespérée, inscrite dans un projet de couple, ou émergeant d'une relation occasionnelle, ou d'un "accident" rendra le parcours de l'attente plus incertain. Avant de proposer une aide psychologique possible, encore faut-il saisir s'il existe une demande ! Ne pas brûler les étapes sous peine de sacrifier toute collaboration à venir, possible elle aussi, avancer à petits pas en respectant la personne, parier sur le sujet, c'est la croyance de la psychanalyse.

■ Qu'est-ce qu'un sujet ?

Le sujet de la psychanalyse n'est pas l'individu, ni la personne. Le sujet advient de la rencontre avec le bain de parole. Ainsi, l'absence de rencontre d'un regard, d'une voix douce qui le nomme, l'appelle, l'absence de mots enveloppant le bébé, fige cet enfant dans un mur de silence, où l'agitation de son corps signe l'invasion des forces pulsionnelles, au détriment des mots du dialogue qui devraient pacifier les relations humaines. C'est dans ce drame, vécu dans les hôpitaux pédiatriques, des enfants hors du langage, agités et violents qu'est née la psychanalyse pour enfant.

Faire advenir un sujet, c'est ce dont peut s'occuper une sage-femme, pendant la grossesse en aidant les parents à rencontrer leur bébé, à apprendre à communiquer, à faire valoir le rôle de l'attention humanisante qu'on peut lui porter. C'est un accompagnement particularisé qui tiendra compte des possibles ou des limites, ce qui pourra ouvrir vers une collaboration de professionnels en période postnatale. En effet, si les parents sont souffrants, ou en forte situation de précarité psychique et parfois sociale, ils risquent de communiquer leur insécurité à un bébé sensible, capteur de signaux négatifs, et enclin à désinvestir la relation à l'autre.

En se "laissant tomber", en refusant de manger, en refusant par les "rejets" alimentaires toute intrusion dans son corps venant du donneur de soins, l'enfant donne des signes de cet abandon de lien humain, de la parole qui ne lui advient pas.



Menace sur la 100 T
“Évaluation du risque de prématurité”
L’insécurité langagière en maternité

Martine DESMARES

Une pression majeure pendant la grossesse accentue les situations de culpabilité et de stress pour les parents, à la marge du psychique et du somatique. Ainsi, ce sont souvent par des symptômes somatiques de la mère pendant la grossesse, que vient s’exprimer le profond désarroi ou la forte puissance du retentissement de paroles reçues en début de grossesse. Peur de le perdre, découverte étrange du corps qui se déplie et bouge, préparation à la séparation qui réactive le vécu de la naissance à la période du sevrage.

Ainsi, l’enfant naissant, dans les premiers mois semble traversé, dans son corps lors de « *la naissance de la mère* », par tous les affects des trois trimestres de la grossesse et des trois points cités. Il s’agit pour être pris dans les bras, se faire rassurer pour ne pas “être perdu”. Il fait d’un cri un appel adressé aux parents, humanisé par le son d’une voix qui dit « *nous serons toujours là pour toi* ». Ce cri peut être perçu comme étrange et alarmant par le parent nouvellement advenu, si aucune réponse ne semble convenir. Il peut se sentir disqualifié d’office ! Le bébé, enfin, se rassasie par frottement, de l’odeur ou de la caresse du portage sur la peau, zone érogène qui va intégrer définitivement la mémoire de cette sécurité. Mais il peut aussi se sentir “abandonné”, “séparé”, “rejeté”, et l’influence de personnes-relais pour recevoir les peurs et les doutes d’un moment, permet d’éviter aux parents, dépression postnatale ou passage à l’acte. Là, l’impuissance de l’éducatif révèle les limites du comportementalisme. Consentir à apercevoir que l’idéal de la bonne mère est souvent inaccessible, est un pas nécessaire pour rendre possible le traitement des situations fragiles, et inventer, avec chaque femme, une façon de devenir mère, sans éprouver avec elle, trop puissamment, les risques du gouffre qui pourrait l’aspirer en cas d’échec.

DE QUEL APPUI PEUT-ON BÉNÉFICIER ?

Tout l’environnement familial, le père et les parents de chaque famille, apporte, à sa façon, les fantômes des lignées respectives qui donnent encore plus de poids aux paroles des professionnels pouvant devenir des diktats ou des prédictions « *Si vous vous calmez pas, il va arriver un malheur* », entend on ! « *Sortir de la maternité, vous comptez pas sur ma bénédiction, non ?* » Voilà, ce qui fait d’une hospitalisation un enfermement, plaçant le soignant en persécuteur potentiel dans les situations les plus délicates. Il nous faut donc obtenir le **consentement** du couple, comme la loi de 2002 le précise, qu’il s’agisse de gestes médicaux ou de soins à prodiguer.

Mais qui peut consentir sous la menace ?

Interroger la position du compagnon : peut-il protéger pendant la grossesse, sans communiquer sa

propre inquiétude, se tenir à une position apaisée, face aux peurs qui l’envahissent pendant la grossesse de sa compagne ? La forme que prendra sa “paternité” est pour lui, une question longtemps sans réponse : quelle image porte-t-il en lui du père possible ou impossible ?

Quels types de relations sont construites autour de futurs parents, quelles offres d’aides seront acceptées venant de la maternité, d’un médecin généraliste familial, ou d’un Centre de Protection Maternelle et Infantile, porteurs d’idées préconçues contrastées ?

C’est pourtant là, au plus près de la vie du quartier, que se situent le développement de la famille et le projet qui doit accompagner le suivi de l’enfant. Qui saura, mieux que la sage-femme, l’assistante sociale et la puéricultrice de la Fonction Publique Territoriale, ou encore la technicienne d’intervention familiale sociale, redonner confiance à ces parents peu familiers, une **protection** qu’ils n’ont pas toujours reçue, eux-mêmes ?

Se connaître pour collaborer constitue vraiment le projet de prévention d’une intervention précoce élaborée en amont de la naissance. Le réseau n’est pas un symbole sur papier, il doit être une chaîne humaine, où un simple coup de fil rend simple et rapide ce qui semblait complexe et impossible. **On va arranger cela !** Reposez vous, la sage femme va venir vous voir pour vous rassurer et mettre toutes les chances de votre côté pour améliorer la situation.

Y associer les deux parents comme partenaires est souvent possible, en se formant à la prudence nécessaire pour approcher **avec tact et mesure**, l’histoire intime de cette famille en construction. Penser l’avenir en observant les difficultés qui préexistent. Grossesse non souhaitée. Père hésitant ou fuyant qui mesure ou pas un impossible.

Si la dépression postnatale maternelle fait l’objet de nombreuses publications, l’attention portée aux pères montre des réactions plus tardives de frustrations et de dépressions qui prennent la forme de conflits professionnels, de majoration de troubles compulsifs, de passages à l’acte (abandons de postes, accidents corporels, fuites) ou plus rarement de bébés secoués.

N’oublions pas que la paternité constitue un des moments majeurs du déclenchement de la psychose si elle était restée non visible précédemment, et ce, hors tout repérage du climat social.

Une connaissance de la culture, de l’incidence de commentaires ou de croyances donneront au premier fils ou la première fille, une place très différente. L’enfant pourra-t-il soutenir les fantasmes des parents et les obligations que religions ou croyances lui imposent de façon parfois pesante ? Un travail avec les interprètes médiateurs a permis de sortir

« N'oublions pas que la paternité constitue un des moments majeurs du déclenchement de la psychose si elle était restée non visible précédemment, et ce, hors tout repérage du climat social. »

de l'isolement dû à l'obstacle de la langue, d'oser une préparation individuelle spécifique, d'aborder les peurs propres à l'excision, de promouvoir la péridurale ou la rachi-anesthésie pour une césarienne programmée, de faire accepter un déclenchement là où le traitement de la séropositivité nécessitait l'usage du *rétrovir*. Malheureusement, seule la naissance du fils avait permis d'être entendu sur ce point.

Il nous faut travailler avec les familles, pour protéger une mineure des foudres familiales issues de son choix de partenaire, provoquant la colère parentale qui retentit en pression, vomissements du premier trimestre, là où, résistant à l'IVG ou à la honte, les contractions traduisent l'insécurité.

Comment pouvons-nous aider les grands-parents à apporter leur aide, sans faire peser davantage la menace du discours médical? Il est indispensable de les rencontrer pour percevoir ce qui préexistait à cette grossesse, au cœur des relations familiales. Souvent, fausse couche, décès accidentel du garçon (vécu comme plus fragile), désaveu de la religion pour une jeunesse prise entre deux cultures, traumatismes de l'intégration, de la séparation ou de la prématurité: autant de repères pour mesurer le niveau de risque qui s'inscrit dans l'histoire qui se répète.

REGARD DE LA PSYCHANALYSE

Lorsque nous venons au monde, nous sommes attendus, ou pas. Ainsi, au-dessus de chaque berceau, les paroles qui se prononcent marquent déjà notre histoire. Les légendes des fées et des sorcières de nos contes ancestraux, en disent long sur l'avenir de la progéniture! Fils de celui-ci, qui lui ressemble bien, fille qu'on aurait souhaitée garçon, arrivée au mauvais moment ou tellement désirée qu'au moindre faux pas les parents craignent le pire.

L'être humain est un être qui naît d'un désir; s'il reçoit cela dès la naissance, sa vie sera porteuse de ce désir. Mais s'il ne s'y retrouve pas, il lui faudra surmonter bien des difficultés pour survivre. Il faut faire confiance au sujet qui invente sa solution. Pourtant, chacun porte la trace de cette marque qui nous a précédés, s'inscrivant avec plus ou moins de bonheur dans une histoire générationnelle.

Plusieurs psychanalystes se sont penchés sur la naissance :

RANK situant l'accouchement comme premier traumatisme, FREUD, lui, nous aidant à découvrir que si la naissance sépare corporellement l'enfant du placenta et de la mère, celui-ci naît en état de « *prématuration* ».

Il se développe en relation directe à la mère, tel un satellite, sans différencier vraiment la mère de sa sphère. La constitution de son moi, et son individuation, sont rendus visibles à neuf mois quand il montre son désespoir au départ de la maman. Entre deux, il tente par le jeu du **FORT/DA** de jeter une bobine pour symboliser absence et retour-présence de la mère. Lisez avec attention cet épisode passionnant du travail de FREUD dans « *La vie sexuelle* » (PUF) et vous réaliserez toute la pertinence de l'observation de ce chercheur incroyable qu'il était.

FREUD, accentuant dans ses « *Trois essais sur la théorie sexuelle* », le scandale de la sexualité infantile, décrivant le côté « *pervers polymorphe du petit enfant* » aux prises avec les excitations que son corps rencontre, appelées pulsions partielles. Avec la théorie des stades, tout un mouvement de ses élèves va, à son tour, remanier sa réflexion.

La pulsion, concept fondamental pour FREUD, s'organise autour d'un objet perdu, par exemple pulsion orale autour du sein, pulsion anale autour des fèces. Un peu plus tard, une nouvelle déception après la première séparation d'avec l'objet oral, le sevrage. Devant l'arrivée d'un autre enfant dans la fratrie, se sentant rejeté, l'enfant parcourt tout son développement en surmontant des pertes et des frustrations.

C'est autour de "la perte" que se constitue sa théorie du manque d'organe, notamment chez la fille et du complexe de castration, chez le garçon. On peut assurément y percevoir la question récurrente de la **menace** : menace de perte, comme menace de castration.

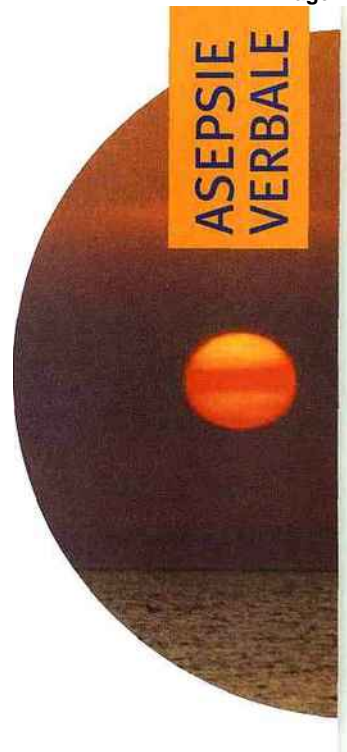
Avoir un enfant, tellement attendu du père, laisse la petite fille déçue et déclenche une rivalité tenace avec la mère. L'adolescente se jette vers un partenaire dont elle attend bien d'être cette fois satisfaite.

Si, au sein peut se substituer un autre objet (plus tard la tétine ou le pouce, voire même une belle discussion d'œnologie où les papilles se mettent à se délecter, malgré les différentes modalités de satisfaction), il restera cette perte primordiale qui cherchera inlassablement à être comblée.

Une issue s'annonce avec la maternité comme solution à toute privation.

Compenser la perte ou substituer au manque un autre objet, c'est là que l'enfant naissant se constitue son propre corps, donnant chair à ce qui pourrait combler le manque de la mère.

On repère aussi en quoi la société de consommation vient loger ses produits, comblant avec des ▶



**Menace sur la 100 T
"Évaluation du risque de prématurité"
L'insécurité langagière en maternité**

Martine DESMARES

objets reels, et rendant addicts, ce qui se constituait comme perte symbolique, absence à jamais réalisée du retour vers l'union imaginaire idéalisée

Mais faire prendre à l'enfant ce rôle d'objet de consommation, le destitue de sa place de sujet en devenant. Il ne peut parvenir à réaliser l'épanouissement d'une femme, la position féminine ne pouvant s'accomplir dans la position maternelle car il ne s'agit que d'un moment de sa vie qui ne peut s'ériger en modèle pour amener une fille, sa propre fille, à se construire en répondant à la question cruciale que se pose l'adolescente : *De quel sexe suis-je ? Que veut une femme ? De quel désir naît la femme ?*

Pour FREUD, c'est cette question qui le laissa en arrêt dans ses recherches sur *le mystère du continent noir et de la sexualité féminine*

Les travailleurs qui gravitent autour de la famille et du **maternel**, se trouvent souvent animés par des questions de cet ordre sur la Maternité et la Féminité. La confusion et un désir de recréer le bonheur de l'habitat intra-utérin, haut lieu de satisfaction à jamais perdu, entraîne parfois dans une impasse, où vouloir le bonheur de l'autre, réunir mère et enfant frisent l'utopie et le danger. Certaines théories psychanalytiques se soutiennent de cet idéal du bon objet qui complète, des rondeurs et de la plénitude.

LACAN dénonça cela comme une farce et dans son « *Allocution sur les psychoses de l'enfant* », publiée dans les *Autres Écrits* au Seuil, il critiqua le fantasme postiche, celui de l'harmonie logée dans l'habitat maternel, parla de mirage pernicieux. Et il répondit à WINNICOTT à propos de l'objet transitionnel, que l'essentiel est que l'enfant ne devienne pas pour la mère son objet transitionnel, qu'il puisse à son tour symboliser l'absence, et se séparer.

A ce jour, il serait fort surpris de mesurer la place dont l'enfant bénéficie, ouvrant une dérive grave vers un enfant sans voix, et sans parole, fixé sur un écran, hors discours. Jamais, à l'heure de la communication tous azimuts, le sujet n'a été si seul, si égaré, si affligé par la mort, la perte et le réel. Vivre dans un monde imaginaire et virtuel, amène de nombreuses catastrophes et des ségrégations croissantes, annoncées.

La future mère qui porte un enfant, désiré ou non, aux prises avec sa propre histoire est nommée "mère porteuse", porteuse d'un désir parental qui ne saurait être nécessairement **vivant**. C'est parfois une belle éclaircie qui illumine le parcours du sujet, mais peut aussi porter la marque d'une histoire jalonnée de carences et d'échecs.

C'est en terme de « *parlêtre* » que LACAN lie l'être, les signifiants qui l'étiquètent et une satisfaction qui semble le figer sous cette marque. L'exemple du « *petit bout* » peut aider à saisir ce qui pourrait porter la marque d'une réparation du préjudice.

LA PERTE COMME MENACE

L'annonce d'une menace au nom de nos critères d'évaluation, pèse sur la maman et vient raviver le risque de perdre cet enfant, objet précieux parmi tous, dans lequel elle mise tout. Son désir de faire une famille, de se reconnaître narcissiquement dans l'enfant, de réparer une perte primordiale, séparation d'avec la mère, mais aussi deuil, échecs ou tout autre moment vécu comme traumatique, sont autant de formes à mesurer l'angoisse qui peut se dessiner et laisser entrevoir l'échec possible. Pire, l'annonce se fait conviction !

Ainsi, le concept de répétition si cher à FREUD, se révèle de façon évidente à nos yeux de cliniciens. Il fait disparaître toute objectivité chez la patiente, mais aussi chez le soignant qui projette sa propre histoire dans cette rencontre avec une situation qui vise à sauver ses idéaux.

Il nous faut assurément en avoir quelques-uns, et porter en nous un certain désir qui soutienne les patientes, mais quand nous traitons un risque qui nous est insupportable, en terme de menace, nous devons garder à l'esprit qu'en ravivant, sans le savoir, une plaie non cicatrisée, nous déclenchons chez la patiente une somme de symptômes et d'angoisses que même une écoute bienveillante parvient difficilement à tempérer.

En laissant la patiente dérouler le lien entre cet événement et les plus anciens qui reviennent douloureusement, en s'aidant d'une position éclairée par la psychanalyse, on peut parvenir à modérer les effets en jeu.

Ainsi, me soutenant de cette position de singularité propre à chacun, de prédiction inverse où je fais avec la patiente le pari sur le sujet et ses capacités méconnues du discours scientifique médical, je parviens à soutenir un déplacement envers et contre tous, dont les résultats quotidiens, qui ne se comptabilisent pas par évaluation, se réalisent en terme de bien-être, d'inattendu et de confiance en l'avenir.

EXEMPLES CLINIQUES

M^{me} D. participe aux séances de préparation à la naissance, il s'agit de son deuxième enfant. Le premier est né avant six mois de grossesse, dans un tableau fulgurant d'accouchement imprévu et traumatique. Après deux mois en réanimation et de longues semaines en néonatalogie, l'enfant ne garde pas de séquelles médicales de sa prématurité.

La mère est perçue comme une jeune insouciance qui risque de renouveler ce genre d'incident, ce qui est "statistiquement évalué" par des examens médicaux. Pourtant ce qui ne semble pas être évalué, c'est le parcours psychique de cette jeune femme.

En s'effondrant après une séance elle me dira :

« ... nous devons garder à l'esprit qu'en ravivant, sans le savoir, une plaie non cicatrisée, nous déclenchons chez la patiente une somme de symptômes et d'angoisses que même une écoute bienveillante parvient difficilement à tempérer. »

— « Ils me font peur, ils disent que j'irai pas jusqu'au bout, qu'il faut essayer de tenir encore deux semaines. Mais moi je me sens bien, j'ai pas de contractions, c'est pas comme la dernière fois ».

Je la soutiens. En effet, c'est elle qui est capable de dire ce qu'elle ressent. Je lui confirme que l'équipe ne peut en savoir plus et qu'elle est bien capable de le protéger, qu'elle a raison de se faire confiance, et je m'appuie sur son désir qu'elle exprime avec tendresse pour son bébé.

— « Surtout que j'ai attendu avant d'en faire un autre, avant j'étais pas prête, j'avais trop peur que ça recommence, mais là ça allait bien, c'est eux qui m'angoissent. Quand je pars d'ici j'ai mal au ventre tellement j'ai la trouille, ils disent que j'irai pas jusqu'au bout. Mais c'est pas pareil que la dernière fois ».

Qu'est-ce qui est si différent et dont elle peut me transmettre le ressenti : « J'ai appris que ma mère avait un cancer, c'était grave, elle a été opérée, j'étais paniquée et j'ai accouché. C'était trop évolué, on savait qu'elle n'irait pas loin, je ne pouvais pas tenir. Elle est morte quand mon fils avait cinq mois, quand le médecin m'a dit qu'il était tiré d'affaire. »

Le groupe postnatal qui reçoit les mères et leurs bébés après la naissance, révèle que toute atteinte portée verbalement à la sécurité du bébé, le poursuit en terme de prédicat ou de malédiction. L'ambivalence d'un désir de vie ou de mort, se traduit en terme de culpabilité qui empêche tout investissement affectif. Ainsi, l'enfant montre-t-il des troubles du sommeil ou digestifs qui cèdent quand sa mère arrive à nommer toute l'angoisse qui est véhiculée au-dessus de son berceau ou qui pesait au-dessus du sien.

— « Depuis qu'on m'a dit que le col était ouvert, je ne vivais plus. On a tellement eu peur de le perdre ».

— « Avec la trisomie (traduire protocole HT 21 de dépistage), on savait pas si ça irait, on n'y croyait plus, même après les résultats ».

— « J'en ai perdu un de deux mois l'année dernière, le médecin avait dit : si ça saigne n'y croyez pas ».

— « Quand on nous a dit pour la prise de sang, j'aurais préféré qu'il parte tout de suite, après on y croyait plus ».

— « Pour celui-là, c'était pareil, on a rien acheté au début, mon mari disait rien mais il me touchait plus jamais le ventre, il se protégeait, il voulait pas s'attacher, ça nous a fait trop mal ».

— « Ma mère a perdu son premier, alors j'en menais pas large ».

— « Je suis resté couchée, je vivais pas et le jour de l'accouchement je voulais pas qu'il sorte, j'avais trop peur, là il était protégé, et puis moi j'ai été abandonnée, est-ce que je serai une bonne mère ?, j'ai peur de ne pas y arriver, enceinte chaque fois que j'y pensais j'avais des contractions ».

Autant de modalités de la perte primordiale qui surgissent face au moment où la femme naît en tant que mère, où l'homme se fait père.

CONCLUSION

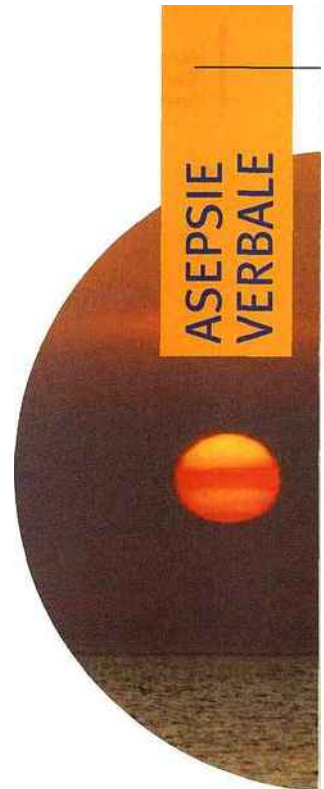
Si nous nous servons des critères modernes d'évaluation du risque clinique, cela doit avoir pour objectif d'éviter de faire peser sur une patiente un repos strict exagéré, qui se traduit en terme d'anxiété majeure. Sachant que la plupart de nos patientes qui subissent cette contrainte accouchent près du terme, on pourrait évaluer cela comme une réussite, mais c'est négliger l'impact psychique de ces conduites sécuritaires excessives sur la relation mère-enfant.

Souvent, l'échographie du col, rassurante, et un prélèvement nommé *fibronectine* revenus négatifs, sont deux valeurs prédictives fiables. Mais, à l'opposé, leur positivité peut activer sans relâche l'angoisse, disons l'angoisse morbide de la mort possible de l'enfant, qui est audible dans chaque prise de parole des parents, dès que le moindre signe (saignement, douleurs ou contractions), pourrait annoncer un préjudice possible portant sur l'enfant.

Après avoir écarté les risques infectieux réellement mis en cause dans la prématurité (prélèvement bactériologique vaginal ou cervical et examens cytotobactériologiques des urines, négatifs), en prenant soin de tenir compte des facteurs environnementaux (travail, enfants en bas âge, grossesse isolée sans soutien d'un tiers, précarité sociale, situation de stress particulier au moment), substituons le terme de *changement de rythme en vue d'adaptation à l'état de grossesse* à celui de « menace » dont nous percevons la malveillance et l'insécurité langagière.

Si un arrêt de travail est souvent souhaitable, c'est en terme de prévention et de bienveillance pour la mère et le bébé que cela peut se concevoir.

Enfin, gardons-nous d'interrompre les séances de Préparation à la Naissance où ne se pratique aucun sport dangereux ! Ce sont les seuls moments avec les consultations régulières, si celles-ci se repèrent aux contractions plus qu'à l'état, dit prédictif du



Menace sur la 100 T
“Évaluation du risque de prématurité”
L’insécurité langagière en maternité

Martine DESMARES

col, où la mère peut s’apaiser en étant écoutée, en se relaxant, en se distrayant de façon conviviale avec d’autres femmes ou en recevant des paroles réconfortantes de celles qui croient fermement en ses capacités.

Encore faut-il que le temps des consultations laisse aux professionnels qui souffrent de pénurie, l’espace d’un champ d’écoute minimum, que ce soit à domicile ou auprès du professionnel et que la préparation à la naissance subsiste dans les maternités comme outil indispensable à préserver la bonne santé physique et psychique ! La rémunération frileuse par l’URCAM, des actes chronophages à domicile, ne semble pas mesurer leur impact sur la **prévention de la prématurité** et de la **dépression**.

La réduction drastique des personnels après évaluation des coûts et les *numerus clausus* d’étudiants sages femmes, mettent actuellement en péril les secteurs publics de soins. En effet, les postes de préparation à la naissance ne sont plus pourvus dans de nombreuses maternités, les soignants assistent impuissants à la fermeture de lits dans les services où ils travaillaient, certains fuient dans le privé, épuisés par la dégradation des conditions de travail.

L’annonce de l’extension des droits de prescriptions encourage ouvertement le glissement des soignants vers l’activité libérale, ce que M^e POLETTI député, relançait dans son intervention à l’Assemblée le 16 mars dans le cadre de la loi HPTS (Lire : *Hôpital Patient Territoire Santé*).

Les sages femmes constituent, à l’heure actuelle, une main-d’œuvre médicale à bas prix, prête à être substituée à la pénurie dans la spécialité gynécologie médicale, pour exercer toutes les compétences, qui sont les nôtres, auprès des femmes comme des mères.

Gageons que la nouvelle génération saura se saisir de cette opportunité pour exiger de recevoir la reconnaissance dont les anciennes auront longtemps rêvé !

Rappelons que nous traitons d’abord de la naissance, acte physiologique, conséquence attendue dans le parcours de la vie sexuelle d’une femme ; que ce choix consenti, peut être sécurisé sans négliger l’évolution médicale, et ce, pour nous préserver de catastrophes que d’autres pays subissent.

Cependant, la médecine ne doit pas exposer davantage le sujet à des risques potentiels, plus qu’il ne le serait s’il n’y avait pas recours. ●



Photo : Catherine Roux, sage femme du Havre