

PRISE EN CHARGE DE LA PÉRINATALITÉ, PARTIE 1

États généraux de la naissance

Châteauroux, le 24 septembre 2006

ROBERT LE CORRE :

Cet atelier de la périnatalité a deux séquences, il y a cette première séquence jusque 10 h 30, une petite pause et une re-séquence, aussitôt ensuite jusqu'à midi. Nous avons souhaité qu'il y ait une certaine cohérence et puis, qu'à la fin on puisse arriver à poser des questions principales qui pourraient orienter les prises en charge de la périnatalité vers quelque chose de plus conséquent, de plus accueillant, de plus humain et de plus professionnel, même si cet apport peut venir d'associations ou de personnes travaillant en libéral. Je crois qu'il ne faut pas oublier qu'il y a une nécessaire articulation pour arriver à ce que nous souhaitons, que ça bouge et qu'éventuellement les propositions de ces deux séquences puissent arriver jusqu'aux décideurs politiques ou techniques ou responsables d'unité technique. Parce que, ce qu'il y a derrière toutes ces volontés, ce sont les possibilités de financement. Que ce soit institutionnellement, dans les schémas de la maternité, de la santé publique ou bien dans les conseils généraux, dans les associations par exemple. Il faudrait qu'on arrive à quelque chose de cohérent en fin de deuxième séquence.

ANNE EBANO :

Je viens vous parler l'étude intitulée *Pratiques autour de la naissance en Côte d'Or* que nous avons fait réalisée, nous, association *Bébé en vue, Observatoire bourguignon des usagers en périnatalité*, par l'ORS de Bourgogne. Vous connaissez peut-être un peu l'association par la publication du livret blanc. J'ai laissé à l'entrée des plaquettes et des livrets blancs. On a un bon dialogue avec les professionnels du réseau périnatal de Bourgogne. C'est pour alimenter ce travail que nous avons fait réaliser cette enquête, cette étude... Cette enquête nous l'avons voulue au départ uniquement sur les soins à la mère et nouveau-né et comme les mamans qui ont été interrogées ont parlé aussi du suivi de grossesse et de l'accouchement, si vous consultez le rapport de cette enquête, vous verrez des éléments là-dessus. Mais je vais principalement me centrer sur les soins à la mère et au nouveau-né. Avec comme axe de travail, ce thème qui concerne les parents, qu'est le bien-être de la mère et du bébé. Nous avons voulu dresser un bilan des pratiques effectivement réalisées dans les maternités.

Juste une précision si vous voulez consulter le rapport, on va remettre en ligne très rapidement la bonne version du rapport celle qui a été mise en ligne n'est pas la bonne version. Vous pourrez la consulter très prochainement. Le cadre d'enquête, c'était les naissances normales sans complications. Il y a déjà beaucoup à faire là-dessus, concernant les gestes faits sur le bébé juste après la naissance, ce qu'on appelle communément les premiers soins.

Vous voyez la liste des diverses pratiques qui ont cours, certaines qui sont faites dans toutes les maternités de Côte d'Or et vis à vis desquelles les professionnels sont unanimes, et d'autres qui sont très diverses. Cette diversité des pratiques pose question. Je pense particulièrement au test de perméabilité annale et au test à la seringue qui sont, selon certains professionnels, un geste à faire obligatoirement et pour d'autres, une survivance d'anciennes pratiques qui n'ont plus lieu d'être. Cette diversité de pratiques pose vraiment question. Est-il si capital de pratiquer ces gestes puisque certains professionnels préfèrent passer outre ? Est-ce parce que ces derniers mettent en place d'autres stratégies pour compenser l'absence de ces gestes ?

Cela nous pose question d'autant que les jeunes parents ignorent bien souvent quels sont ces premiers soins faits à leur bébé, que, quand on leur cite ces gestes, ils sont souvent dubitatifs voire choqués, en tout cas dérangés par ces gestes qui, pour certains, sont particulièrement violents et invasifs comme ceux que je vous citais. Et bien souvent quand on leur en parle, sachant que le bébé a subi ces gestes à quelques minutes ou à quelques dizaines de minutes de vie seulement, cela dérange beaucoup les parents. On les comprend. Bien souvent ils disent simplement que si les professionnels le font, c'est qu'il doit falloir le faire. Je pense qu'on peut s'interroger là-dessus.

Rendre les parents compétents et capables de choix, cela nous paraît capital. Peu d'informations sont données sur ces premiers soins faits au bébé. Peu d'informations aussi sur les soins faits par la suite, en suites de couches. Là vous avez un exemple d'une maman qui vit très mal ce manque d'information d'une part mais aussi la manière dont certains professionnels vont se comporter.

Mme U, 2 enfants, répond à la question de savoir quels examens ont été passés à son bébé. Elle décrit « Non, ils vous l'embarquent pour lui faire passer des tas de trucs ! En plus elle avait très souvent des prises de sang parce qu'elle avait attrapé un petit microbe à cause de la poche des eaux qui s'était fissurée donc il fallait surveiller le taux. Il y a deux ou trois trucs qui ne m'ont pas plu : on venait la chercher, on me disait « bon on va lui faire une prise de sang » mais la personne du labo n'avait pas de blouse, je me demandais qui était cette personne, c'est pas rassurant quand on vous prend votre bébé comme ça ; j'ai trouvé ça un peu léger. Après je demandais aux infirmières qui c'était qui parce c'est angoissant de ne pas être sûre des personnes à qui on donne son bébé ».

On comprend que la maman ne soit pas tranquille, qu'elle se sente dépossédée de son bébé dans une situation comme celle-là.

En ce qui concerne la première nuit et la décision de laisser ou pas le bébé à la pouponnière, on voit que les mères, et tout particulièrement les primipares, sont très fortement influencées par les professionnels. Cela néglige un peu le fait qu'un certain nombre de femmes qui viennent d'accoucher vont dormir très mal, en tout cas très peu la première nuit, avec toutes les émotions qu'elles viennent de vivre. Là, vous avez quelques exemples divergents d'une maman, madame T. qui n'a pas osé demander à garder son bébé avec elle.

Mme T explique : « Quand on est remonté dans la chambre après l'accouchement, on est resté une petite heure tous les trois et puis ils ont emmené mon bébé pour le faire dormir ailleurs. En fait j'ai laissé faire, je n'ai pas demandé si j'avais le choix parce qu'apparemment la première nuit ils font comme ça. On fait confiance... »

L'autre, madame S., souhaitait laisser l'enfant et elle n'a pas été entendue.

Pour Mme S, le besoin principal est le repos, l'allaitement se déroule sans problème. Alors que sa voisine demande à ce que son bébé soit mis en nurserie pour sa première nuit, Mme S demande que le sien soit gardé en même temps pour que les deux femmes puissent se reposer. Face à sa demande, l'auxiliaire rétorque « vous l'avez gardé avec vous les premiers soirs, c'est quand même votre 7ème, vous êtes capable de vous en occuper, vous comprenez on en a déjà plein la nurserie ». Mme S demande alors que son bébé soit pris de la dernière tétée vers minuit à la première vers 5 heures du matin. « Donc j'ai appelé vers minuit, elle m'a dit ni bonsoir ni bonjour, elle m'a pris la gamine comme un paquet, elle me l'a embarquée, elle me l'a ramenée vers 5 heures du matin, j'ai demandé comment ça s'était passé, « rien de spécial » alors quand j'ai vu ça ben j'ai dit je repasserai pas une nuit de plus ici ».

Dans les deux cas, on constate que le personnel n'a pas su entendre la demande de la maman. Dans l'état de grande vulnérabilité émotionnelle dans laquelle est la jeune maman, la façon dont le professionnel va présenter la possibilité de laisser ou non l'enfant à la pouponnière va beaucoup influencer la décision de la jeune mère. Écouter les femmes c'est aussi respecter leur façon de voir, le ressenti et tâcher de les conforter dans leurs capacités parentales spontanées.

Juste un petit point. Dans les maternités où le personnel a reçu une formation en ce qui concerne l'allaitement, les professionnels font vraiment un effort pour limiter la séparation de l'enfant et en particulier au moment de la première nuit ainsi qu'immédiatement après la naissance.

Rendre les parents compétents et capables de choix, c'est un objectif du séjour en suites de couches. Mais **malheureusement, on observe bien souvent des attitudes rigides de certains professionnels qui vont se placer en position de modèle que les mamans devraient copier.** A nouveau, on est, malheureusement, trop souvent loin de cette écoute bienveillante et rassurante et de l'adaptation à chaque femme. A nouveau un exemple de cette jeune maman face à laquelle le professionnel n'a pas du tout entendu sa demande et a été très rigide. Pourtant c'était une femme qui savait ce qu'elle voulait. Mais l'auxiliaire a une attitude de négation très violente de ses compétences de mère.

Le premier jour Mme H baigne son bébé réveillé. L'auxiliaire est surprise, « pas contente, pourquoi vous n'avez pas appelé ? pourquoi vous ne nous avez pas attendu ? ». Elle doit justifier le fait d'avoir donné le bain à son enfant sans avoir attendu la présence d'un professionnel. Sur ce, l'auxiliaire demande à vérifier que la couche du bébé est propre, Mme H répond qu'elle vient de le changer mais l'auxiliaire prend l'enfant du berceau pour examiner le change. Mme H lui reprend son bébé, défait la couche qui est effectivement propre.

Plus loin Mme H dit « moi j'ai déjà eu un enfant, elle ne m'a pas posé la question si j'avais déjà eu un enfant, elle ne sait pas en fait, pour elle elle vient montrer le bain à une maman qui vient d'accoucher et elle veut changer un enfant qui dort et qui a eu sa tétée, qui est bien, et je ne trouve pas ça normal. Je me dis que c'est mon enfant, qu'elle veut me déposséder de mes choix et ça c'est non. Donc je le prends quand même parce qu'il est réveillé et je le change devant elle en lui disant que de toute façon la couche était sèche, donc je lui remets sa couche sans lui avoir passé un petit coup d'eau comme il n'a pas fait pipi, je vois bien que ça l'embête, elle a envie que je le nettoie. Pour moi ça c'est dur. ».

Il ne faut pas en rester sur l'idée que c'est la faute de l'auxiliaire de puériculture, mais se demander comment on peut en arriver à des situations comme celle là. Vraisemblablement, l'auxiliaire s'est vu prescrire une attitude de contrôle, de formation des jeunes parents, c'est pourquoi elle a cette attitude très rigide. Donc, derrière tout cela, il y a un problème d'organisation collective, de définition des compétences de chacun au sein de l'équipe de professionnels.

Une note particulière pour les maternités où il y a une nurserie, c'est-à-dire une salle commune où les mères se retrouvent pour changer le bébé, faire sa toilette etc. Toutes les mamans qui l'ont expérimenté ont été très satisfaites, satisfaites de pouvoir rencontrer d'autres parents, et satisfaites aussi d'échanger avec eux. C'est dire que **les professionnels n'ont pas l'exclusivité des connaissances et des savoir-faire.** C'est dire aussi que c'est sûrement plus facile de se retrouver face à d'autres parents qui ont vécu certaines difficultés, qui ont trouvé eux-mêmes des solutions ; cela aide à se sentir en confiance pour ensuite soi-même chercher ses propres solutions.

Beaucoup d'incohérences dans les recommandations en suites de couches, particulièrement en ce qui concerne la conduite de l'allaitement. Dans les maternités de toute la France, on le constate, ce n'est pas exceptionnel. Toutes ces incohérences mettent les mamans dans l'embarras, beaucoup de conseils sous forme de recettes, c'est-à-dire donner un seul sein à chaque tétée, ou donner les deux, toutes les 3 h ou à la demande. Un professionnel vient, dit quelque chose, le suivant autre chose. Et les mamans se sentent tout à fait désorientées là-dedans. On a des pratiques qui ne sont pas toujours respectueuses de l'intimité, qui sont sources de stress, notamment vous voyez cet exemple avec un professionnel qui s'immisce et qui a une attitude intrusive entre la mère et l'enfant, et ça perturbe beaucoup la jeune maman.

Mme H : elle me dit "bon ben vous me rappellerez pour l'allaitement, pour voir si ça se passe bien". (...) moi je suis très pudique je montre pas mes seins devant les gens donc j'aurais préféré ne pas avoir à le faire.

J'étais tellement stressée que je n'ai pas pu lui donner le sein. (...) C'est moi qui lui ai dit au bout d'un moment « et ben non écoutez ça va pas, vous me stressez je n'y arriverai pas ça ne marchera pas » et elle me dit « oui en fait il n'a pas très faim ».

Donc ça remet en cause ce que moi j'avais senti : c'est me dire quelque part « vous n'êtes pas apte à vous occuper de votre enfant » et ça ça fait mal même si je sais bien que non, je ne me trompe pas [...] et là c'est très difficile, je viens de me prendre en pleine figure alors que mon enfant vient de naître que je ne sais pas m'en occuper, et voilà donc elle repart.

Je me dis quand même je suis à peu près sûre qu'il avait faim, en plus il y avait un écart entre l'autre tétée qui était important de l'ordre de 6 heures, donc je sais qu'il a faim donc je le remets quand

même au sein et là ça se passe super bien et mon fils prend le sein et il n'y a pas de soucis et donc voilà donc ça c'est le premier jour !

En tout cas, dans les maternités dans lesquelles il y a eu les formations concernant l'allaitement en particulier, cela a beaucoup fait évoluer les pratiques ; et les professionnels sont les premiers à s'en réjouir.

La période d'adaptation à la nouvelle vie, suite à la naissance de l'enfant, c'est une étape tout à fait délicate au cours de laquelle les mamans se sentent très souvent désorientées. Et les professionnels doivent être conscients que cette période a une importance considérable pour que les parents et l'enfant prennent un bon départ et qu'en tant que professionnels, ils ont un rôle tout à fait important et précieux. La relation est forcément déséquilibrée entre professionnels et parents. C'est donc aux professionnels de la rééquilibrer, de donner aux parents les moyens de prendre les choses en main.

En conclusion, on a vu **le rôle crucial de la formation des personnels**. Cela permet de développer leur compétence, d'affiner les choses, et aussi re-motiver une équipe. On a souvent constaté qu'il y avait des divergences au sein des équipes, des mauvaises compréhensions, certains corps de métier qui se sentaient méprisés par d'autres, etc. Et une formation ça permet aussi de galvaniser en quelque sorte les équipes. Visiblement, le problème est que **la question du bien-être de la mère et du bébé n'ont pas fait l'objet d'une réflexion approfondie**. Il est certain que les professionnels sont face à certaines difficultés que sont le manque de temps, le manque de moyens. En tant qu'usagers, nous en sommes bien conscients. On sait qu'il veulent faire au mieux mais je crois qu'il faut mettre en place **des stratégies pour élaborer collectivement des recommandations et réfléchir à leur mise en œuvre** parce que c'est vraiment dans ce partenariat-là. qu'on va pouvoir faire avancer les choses.

ROBERT LE CORRE :

Cette première séquence, les personnes présentent à table vont développer leurs travaux, leurs idées, leur place ce qu'elles souhaitent. Chacun a 10 minutes, ensuite nous allons discuter ensemble. Et la deuxième séquence, ces mêmes personnes sauf ces deux demoiselles qui vont intervenir tout de suite et vont vous dire pourquoi, nous allons essayer de reprendre tout ce qui a été dit ici et peut-être les questions qui vont venir du public, qui sont aussi fort intéressantes pour les reprendre ensuite et faire quelque chose de l'ordre des propositions qui pourraient être reprises soient par d'autres associations, soit par des lieux, soit par des réseaux ou soit éventuellement par des équipes, par des institutions publics ou avec des fonds publics.

FANNY LAMIDÉ :

Je m'appelle Fanny Lamidé et je vais intervenir avec Aurore Prost, nous sommes deux sages-femmes, nous travaillons en Seine-Maritime, nous allons faire un exposé, et nous devons partir après puisque nous intervenons dans un autre atelier, l'atelier des étudiants. Nous tenons tout d'abord à remercier monsieur Bel et monsieur Ploquin de nous avoir invitées. Nous allons vous présenter une réflexion autour de la périnatalité dans le cas d'un déni de grossesse. Ce travail est basé sur notre mémoire que nous avons réalisé pour l'obtention de notre diplôme de sage-femme et notre mémoire s'intitule *Ces grossesses silencieuses : quelle attitude la sage-femme adopte-t-elle en post-partum dans le processus d'interaction précoce mère/enfant quand il y a eu déni de grossesse ?*

Je vous présente notre plan. Nous allons définir le déni de grossesse, nous verrons ensuite les conséquences possibles du déni de grossesse puis les signes révélateurs du déni de grossesse.

Nous verrons également les résultats de notre étude et nous essaierons d'établir une réflexion autour de la périnatalité par rapport à ces résultats. Nous verrons ensuite le rôle de la sage-femme avant de faire une brève conclusion.

AURORE PROST :

Une définition du déni de grossesse, inspirée d'une petite définition de monsieur Daillrangy en 1999 : par convention, l'expression de déni de grossesse est une forme de négation de grossesse, participation principalement inconsciente conduisant la femme souvent tardivement et brutalement à la reconnaissance pleine et entière de son état, généralement lors du travail voire seulement de la naissance.

Le déni c'est un mécanisme de défense psychique et on compare toute une petite frise en 4 phases, dont la phase initiale est le danger.

La première phase c'est l'évaluation préconsciente de la présence de ce danger initial. Ensuite il y a une deuxième phase qui est l'action défensive afin d'éviter les affects déplaisants. Ensuite il y a une troisième qui s'appelle l'arrestation cognitive et qui correspond au fait que lorsqu'il y a des informations menaçantes, elles sont exclues de la conscience ; l'attention est donc focalisée ailleurs à ce moment-là. La dernière phase, c'est le comportement écran. Cette phase consiste à remplir le vide formé dans la conscience par des idées, des comportements ou des phantasmes. On a choisit de vous faire une petite frise un peu... du psychisme en comparant l'inconscient du conscient. Le déni et donc le déni de grossesse se trouve complètement à l'extrémité de l'inconscient.

La fréquence du déni de grossesse est quand même de deux à trois pour mille grossesses : on se rend compte que c'est un problème de santé publique. C'est un phénomène rare, mais non exceptionnel, et qui est bien souvent sous-estimé. On a effectué une liste de conséquences possibles du déni de grossesse. Ça intervient à trois niveaux. Tout d'abord au niveau maternel, c'est-à-dire des idées suicidaires et des troubles dépressifs du post-partum. Au niveau foetal et néo-natal, il y aurait le néonaticide, la maltraitance, l'abandon, des complications foetales et néonatales telles que le retard de croissance intra-utérin, la mort foetale in utero, le retard psychomoteur, le nanisme affectif, les troubles du développement intellectuel, les troubles du développement affectif ou psychique et les troubles somatiques. Il y a aussi les troubles dépressifs qui sont présentés par un vide relationnel lié à l'inhibition maternelle (et en dernier point que vous ne voyez pas), on a les pathologies psychiatriques telles que schizophrénie et maladie mentale. Il y a aussi des conséquences possibles sur l'élaboration des interactions précoces. Le troisième trimestre de la grossesse est un trimestre qui est favorable pour la relation in utero car le foetus à ce moment-là possède un degré de maturité psychique élevé. On peut remarquer trois comportements si les mouvements maternels sont confus, contradictoires, indifférents ou hostiles, le foetus peut être perturbé si la mère bloque la communication affective alors à ce moment-là le foetus est désemparé et stoppe la communication à son tour. Et si la mère est physiquement présente mais moralement absente surtout une fois qu'il est né en suites de couches, alors on peut observer des dépressions néo-natales. On peut remarquer que c'est une spirale néfaste qui s'auto-entretient : parce que si la mère nie cet enfant, cet enfant ne va pas se manifester, et s'il ne se manifeste pas, il ne va pas suggérer l'attention de sa mère donc ils vont évoluer dans deux directions différentes et il n'y aura jamais de fusion entre eux deux.

On a fait une liste des signes révélateurs du déni de grossesse afin que soignants professionnels, ce n'est pas exhaustif, puissent parfois détecter ces situations où ce sont souvent des femmes en âge de procréer avec prédominance pour les jeunes femmes, et souvent une découverte de la grossesse qui est surprenante au cours des deuxième et troisième trimestres. Ce peut être des découvertes tardives de la grossesse lors de consultation pour un autre symptôme, ce peut être un

retard de déclaration de grossesse ou une demande tardive d'IVG. Quand on a mis en évidence un de ces signes révélateurs, il faudrait mettre en place des mesures de prévention.

FANNY LAMIDÉ :

Vous voyez deux « camemberts » que nous avons fait dans notre mémoire. Le premier en haut représente la présence de risques pour la mère et l'enfant consécutifs au déni de grossesse : c'est une question qu'on a posée à laquelle les sages-femmes ont répondu. Le deuxième camembert en-dessous représente les modifications de l'attitude des sages-femmes en fonction du comportement maternel ou néo-natal. On a trouvé impressionnant le fait que 14,5 % des sages-femmes interrogées pensaient qu'il n'y avait aucun risque pour la mère, ni pour le nourrisson, ni pour les deux. Ce qu'il y a de plus inquiétant encore, c'est que 85,5 % des sages-femmes pensent qu'il y a un risque soit pour la mère, soit pour le nourrisson, soit pour les deux. Sur le total des sages-femmes interrogées, il n'y a que 38,2 % des sages-femmes qui vont modifier leur attitude en prenant en charge un peu plus leur enfant.

AURORE PROST :

Alors que ce couple mère-enfant s'il y a eu un déni de grossesse, il peut y avoir plein de conséquences, et il faudrait intervenir et peut-être modifier son comportement et son attitude pour prendre en charge ce couple.

La conclusion de notre étude, c'est que **malgré une littérature alarmante, les sages-femmes n'observent pas en général de trouble dans l'installation de la relation précoce mère / enfant** alors que les sages-femmes, chez nous, dans notre cas étaient interrogées sur les cas de déni le plus frappant et qu'il s'agissait souvent de cas extrêmes. Ces cas extrêmes peuvent déboucher sur des conséquences qui peuvent être importantes et les sages-femmes ne modifieraient pas leurs attitudes ; si tout allait bien, elles prennent en charge le couple comme un couple qui n'avait pas vécu de déni de grossesse. Là on s'est posé quelques questions sur la périnatalité suite à notre étude. On s'est demandé s'il n'existait pas un risque de décompensation, lors du retour à domicile, une fois qu'elles étaient seules à la maison, la femme avec son enfant. **Est-ce que ce n'est pas en prenant en charge *normalement* le couple mère / enfant qui ne semblent pas avoir besoin d'aide, que la sage-femme participe au risque de décompensation à domicile ?**

Nous nous sommes arrêtés au post-partum au séjour hospitalier. Il serait intéressant d'élargir notre observation à l'évolution de la mère et de l'enfant une fois que la femme est rentrée à domicile avec son enfant.

FANNY LAMIDÉ:

Je vais voir avec vous le rôle de la sage-femme qu'on a pu établir suite à notre étude. Nous avons mis les points principaux. Bien sûr, c'est une liste qui n'est pas exhaustive. Si ça vous intéresse vous pouvez aller sur le site des EGN et consulter notre mémoire. Il est bien évident que dépister des grossesses ça reste très difficile. Cependant quand le déni est dévoilé, il est très important de prévenir les complications inhérentes au déni. Parce qu'on a vu qu'il pouvait y avoir vraiment beaucoup de complications. C'est un enjeu de santé publique dans le sens où le risque vital tant pour la mère que pour l'enfant est vraiment très élevé. Il ne faut également pas banaliser ces situations même dans le cas de déni partiel. La détresse maternelle est vraiment réelle. Il ne faut également pas qualifier ces femmes avant la naissance de mère à risque. C'est impossible en tant que soignant de pouvoir évaluer le potentiel qu'une mère aura à s'attacher à son enfant.

Il nous semble également important de sensibiliser les équipes médicales, pour une prise en charge par une équipe interdisciplinaire au sein d'un réseau sans oublier la PMI et les unités mères / enfants en psychiatrie.

Nous pensons également que nous pourrions reporter sur le dossier obstétrical la notion de « grossesse découverte tardivement ». Ceci dans le but d'homogénéiser la prise en charge. Ce n'est pas pour cataloguer ces femmes ou avoir des préjugés, se dire qu'elles sont des menteuses. C'est vraiment pour que le professionnel qui prend en charge cette femme soit au courant de ce problème-là. Nous, en tant que sages-femmes, on se sent particulièrement concernées. Tout d'abord parce que nous avons un rôle de soutien auprès de ces femmes, d'accompagnement par rapport au choix de la patiente, donc quel que soit son choix, si c'est un choix d'accoucher sous X, d'abandon ou de même rentrer en communication avec cet enfant-là, nous on se doit d'accompagner la femme dans tous les cas. Nous avons également un rôle d'information et d'intermédiaire par rapport aux autres intervenants.

Une fois que le déni est dévoilé, il faut parler de la grossesse, pas forcément de l'enfant, mais vraiment de la grossesse et du mécanisme du symptôme pour déculpabiliser ces femmes car c'est souvent un moment d'extrême fragilité psychique. Ces femmes culpabilisent beaucoup. Elles ont besoin de savoir que, même si c'est un phénomène qui est rare, elles ne sont pas les seules à vivre ce phénomène, et elles peuvent quand même rentrer en communication avec leur enfant. Il nous semble nécessaire d'avoir une prise en charge adaptée en fonction du rythme du travail psychique de la femme. C'est vraiment la femme qui doit prendre conscience seule de son enfant. C'est un point très important. Nous, en tant qu'aide-soignant on ne doit pas forcer la femme à créer le lien avec son enfant. C'est elle qui doit faire cette démarche seule. Elle est également un suivi psychologique qui va être proposé systématiquement à la femme. On insiste bien sur le systématique de façon progressive. Ce n'est pas forcément le moment où la grossesse va être dévoilée qu'il faudra imposer un suivi psy. Nous pensons également qu'un groupe de parole au sein des soignants est important dans le but de mieux appréhender et encadrer ces situations.

Il nous semble important également d'établir une relation de confiance avec les patientes. C'est quelque chose de très difficile parce que souvent en tant que soignant, nous avons des représentations négatives. Ces femmes on les considère souvent comme des menteuses ou on ne croit pas à ses symptômes et on a du mal à communiquer avec cette femme et on a du mal à communiquer entre soignants puisque notre jugement est faussé un peu par nos préjugés. Par rapport à ça, l'équipe peut se sentir disqualifiée et pour réaffirmer son autorité, elle peut être amenée à prendre des décisions assez cassantes. Pour vouloir faire au mieux, on impose un peu à la femme de faire telle ou telle démarche, alors que nous nous ne devrions être là plutôt pour suppléer les fonctions de la femme. C'est vraiment une nécessité de mise en place d'un réseau interdisciplinaire constructif. De même, en suites de couche, un soutien et une attention particulière sont à établir ainsi qu'une vigilance des signes de détresse psychologiques mais aussi des signes de détresse au niveau de l'attachement, j'entends autant la mère que l'enfant. Notre conclusion, d'après ce mémoire et notre étude auprès des sages-femmes, nous apercevons qu'il existe un réel manque d'information des sages-femmes par rapport à ce symptôme et on se demande s'il n'existe pas un déni du déni c'est-à-dire les professionnels qui nient un petit peu l'existence du déni de grossesse. Les bénéficiaires de cette étude, nous nous sentons un petit peu plus à l'aise si c'est possible par rapport à ce symptôme. Ça nous a permis de comprendre le symptôme et ses conséquences, de mettre également en évidence les signes révélateurs. Nous nous sommes rendues compte que nous avons un rôle de prévention dès la découverte de la grossesse. Nous avons également pris conscience du cheminement nécessaire à la femme et nous apercevons de l'importance de la prise en charge en réseau et donc l'intérêt, comme l'a dit tout à l'heure Aurore, d'établir un suivi à domicile, par rapport aux décompensations possibles.

ROBERT LE CORRE :

Je voudrais revenir sur la demande que j'ai faite tout à l'heure, y a-t-il des rapporteurs ?

SOPHIE FRIGNET :

Je suis sage-femme libérale, je travaille dans l'Essonne. Et je suis ici comme représentante de Bernadette de Gasquet pour qui j'interviens en tant que formatrice en milieu hospitalier. Je vais faire un petit rappel de qui est Bernadette de Gasquet (BG). Bernadette est d'abord une femme qui après la naissance de son premier enfant a découvert le yoga et elle est devenue professeur de yoga ce qui l'a amenée, dans les années qui ont suivi, s'intéressant un peu à la naissance, à travailler auprès de maternités et à faire de la préparation à la naissance par le yoga. Là-dessus est arrivé son deuxième enfant et à chaque fois elle accouchait extrêmement facilement, pratiquement seule, des accouchements naturels, très physiologiques et quand elle a commencé à intervenir dans les hôpitaux, il y avait une demande qui revenait sans cesse des professionnels qui était « oui, mais comment vous faites pour pousser » et elle se demandait ce que cela voulait dire parce qu'elle n'avait pas eu de problème pour pousser. Cette question a beaucoup trotté dans sa tête et un jour elle s'est dit, après la naissance de son troisième enfant, que pour pouvoir répondre à cette question, elle allait devenir médecin, et donc elle s'est lancée dans ces études de médecine. Donc un parcours assez hors du commun et qui a permis de fonder toute son approche sur l'écoute du corps de la femme, sur l'analyse des sensations, sur l'analyse des phénomènes physiologiques et aussi sur l'analyse des modèles traditionnels autour de la naissance.

Aujourd'hui, nous avons choisi de parler de l'après accouchement et l'accompagnement du post-partum ici et maintenant. Mais pour parler de cet accompagnement, on la connaît bien en France maintenant et dans d'autres pays parce qu'elle intervient de plus en plus à l'étranger pour les positions, de la remise en place d'autres positions que la position gynécologique pour l'accouchement et notamment la création d'une position d'accouchement sur le côté qui permet d'optimiser au maximum la naissance et ce quel que soit le type de prise en charge que demande la mère, c'est-à-dire que c'est une posture d'accouchement qui est tout à fait compatible avec une péridurale si la mère le souhaite.

Nous allons parler plus aujourd'hui du post-accouchement en s'appuyant sur l'observation de ce qui se fait dans les sociétés traditionnelles. Comme on a peu de temps, si vous voulez plus de détails sur ces pratiques à un ouvrage qu'elle a écrit avec d'autres professionnels qui reprend un certain nombre d'exemples notamment en Afghanistan, à la Réunion et partout dans le monde qui est « Bébé est là, Vive maman. Suites de couche » ouvrage écrit avec Xavier Codaccioni, Danielle Roux-Sitruk, Laurence Pourchez. Vous avez peut-être vu à la librairie ici, il y a ce petit livre qui est *Baby sans blues, Guide pratique pour retrouver la forme après bébé*. C'est un extrait de *Bébé est là Vive maman* et c'est un extrait qui fait pour les mamans. Les anecdotes, les différents exemples sont dans *Baby sans blues*.

Qu'est-ce qu'on retrouve partout quand on regarde ce qui se passe en Amérique du Sud, en Asie en Afrique sur tous les continents ? On retrouve tout de suite après la naissance des manœuvres qui sont effectuées tout de suite après l'accouchement, manœuvres quasi ostéopathiques qui sont parfois un peu impressionnantes. Les matrones n'hésitent à appuyer avec leur pied sur la symphyse pubienne et à tirer sur les jambes. Vu de l'extérieur, ça peut paraître un petit peu brutal. On retrouve des bandages, qui intéressent le bassin parfois même l'ensemble du corps. On retrouve des massages du ventre. Ça, sous des formes très différentes. Mais toujours avec des racines communes. On retrouve que la jeune accouchée ne se lève pas après un accouchement. Alors il y a des normes. Par exemple au Japon, elle ne se lève pendant les 3 h, les 6 h ou les 9 heures qui suivent l'accouchement. On n'a pas compris quelle était cette règle des 3 mais elle est très respectée. Dans beaucoup de cultures, elle ne se lève pratiquement pas la première semaine,

juste vraiment aller aux toilettes pour quelques actions de ce type. Vous savez qu'il y a des fêtes au bout du septième jour dans certaines civilisations.. Elles ne se lèvent pas. En tout cas, elles ne vont pas plus loin de la maison pendant les trois premières semaines et chez nous c'était la période de relevailles où on se relevait au bout de 40 jours.

On retrouve aussi que la mère est massée régulièrement. Il y a de véritables soins esthétiques qui lui sont prodigués, des enveloppements avec des serviettes chaudes, il y a une très forte notion de chaleur autour de la naissance. Les chambres d'accouchée ressemblent parfois à de véritables hammams. Et puis on lui fait boire des boissons chaudes. On lui fait boire et ça dans nos maternités on le voit bien avec les asiatiques qui arrivent avec leur bouteille thermos, à qui on apporte des grands thermos de soupe de poissons et partout on a cette notion de boire du chaud. Une alimentation aussi particulière leur est donnée qui n'est pas l'alimentation de tous les jours. On entend les matrones qui disent « on leur donne ça, pour leur donner du courage ». Et surtout, la jeune mère n'est jamais seule. Elle est toujours entourée. Elle est toujours accompagnée. Et elle est valorisée. On peut vraiment dire qu'il y a partout une célébration de la naissance.

Dans toutes ces traditions, dans toutes ces civilisations, la grossesse est quelque chose de tout à fait normal, qui est très peu suivi. L'accouchement se fait naturellement et la surveillance commence dans le post-accouchement. Chez nous, si on regarde, ça ressemble plutôt à un lendemain de fête parce que à peine accouchée et bien il faut repartir dans sa chambre. Dans le meilleur des cas, si on a eu une péridurale, on a de la chance on a un brancard. Mais souvent c'est encore à pied. On est fier en salle de travail de faire retourner les femmes dans leur chambre à pied. Elles sont en forme. Alors faut y aller, faut marcher. Lève-toi et marche, c'est vraiment la consigne du post-partum ici, ou le spectre de la phlébite plane, où il faut que les mères soient debout qu'elles s'occupent de leur bébé, qu'elles soient très vite autonomes. En général en tant que professionnel dans les maternités, on sait bien que les femmes asiatiques on ne les aime pas, elles ne s'intéressent pas à leur bébé, elles restent allongées, il faut tout leur faire. Elles sont très inquiétantes d'une certaine façon parce qu'elles ne correspondent pas du tout à notre modèle.

Bernadette s'interrogeait sur le pourquoi de ces pratiques. Pour éclairer cette analyse, il faut reprendre deux notions qui concernent la grossesse et l'accouchement. La grossesse, il faut la regarder comment comme un œdème physiologique. On prend du poids, comme dans la grossesse, on fait de la rétention d'eau sans être dans la pathologie, il y a vraiment un œdème qui se constitue dans tous le processus. Deuxième chose : au moment de l'accouchement, il se produit au niveau du bassin une entorse physiologique. Je vais vous faire une petite démonstration. J'ai apporté un bassin osseux. En général, ça fait un peu peur. Comme je pense qu'il n'y a pas que des professionnels dans la salle. Quand un bébé doit entrer dans le bassin il faut que le bassin fasse un mouvement d'ouverture de ce type et quand le bébé va sortir du bassin il faut la femme fasse un mouvement d'ouverture à ce niveau. Il y a ça et il y a ça. Ça c'est considéré comme un mouvement d'entorse physiologique. Dans les gestes que font les matrones, le mouvement de bandage du serrage du bassin sert à remettre le bassin dans sa position initiale et d'autres manœuvres ont pour but de remettre le coccyx parce que là aussi c'est un petit mécanisme normal au moment de l'accouchement, le coccyx part en arrière de 45 degrés, et malheureusement il y a des coccyx qui restent en arrière. Celles qui ont connu ça savent que ça fait très mal au derrière pendant 3 semaines et c'est assez insupportable.

Par contre, ces deux constats, l'idée est de remettre dans nos gestes aujourd'hui des gestes qui s'apparentent aux gestes traditionnels et qui peuvent être fait en salle de naissance, qui peuvent être faits en maternité quelque soit le niveau de prise en charge. Ces gestes, les professionnels sont formés à les faire tout de suite après l'accouchement. Il est proposé aux femmes de porter des ceintures qui vont permettre un maintien du bassin.

Si ça vous intéresse je vous montrerai tout à l'heure. Ces ceintures ont pour objet de maintenir le bassin bien fermé de telle sorte que quand la dame va être debout, les descentes d'organes ne

commencent pas à se profiler, parce que c'est dans cette période post-natale que les descentes sont importantes... On va lutter contre la pesanteur en disant aux femmes de rester plus allongées que debout. Il s'agit pas de les aliter complètement mais on peut leur conseiller de prendre plus de repos. Lutter contre la constipation, apprendre à gérer les efforts quotidiens et proposer des exercices précoces de rééducation mais exercices qui vont se faire, sans dissocier la mère de l'enfant. Ce sont des exercices tout simples que l'on peut faire simplement lors des portages de l'enfant, en position d'allaitement et donc qui ne viennent pas...

ROBERT LE CORRE :

On en parlera après.

CÉCILE LOUP :

Je suis Cécile Loup, de l'AFAR, Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté. Je parle ici non pas en tant que professionnelle mais en tant qu'usager. Et pas seulement que membre des associations aussi en tant parent moi-même, qui suis inscrite dans pas mal de listes de discussion, où l'on entend des témoignages que l'on n'entend pas ailleurs. Je ne pense pas que les professionnels entendent jamais ça. Ça donne une autre perspective. On a des échos assez merveilleux de la prise en charge après l'accouchement. On a vu des films d'accouchement assez merveilleux, de Max Ploquin, et c'est sûrement un idéal que l'accouchement soit comme ça, une chance réellement... de donner la vie et radieuse.

Mais malheureusement ça ne se passe pas toujours bien. Il y a des accouchements qui se passent mal. Et je vais essayer d'en parler un petit peu. C'est très difficile de savoir avec les femmes quand est-ce qu'un accouchement s'est mal passé parce que ça ne se dit pas. Ça ne se dit pas. C'est un devoir moral et social pour une femme, pour une jeune mère, de dire « Je vais bien. Tout va bien. » A partir du moment où son bébé est en bonne santé. La réponse à la question c'est « Oui ça c'est bien passé » Toujours. En réalité ce n'est pas du tout vrai. Il y a beaucoup de mamans qui sont plutôt moins traumatisées pendant leur accouchement pour des tas de raisons qui sont assez complexes.

Il faut s'entendre sur ce que ça veut dire qu'être traumatisée. Je pense que pour la grande majorité des médecins et des sages-femmes avec une formation médicale où le corps est une unité, une machine biologique, un traumatisme c'est une atteinte physique objectivable évidente. On se doute bien que la personne est moralement un peu secouée aussi. Mais à partir du moment où c'est guéri ou ou « ça va », on considère en général dans le domaine médical que c'est fini. Le traumatisme est terminé, c'est guéri, la jambe est remise... L'être humain n'est pas une machine biologique avec un cerveau pensant au-dessus. L'être humain est un tout. Et de plus en plus, les neuro-sociologues, les neuro-scientifiques le disent. Ils essayent de parler de concept corps-esprit.

Tout ce qui se passe dans le corps passe aussi par les cerveaux, il y en a trois principaux, qui eux-mêmes renvoient des choses au corps et tout ça est un tout. Un traumatisme, par essence, c'est une menace d'atteinte à l'intégrité physico-mentale. En y allant un peu fort, c'est une menace de mort. Du moins c'est interprété comme ça par le cerveau primaire. J'ai dit menace, il faut encore qu'elle se concrétise. Elle a deux façons de se concrétiser, soit il y a effectivement une agression qui est concrétisée, soit, et c'est assez fréquent il s'y joint un sentiment d'impuissance ou une panique. Ce sentiment d'impuissance, de ne strictement rien pouvoir faire contre l'événement, rend la menace effective et à ce moment-là l'atteinte est déjà effective... Il est important aussi de voir qu'une personne dans ces situations-là n'est pas dans un état de conscience normale du tout. En général, le cortex est mis en veilleuse, parce que ça réfléchit beaucoup trop lentement le cortex et ce sont les cerveaux reptilien et limbique qui sont aux premières loges. Puisque ce sont eux qui travaillent le plus rapidement et qui maîtrisent les réflexes de survie. Il peut y avoir parfois, dans

les cas extrêmes, ça va jusqu'au point où l'esprit s'en va, surtout s'il y a impuissance totale, il se protège, il abandonne le corps y compris le cerveau émotionnel. Ce sont typiquement les personnes qui sont dans une situation dramatique et qui se disent « ce n'est pas à moi que cela arrive ».

Ensuite, il faut voir les conséquences, il y en a de deux types. Il y a tout un spectre entre les deux. Je vais décrire les extrêmes.

Il y a une réaction possible, c'est la dépression, c'est-à-dire que l'événement est refoulé extrêmement violemment de la conscience, c'est une espèce d'auto-amnésie et il reste une personne fortement touchée dans son énergie vitale mais elle s'en rend pas compte. Donc elle a une cicatrice mais elle a tellement oblitéré qu'elle ne sait même pas qu'elle a une cicatrice. Ça conduit à des dépressions graves directes.

L'autre extrême du spectre, c'est ce qu'on appelle l'état de stress post traumatique qui ne ressemble pas tellement à la dépression. Il est assez peu connu. Il y a ce qu'on appelle un symptôme très marquant qui est la revivance c'est-à-dire que la personne revoit le film de l'événement traumatisant de manière spontanée, indépendamment de sa volonté, à n'importe quel moment, c'est un film qu'elle voit dans sa tête et ce ne sont pas réellement des pensées. C'est vraiment le film de l'événement et c'est toujours le même. On peut le voir aussi dans les cauchemars. En parallèle à ça, il y a ce qu'on appelle le syndrome d'évitement c'est-à-dire que la personne va essayer d'éviter tout ce qui la ramène à l'événement traumatisant. Ça peut être un lieu, ça peut être un mot qui a été prononcé à un moment donné et pour les femmes ça peut être parfois son propre bébé. Et elle fait ça bien entendu parce que la revivance est un film mais c'est aussi tout les émotions qui vont avec et c'est tellement angoissant que bien entendu la personne essaye de l'éviter. Il y a d'autres symptômes qui sont très caractéristiques qui vont aussi avec c'est un état d'hyper vigilance comme si la personne était en état de survie. Elle est dans un environnement dangereux en état de survie, avec des réflexes plus rapides que d'habitude. Elle sursaute s'il y a des bruits, s'il y a quelque chose qui passe dans le coin là-bas qu'elle n'a pas identifié. Ça ce n'est pas le cortex, ce sont vraiment les centres émotionnels qui réagissent.

Je n'ai plus de temps. Excusez-moi j'ai été beaucoup trop lente. Donc je conclus. En ce qui concerne les accouchements il y a eu des études qui ont été faites, trois études très importantes, indépendantes les unes des autres. Et qui se sont aperçus qu'en réalité il y a un tiers des femmes qui se sont senties traumatisées à un moment donné par leur accouchement. Bien entendu, il y a des degrés dans ce sentiment. Il n'y en a que quelques pourcents qui développent un état de stress post-traumatique particulièrement grave. Et il y en a quelques pourcents qui vont développer une dépression post-natale grave et entre les deux il y a tous les mélanges possibles et tout le spectre possible. Ça c'est une chose qui n'est absolument pas connue en France et qui n'est pas diagnostiquée et qui peut avoir des conséquences dans le post-partum importantes.

ROBERT LE CORRE :

Je suis désolé. Nous pourrions reprendre chaque intervention tout à l'heure. J'aimerais beaucoup que le public participe. Je donne un certain temps pour participer qui me semble très intéressant et puis vous répondre et continuer à développer et faire des propositions à partir de ce que vous avez évoqué.

NADÈGE TEMPLE :

Je suis présidente d'une association qui est toute jeune, qui date de janvier et qui s'appelle Maman Blues qui regroupe pour le moment beaucoup de mamans dont la maternité a fait effraction dans leur vie, dans leur équilibre psychique. Je tiens à remercier Bernard Bel et Max Ploquin de nous

avoir permis de participer à l'atelier. Parce qu'on vient juste de commencer de s'installer. Je vais présenter très sommairement cette association. Elle a un site que vous pourrez retrouver c'est www.maman-blues.org; il y a un forum de discussion sur laquelle on a reçu jusqu'à présent plus de 300 mamans qui sont venus nous parler, témoigner un peu de ce qu'elles avaient vécu. Il y a eu beaucoup d'appels à l'aide sur ce site. Ce qui nous a obligé également à entrer en relation avec des professionnels, parce que souvent, ce sont des demandes en urgence et ces femmes qui viennent juste d'accoucher ou qui attendent un bébé parce qu'il y a aussi le prénatal qui peut poser problème. Et bien parfois comme solution d'ouvrir leur ordinateur et de taper baby-blues, dépression et de s'adresser à nous.

Dans ces cas-là, comme nous ne sommes pas professionnels, nous sommes bénévoles, dans l'accompagnement mais dans l'écoute, le soutien, les conseils. Donc nous sommes amenées souvent dans l'urgence à essayer de trouver ou des centres ou des psychologues qui ont une oreille particulièrement attentives à ce genre de problèmes. J'invite, s'il y a des professionnels ici qui souhaitent rentrer en contact avec nous, de le faire à l'issue de cette réunion. Nous ne faisons aucune publicité pour aucune forme de thérapie ou de clinique ou de courant de pensée philosophique... Ce qui importe c'est que **quand une personne est dans une grande détresse, qu'elle est en demande, pas suivie, qu'on puisse la diriger très vite vers quelqu'un sur un plan local**. C'est pour ça que l'on commence à travailler avec certaines associations telles Doula, Césarine, les Accompagnantes à la naissance et aussi les Mères de l'ombre parce que nous avons beaucoup de mamans qui ont accouché sous X et qui sont venues nous raconter leur histoire.

Dans l'immédiat, nous avons créé **deux plaquettes d'information**, parce que ça fait défaut. On en parlera certainement tout à l'heure dans les mesures à prendre. Nous, on a décidé de faire des plaquettes. Elles sont ce qu'elles sont. On essaye de les améliorer à chaque programme. Il y a une plaquette qui s'adresse aux professionnels. Évidemment, les professionnels qui sont déjà dans l'accompagnement de la difficulté maternelle, cela ne les intéressera pas forcément mais je pense à des autres professions, sages-femmes, puéricultrices, infirmières, gynécologues obstétriciens aussi qui n'ont pas toujours une oreille très sensible. Je ne fais pas de généralisation. J'ai en tête certains témoignages. Ceux qui passent les échographies aussi, qui ont des fois des paroles malheureuses. Tout cela peut contribuer à précipiter les difficultés maternelles, à les creuser et je rejoins en cela Cécile : un accouchement particulièrement traumatique... On retrouve beaucoup de mamans sur notre site qui ne sont peut-être pas en difficulté maternelle mais qui risquent de le devenir parce que l'accouchement les a séparées de leur enfant.

Je vais vous lire un témoignage. Ce n'est pas forcément un témoignage sur les difficultés maternelles. C'est un témoignage d'une maman que j'ai rencontrée... je dis rencontrée mais c'est toujours par Internet. Je ne fais pas d'accompagnement en face à face. Je me situe toujours dans une histoire de mère à mère, une histoire de femme à femme. Je suis bénévole et je suis fonctionnaire dans une autre branche. Je ne cherche à prendre la place de personne, bien au contraire. Donc cette personne je l'ai rencontrée sur un site, c'était en mai elle était dans une grande inquiétude et elle m'a raconté... Ce témoignage on peut le retrouver sur le forum du Doctissimo. Je suis obligée de le citer parce que ce témoignage vient de là, on peut le lire. J'ai dû changer certains noms de ville, pour ne pas gêner les professionnels qui ne sont pas forcément en cause et qui n'ont pas pu l'aider. Je m'appelle Betty. Donc elle m'écrit Betty.

« Betty je t'ai lu il y a deux jours » On avait déjà échangé quelques messages. « Il m'a fallu deux jours pour assimiler ce que tu me mets ou du moins pour avoir la force d'en parler. Merci grandement pour ton message. Je comprends davantage et culpabilise moins. Pas physiquement, mais psychologiquement : bébé, on ne me l'a pas montré, on l'a posé sur mon ventre, recouvert par un linge : mon sentiment a donc été la surprise devant cette chose gluante et gigotante sur mon ventre, que je ne voyais pas, mais sentais juste. Violent peau à peau sans "présentation". Puis il a ouvert les yeux, mais pas sur moi, mais sur son père. Il a sursauté, et le père s'est exclamé : "il n'est pas beau !..." »

J'avais oublié d'instruire le père à ce sujet, de lui expliquer qu'un bébé ne naissait pas en costume cravate, fleurant bon la rose, etc. L'instruire de ce qui me semblait évident.

Ce que j'appelle moi le moment magique de l'empreinte, cette émotion qui fait que c'est le "plus beau moment de notre vie", et bien, je ne l'ai pas eu, et j'ai ressenti de la colère envers les autres mères, qui témoignent toutes de cet instant merveilleux...

"Du pipeau, c'est donc du pipeau ! De l'exagéré ! Du joli quart d'heure américain comme dans les films, fantasmé ! Faites semblant de sortir vos mouchoirs !"

Cette anecdote n'en est qu'une parmi tant d'autres, qui ont contribué à faire de moi ce que je suis maintenant : une maman triste, déstabilisée... qui perd le sourire dès que bébé est (enfin) couché.

Non pas que je sois égocentrée, mais te montrer en quoi tu m'apportes, par ces réflexions d'un maternologue. Cela m'aide à comprendre davantage pourquoi j'en suis là aujourd'hui...

Eh bien, il n'y a tout simplement aucune unité mère-bébé dans ma région. Et dommage, j'aimerais pourtant me reposer avec mon bébé. On ne m'a proposé qu'un lit en hôpital psychiatrique, sans bébé.

Aller en HP, auprès de gens sous diverses pathologies, sensible comme je suis en ce moment, et sans bébé, c'était pour moi à ne pas faire...

Enfin, on m'a expliqué que je ne pouvais être aidée que dans ma région d'origine. Donc je crois, que je suis condamnée à ça : des cachets et causer si j'obtiens un rendez-vous auprès du seul psy maternologue de la région, et puis c'est tout !

J'ai rencontré l'assistant du Pr X. Apparemment, il a jugé mon cas assez corsé (je ne suis pourtant pas en psychose puerpérale, juste dépression...) pour prévenir X qui nous a rejoint. Je n'ai pas eu le temps de lui répéter, de lui ré-expliquer, de lui recommencer mon récit. Fatigant ça : ils écoutent, on s'épuise, puis on rentre chez soi, avec un autre numéro de téléphone. Pour obtenir un autre rendez-vous ailleurs, et puis pour recommencer, ré-expliquer, etc. Informer tous les praticiens en pédopsychiatrie de cette région, c'est juste ce qu'il va m'arriver !

Je suis retournée sur maman-blues. Je n'ai pas témoigné, car je suis encore dedans. Mais j'ai lu, et à part me faire pleurer, et induire de nouvelles craintes (peur que l'on m'enlève mon bébé)...

Enfin, mon témoignage se rapproche le plus du tien.

Je le ferai (témoigner), car il peut être intéressant (je peux préciser cela) : ma dépression est en majeure partie induite par un entourage très spécial. Les racines sont là, j'en suis presque sûre. J'ai au moins réussi à obtenir quelques avis, dans ces démarches...

J'ai une amie qui est kiné à l'hôpital X, il y a une unité là-bas. Je vais essayer ? Donc X m'a renvoyée à Z, aux urgences psy, qui m'ont eux aussi renvoyée vers ma maternité (il y a un pédopsy qui connaît bien le sujet). Mais cette maternité, ça fait 3-4 mois que je l'appelle sans succès. Retour case départ, sauf que je peux dire maintenant : "j'appelle de la part de...", et j'aurais peut-être alors une chance d'être considérée.

... Ahhh, je viens d'appeler. Pas de rendez-vous pour le moment, je dois rappeler, la secrétaire doit parler au pédopsy, motiver ma demande, pour ce médecin qui ne serait libre que dans un mois.

Damned ! Bof. Puisque c'est ainsi, nous reviendrons mardi... (Mardi matin, l'empereur, sa femme et le petit prince...)

.... Alors, comment pourrais-je m'en sortir ? En m'investissant dans ton association ? En aidant les autres mamans... en vous aidant ? Cela pourrait peut-être marcher...

Enfin, tu as écrit tout ce que je pensais tout bas (je n'en étais pas encore sûre), conclusion de toutes ces démarches infructueuses.

Je pense une nouvelle chose encore, depuis ce matin.

Le désir d'enfant est de plus en plus fort de nos jours, devant les nouvelles difficultés de stérilité / fécondité constatées, puis à cause de nos situations précaires (on a un bibi de plus en plus tard, et dans des conditions souvent pas idéales !).

Mais encore, la grossesse est pour moi surmédicalisée, fliquée même, niveau poids et tralala. Enfin, le stress et les dépressions galopent dans notre population : l'inné, le naturel, le "faire confiance à la vie", à la nature, se sont complètement évanouis.

Tout cela fait que de plus en plus de mamans vont se casser la gueule à la naissance, si ce n'est pas déjà fait pendant la grossesse. Ses problèmes post-partum sont un autre reflet de notre conjoncture. A faire les cons, nous, les humains, on va éteindre notre race : on ne pourra bientôt tout simplement plus se reproduire. Se reproduire deviendra aussi épuisant que de remporter une bataille.

Les maladies psy ont une grande évolution et un grand avenir devant elles : voilà, maintenant, c'est clair, on ne peut plus être maman tout simplement, naturellement.

Ohhh... je ne demande pas grand chose, moi. Je demandais une petite semaine de vacances, protégée, dans un service avec des gens au courant. Protégée d'un entourage déstabilisant, je pourrais me retrouver avec bébé, le regarder dans le yeux, le trouver enfin, lui dire "tout va bien aller" ? Vérifier ceci, aussi : que rien ne cloche au fond de moi, que je peux être mère, que je n'ai pas de souci psy, ne suis pas malade ou amputée du seul réflexe qui doit être inné (procréation, maternité). Pouvoir dire à l'entourage, aux gens qui m'affligent alors que je suis si fragile : taisez-vous, ça suffit, sinon je m'en vais, je ne veux plus vous voir.

Il me fait mal au coeur d'être interrogée sur mon passé (pas mal de galères) : j'ai l'impression qu'on veut me "pathologiser". Me déclarer gravement malade, incurable. Avec un tel passé ! Pourtant que j'ai mâchouillé avec succès : je suis une super résiliée (et je n'ai pas attendu Cyrulnik pour découvrir ce terme / processus !).»

Bien sûr c'est l'histoire d'une maman. Toutes les mamans que l'on reçoit sur ce site ne sont pas aussi désespérées et esseulées. Ce que j'aimais dans ce témoignage c'est qu'il parle de l'accouchement qui n'est pas facile, qui n'a pas été forcément traumatique mais on ne lui a pas présenté son bébé. Elle n'a pas eu le temps de voir son bébé. Son compagnon a une petite phrase malheureuse... et hop une petite dégringolade. Et après elle sent bien qu'il y a quelque chose, il y a un lien avec son bébé. Elle le sent. Mais elle a le sentiment que tout ce qui lui tombe dessus. Je suppose que sa famille ne doit pas être du tout marrante. Elle veut se faire aider, elle n'y arrive pas. Je précise elle n'habite pas en Lozère ou en Creuse. J'adore la Creuse. Mais elle habite dans une grande ville.

ROBERT LE CORRE :

Maintenant je vous ai proposé tout à l'heure d'intervenir. Tout à l'heure, nous verrons, les quatre dames, dans la deuxième séquence, ces deux demoiselles ou dames ne seront pas là. S'il y a des questions ou quelque chose à dire à ces dames, peut-être qu'on pourrait commencer par elles. On peut aussi s'interpeller à la table.

SALLE :

Je voulais poser une question concernant les dénis de grossesse. Est-ce que dans le cadre de toutes les recherches que vous avez pu faire pendant le mémoire, vous avez constaté quand même des grossesses découvertes très tardivement qui n'étaient pour autant pas des dénis ? Qui étaient vraiment des grossesses inconnues et...

AURORE OU FANNY :

A partir du moment où la grossesse est découverte tardivement, même au moment de l'accouchement, quand on parle de déni de grossesse dans la littérature, à partir du moment où il y a un processus... Pour nous c'est un déni de grossesse à partir du moment où il y a un retard de déclaration à 14 semaines qui est le délai légal, lorsque s'est découvert entre 14 semaines et le moment de l'accouchement, c'est ce qu'on appelle un déni partiel. A partir du moment où c'est au moment de l'accouchement c'est un déni total, complètement.

LA PRÉCÉDENTE :

Je pensais à une maman en particulier qui s'est aperçue qu'elle était enceinte quand elle a perdu les eaux. Finalement, l'équipe ensuite, la psychologue a dit que c'était pas vraiment un déni de grossesse c'est juste qu'elle ne le savait pas.

AURORE OU FANNY :

Le déni c'est : on ne sait pas qu'on est enceinte.

FANNY OU AURORE :

Après il y a différents degrés. Comme on vous a montré sur la frise, sur l'inconscient et le conscient, le déni c'est vraiment dans l'extrémité inconsciente du psychisme mais il y a aussi la dénégation et la dissimulation. Dissimulation, les femmes savent qu'elles sont enceintes mais le cachent activement. Dans la dénégation, elles sentent qu'il y a quelque chose mais ce quelque chose n'est pas possible. Donc c'est des femmes qui vont être très fatiguées mais elles vont dire que c'est parce qu'elles travaillent beaucoup. Qui ont mal au ventre, elles vont croire qu'elles ont une gastro. Et après il y a le déni où là, réellement, c'est inconscient.

SALLE :

J'avais une question par rapport à la première intervention sur l'enquête qui a été faite sur les pratiques autour de la naissance. Je voulais savoir comment est diffusé ce type de travail, d'études qui révèlent énormément de choses ; c'est très ouvert en plus, ça débouche sur plein de choses. Qui a accès à ça ? Est-ce que l'ensemble des maternités, l'ensemble des professionnels a accès à ce type d'études pour eux-mêmes apporter quelque chose dans leur propre service et dans leur propre pratique et au moins...

ANNE EBANO

On commence un peu la diffusion de cette étude. On a fait une présentation il y a deux semaines au réseau périnatal de Bourgogne, donc aux professionnels. Et on va aller dans chaque maternité qui nous a accueillie, donc les 4 sur les 5 de la Côte d'Or, présenter tout ça et en discuter avec les professionnels sur place. Et on entame un travail avec le réseau périnatal pour l'ensemble des maternités de la Bourgogne puisqu'on n'a pu se centrer uniquement, faute de moyens, sur un départ. Et justement on en reparlera peut-être tout à l'heure, je pense qu'il faut aller bien au-delà et étendre au niveau national. C'est juste un point de départ. Cette petite enquête sur 4 maternités, une petite vingtaine de témoignages de femmes. C'est une enquête qui s'est voulue qualitative, pas du tout quantitative parce qu'effectivement la petite vingtaine de femmes on peut dire : ça ne représente rien mais je crois que les problèmes sont les mêmes partout, les difficultés, les absences ou les efforts aussi des professionnels sont les mêmes partout. Il faut qu'on aille dans ce sens-là bien plus largement.

SALLE :

J'aurais à la personne qui nous a présenté Bernadette Le Gasquet. Vous parliez de la fermeture du bassin. J'ai grandi aux Pays Bas où les femmes qui accouchent mettent souvent ce qu'on appelle un drap de fermeture. C'est un drap avec des lacets qu'on serre et qu'on garde sur soi à peu près deux semaines. Quand j'ai parlé de ce drap à une sage-femme, elle m'a dit que ça induisait une paresse des abdos et que c'était tout à fait déconseillé de porter de ce genre de ceinture ou de drap. Que répondriez-vous à ça ?

SOPHIE FRIGNET :

Le ceinturage du bassin doit se faire bas, au niveau du bassin. Le plus simple pour vous répondre c'est de vous montrer. Le principe de l'approche qu'on travaille avec les professionnels, ce sont des journées de formation qui demande un effort terrible aux professionnels parce qu'on les met par terre sur un tapis et on leur demande de venir en tenue confortable, ce qu'ils n'ont pas en général. Ils arrivent en jean avec des ceinturons bien serrés. Et on leur demande d'écouter leur corps. Ça les déstabilise énormément parce qu'ils arrivent pour regarder les résultats d'étude et il faut voir les choses, sentir les choses pour les comprendre. Je vais faire une petite

démonstration... Ça ce sont des ceintures anglaises. Actuellement il n'y a qu'un seul fabricant qui les propose en France. On fait la même chose en technique en salle de naissance. Ce sont des ceintures qui peuvent de porter en post-partum mais elles doivent se porter ici c'est-à-dire qu'elles doivent se porter très basses au niveau du bassin. L'idée étant d'intervenir sur les fémurs, sur la base du bassin et pas de faire une proposition qui soit ici au niveau des abdominaux. Au contraire, par le placement du bassin de cette sorte, si vous avez déjà porté un sac à dos de randonnée, ça revient un peu à ce que l'on fait quand on met un sac à dos de randonnée. Par le placement de la ceinture à cet endroit-là ça va renforcer le périnée, au niveau profond du périnée et pas simplement au niveau superficiel c'est-à-dire que ça va vraiment fermer le vagin et au contraire ça va renforcer le travail du transverse abdominal qui est le muscle qui maintient l'utérus et la vessie au-dessus du vagin. C'est une consolidation mais, effectivement, il faut faire attention et faut toujours démarrer du bas. Dans certaines sociétés traditionnelles, quand ils font des bandages, ils montent. Comme font les toréadors quand ils mettent, le je ne sais plus comment ça s'appelle autour de la taille. Ils montent comme ça et surtout pas avoir quelque chose... on voit des horreurs, des ceintures, des matériels qui poussent vers le bas et qui au contraire va aggraver les mouvements.

ANDREINE BEL :

J'ai peut-être un complément d'information par rapport à ceci, qui est tiré des connaissances en Seitai japonais qui s'est inspiré de l'observation des hanches pendant l'accouchement. Les hanches s'ouvrent l'une après l'autre et se referment l'une après l'autre. Le problème d'une ceinture, de ce point de vue là, c'est que les deux hanches sont prises ensemble. Alors que si on observe l'envie pour la femme de se lever, c'est-à-dire qu'il y a un moment après l'accouchement — ce peut être quelques heures ou quelques jours, voire 2 ou 3 jours après l'accouchement — elle a une sensation d'envie de se lever, et à ce moment-là, cela lui indique que ses deux hanches l'une après l'autre sont revenues en place provisoirement. Parce que le processus de fermeture se fait sur 3 mois, par étapes. On peut vérifier ceci en mettant des thermomètres sous les bras et le thermomètre qui indique la température la plus élevée, indique la fermeture de la hanche qui se met en place. Pour moi, même si la ceinture est une bonne chose d'une certaine façon, si la femme doit se lever avant qu'elle sente le besoin de se lever... Quand même, j'aurais privilégié le fait d'attendre le besoin physiologique qui indique à la femme quand elle est prête. Et ensuite, lorsqu'elle s'est levée, c'est-à-dire simplement le fait de s'asseoir, lorsqu'on s'assied, les hanches se fixent dans la position où elles sont. Si une hanche est revenue et pas l'autre, elles vont rester dissymétriques et ceci peut provoquer une prise de poids importante ou une fatigue constante.

SOPHIE FRIGNET :

On se rejoint tout à fait sur le fait que c'est elle qui sait. Dans toute l'approche, on est toujours à répéter ça. **C'est la femme qui sait dans quelle position elle doit accoucher.** Nous, on doit adapter la position en fonction de sa demande et on retrouve ça effectivement : **c'est elle qui sait quand elle doit se lever quand elle en a vraiment besoin.**

L'asymétrie, elle est variable selon les accouchements, selon la façon dont l'enfant est descendu dans le bassin avec plus ou moins d'asymétrie. Quand on fait un ceinturage, on peut ressentir chez certaines femmes une gêne plus d'un côté que de l'autre. Là encore il s'agit de, petit à petit, mettre en place dans notre pratique du mieux en mieux. Quand on repère des choses comme ça c'est de proposer un travail en ostéopathie pour rééquilibrer un bassin le plus rapidement possible, si c'est nécessaire. On en revient à un problème c'est qu'après pour trouver un ostéopathe qui puisse prendre ça en charge, ce n'est pas facile dans nos maternités parce qu'ils n'ont pas accès au plateau technique. Quand les femmes sont rentrées, c'est leur refaire faire des kilomètres en voiture pour aller consulter un professionnel. Je n'ai jamais rencontré de professionnel qui se

déplaçait à domicile pour prendre en charge les patientes. Mais effectivement on peut trouver des asymétries. C'est pas systématique non plus dans toutes les postures.

ANNIE :

Je m'appelle Annie, je suis étudiante sage-femme et je trouve ça très intéressant des problèmes de bassin. La ceinture je ne connaissais pas du tout. Je trouve que c'est super mais je voudrais revenir sur l'intervention de l'association Maman blues parce que je crois que l'atelier, c'était sur la prise en charge de la périnatalité et moi ce qui m'intéresserait c'est de... C'est très grave, très très grave qu'à l'heure actuelle il y ait encore des mamans qui soient délaissées à ce point-là. Même si c'est la seule, même si... Je trouve ça très grave. J'aimerais vraiment que tous les esprits qui sont là, parce qu'on est beaucoup, se réunissent et essaient de trouver une solution. Tout au moins de proposer des choses pour que ça change et pour que cette maman-là n'ait plus jamais... à intervenir sur ce site.

NADÈGE TEMPLE :

Pour revenir à cette maman, elle avait envoyé la photo de son bébé parce que elle pensait, elle est son bébé, elle pensait que tout se voyait dans cette photo et qu'on pouvait lire toute sa détresse. On ne peut pas dire que cette maman est restée chez elle dans la culpabilité et la honte. Elle a tout fait pour obtenir un rendez-vous. Je trouve ça assez incroyable qu'elle n'ait pas été... elle a été entendue, elle a été reçue, mais les professionnels n'ont pas certainement les moyens de... Il n'y a pas d'unité mère enfant dans la région où elle est. Donc ils ne pouvaient la recevoir. Ils ne pouvaient pas, les psychiatres, psychologues ont des agendas remplis. Ce n'est pas un rendez-vous à la maternité une fois par semaine qui peut suffire puisque la difficulté maternelle c'est au quotidien, c'est tous les jours et si vous avez une famille toxique, un conjoint toxique, ça se renforce. Si vous avez eu un accouchement dont vous ne vous remettez pas, ça va venir creuser même si le lien était là à la naissance, cela peut pousser une maman à démissionner. Cette maman-là, en plus il ne lui manque pas les mots. Elle met des mots ce qu'elle vit, sur sa difficulté. Il ne faut pas oublier que la plupart de celles qu'on reçoit, ce sont souvent des mamans qui n'ont rien dit pendant des mois, et encore celles qui viennent ce sont celles qui ont accès à Internet qui peuvent écrire un message, je pense à celle qui est complètement démunie et qui vit cette difficulté au quotidien sans trouver les mots. Après, on vient nous parler de la maltraitance infantile, il faut être vigilant, il faut regarder avant même maintenant que les femmes soient enceintes, il suffit qu'elles soient jeunes, seules, qu'elles habitent des quartiers défavorisés. A elles toutes seules, ce sont des profils à risques. Elles sont pas encore enceintes que déjà il faut les... alors on dit pas suspecter, mais il faut être vigilants.

JACQUELINE LAVILLONNIERE:

Je voudrais juste faire une petite proposition par rapport à ça. Simplement pour dire qu'effectivement, les femmes ont essentiellement besoin d'être – j'ai bien entendu la salle – elle a juste besoin d'une semaine de vacances pour être seule protégée... Juste pour vous dire j'ai organisé, ce n'est pas franchement le mot, j'essaie de trouver des ressources comme ça pour les femmes qui ont ce genre de difficultés dans ma région. Y compris celles qui ont accouché à domicile qui se retrouvent beaucoup trop seules après. Parce qu'évidemment je ne m'installe pas pendant une semaine chez elle. Je ne peux pas. Il existe des familles d'accueil dans toutes les régions. La plupart du temps, ils accueillent plutôt des enfants, mais plutôt que d'accueillir des enfants une fois que la mère a péché un plomb, ça serait beaucoup plus intelligent d'envoyer la mère et le petit se reposer pendant une semaine dans les suites de couches. Essayez de regarder autour de vous, ça existe, et ce n'est peut-être pas assez exploité.

NADÈGE TEMPLE

Nous on essaie de centraliser tous les renseignements parce qu'on a bien conscience que sur un plan national, c'est selon la motivation des professionnels qui vont créer des associations avec les parents. Mais sur le plan national, il y a une dizaine d'unités mère enfant. Ça fait à peu près 60 lits. Dont une bonne partie sont réservés, et ça se comprend, aux mamans qui avaient déjà des pathologies antérieures, schizophrénie, psychotique. Une maman qui vit une difficulté maternelle, déjà il y a beaucoup moins de places. Maintenant comme tout est sectorisé s'il n'y en a pas dans votre région, ce qui vous reste ce sont des antidépresseurs. C'est très bien les antidépresseurs mais...

SALLE :

C'était la question que je voulais poser. D'abord rendre hommage à Nadège pour ce qu'elle fait. J'ai entendu ton émission à la radio, ce que tu fais pour ces femmes. Sinon dans notre région localement, il n'y a pas de centre mère enfant. Prioritairement qu'est-ce qu'on peut conseiller ? Est-ce que c'est plutôt un psychiatre, un psychologue, un pédo psy ? Est-ce que tu as un répertoire ?

NADÈGE TEMPLE :

Nous on essaie de glaner le maximum de renseignements. A chaque fois, quand on a une adresse on n'en a pas beaucoup. C'est-à-dire qu'on a tous les professionnels, la société Marcé tous les personnes qui ont fait une formation maternelle des professionnels, certaines associations par exemple l'association le passage dans le 95 qui ont fait un truc un peu comme les maisons verts c'est-à-dire que les parents, ça peut être aussi le papa qui a des difficultés, peuvent venir passer une journée avec les infirmières, les puéricultrices mais c'est du bénévolat. Ils ont du mal à trouver des locaux.. Tout ça si vous voulez ça dépend de la bonne volonté des professionnels et des parents. C'est un peu parsemé.

SALLE/ OSTÉOPATHE :

Je voulais juste rebondir par rapport à l'ostéopathie. Parce que je suis ostéopathe. J'interviens en maternité. J'ai accès au plateau technique. Donc c'est un grand luxe. Mais c'est faisable. Il ne faut pas hésiter. Il y a beaucoup d'ostéopathes qui rentrent dans les maternités maintenant. De plus en plus. Très compétents. Il ne faut pas hésiter aussi à dire aux mamans qui sont suivies par des ostéopathes qu'elles peuvent les appeler, qu'ils se déplacent en maternité. Légalement c'est possible aussi.

SALLE :

Je voulais dire par rapport à comment on peut appeler. Vous avez cité la maternologie. L'équipe de Saint Cyr a toute une liste, dans presque tous les départements, des personnes qui ont fait la formation et...

NADÈGE TEMPLE :

Ils me l'ont communiqué très gentiment. Parce que je suis souvent en relation avec eux. Il m'est arrivé d'appeler certains professionnels. Il y avait des professionnels, ça faisait quelques années qu'ils avaient la formation materno, ils n'avaient pas enseigné à leur niveau. Je sais que vous localement vous avez fait quelque chose mais... On les appelle et ils disent : « oui je veux bien le recevoir, je pense à un gynécologue sur Marseille, mais vous savez cela fait 9 ans que j'ai fait le

dernier truc à Royaumont. Mais je veux bien recevoir cette maman. C'est une maman dans une grande détresse. Et sa psychiatre ne voulait rien entendre.» Elle lui avait juste dit « arrêtez d'allaiter, prenez des antidépresseurs » Ce qui a précipité l'effondrement et c'est la materno par téléphone qui a fait un soutien à 800 km.

SALLE:

Donc la materno a fait un soutien. Il y a les puéricultrices de PMI, elles font du très bon travail. Elles sont sur le tas et elles sont en réseau. Elles savent... Enfin je veux dire je suis très étonnée de la situation que vous avez racontée, parce que – je vais avoir du mauvais esprit – mais je pense que cette personne elle est tellement mal qu'elle pouvait même pas accueillir les propositions qu'on lui donnait. Parce que vraiment les puéricultrices de PMI elles se mettent en 4, même celles que moi je n'aime pas, mais je vois bien qu'elles font du bon travail avec les mamans. Quelquefois on va tellement mal qu'on ne peut que voir le mal et on ne peut voir la main qu'on a sous le nez...

NADÈGE :

Tout à fait. La difficulté maternelle, ça... On ne va pas naturellement spontanément demander de l'aide. C'est une maladie du silence.

SALLE:

C'est pas ça que j'ai voulu dire. J'ai voulu dire que quelque fois on va tellement mal qu'on ne peut pas voir la main qu'on a sous le nez qui est là parce qu'on est dans un processus terrible. Alors effectivement on est obligé d'appeler quelqu'un loin parce qu'on n'est pas en mesure, c'est notre pathologie, de voir ce qui... Et pour moi pathologie c'est pas un mot négatif. Moi j'ai des pathologies, je pense que vous en avez aussi. Ce n'est pas un mot négatif, pathologie. D'autre part, je suis arrivée en retard pour des raisons... J'aurais voulu savoir si vous avez parlé de la multiplication des rééducations entre guillemets avec des sondes électriques pour retrouver son sexe de femme après la maternité.

SOPHIE FRIGNET

On n'a pas abordé dans les propositions mais c'est vrai que l'idée c'est de faire une autre rééducation que cette rééducation à 6 semaines avec les sondes et de la faire surtout une fois que c'est trop tard. Parce que dans les 6 semaines qui ont suivi l'accouchement il s'est passé énormément de choses et que c'est un travail de reprise du conscient du corps, de confiance dans son corps qu'il faut proposer aux mamans. En ce sens, c'est là où ça rejoint l'aspect physique des choses, rejoint l'aspect psychologique, c'est-à-dire qu'une femme qui va s'en sortir bien dans son corps, écouté dans son corps va forcément avoir un autre regard, va être mieux dans sa tête.

ANNE DUSART

Je voudrais attirer l'attention sur quelque chose qui me préoccupe actuellement et qui peut concerner tout particulièrement les femmes en détresse, au moment d'une grossesse ou d'une naissance. C'est le fait — je crois qu'on a été assez nombreuses à souhaiter qu'il y ait cet entretien du 4^e mois – cet entretien approfondi au moment où le rapport Bréart a été créé parce que, en particulier, on s'est dit : ça va être l'espace de travailler un projet de naissance d'aller plus loin dans l'ouverture du possible, la sortie du discours unique, etc.

Et puis progressivement dans le rapport officiel on a vu comment cet entretien du quatrième s'est progressivement en outil de détection des femmes potentiellement maltraitantes. L'idée de quelque chose qu'on espérait beaucoup avoir... Je pense que c'est tout à fait important effectivement de faire un travail de prévention à l'égard des femmes en détresse, donc éventuellement de celles qui deviennent maltraitantes... Mais j'ai l'impression à lire un certain nombre de textes et en particulier le projet de loi Philippe Bass concernant la réforme de la protection de l'enfance **qu'on est complètement en train de confondre le problème de la prévention et le problème de la détection, le dépistage**. C'est-à-dire que là on va se mettre avec des tas de grilles à identifier les femmes potentiellement maltraitantes avec certains critères ; et la loi va obliger le professionnel par exemple la sage-femme de PMI qui fait cet entretien à répercuter sur une cellule de signalement départementale les informations préoccupantes. Ce n'est plus l'enfant maltraité, ou l'enfant à risque de maltraitance c'est l'information préoccupante. Le champ est large !

Et la préoccupation ça peut être de se dire : qu'est-ce que une femme pourra confier au cours de cet entretien du quatrième mois à la sage-femme de PMI, puisqu'on offre un espace d'échange et de devenir justement, des inquiétudes, des doutes, une solitude, une détresse ? On va confier quelque chose... Si cette sage-femme est obligée de répercuter l'information dans le cadre du secret partagé à la cellule de signalement, j'ai peur que la femme elle soit complètement flouée, là. C'est-à-dire que, elle dit quelque chose, elle confie une détresse et elle se rend compte après que l'inform... elle se rend compte, oui, quelque chose de l'ordre d'un flicage, d'un contrôle social...

La sage-femme est complètement ligotée aussi parce que sa possibilité de venir en aide dépendait justement du faire confiance. Dès lors que cette obligation de transmission de l'information existe, il y a un délitement de la relation de confiance qui a été instauré. Moi j'ai peur qu'il y ait un marché de dupes là-dedans où l'on a fait croire que c'était une progression pour les femmes, et on est en train de ... Comme en plus, le discours du secret partagé après se greffe sur le projet de loi Sarkozy sur la prévention de la délinquance, je trouve que c'est grave. Il y a des choses plus graves qui sont en train de se jouer, je pense dès la naissance.

JACQUELINE PATUREAU

Juste rapidement : je suis Jacqueline Patureau, je suis à la Direction générale de la santé et j'ai en charge la mise en œuvre de l'entretien du quatrième mois. Je crains que vous ne fassiez trop d'amalgame, Madame Dusart, parce que nous avons beaucoup travaillé sur la mise en œuvre de cet entretien, et c'est effectivement un espace de dialogue dont le but est de donner confiance à la femme enceinte et au couple dans le système de santé. Par ailleurs, nous avons demandé à la HAS de faire des recommandations sur la préparation à la naissance dans l'entretien du quatrième mois ; parce que, je suis désolée, jusqu'à présent, on ne savait pas très bien ce que contenait la préparation à la naissance. Donc on avait besoin quand même de donner un certain nombre d'objectifs et de repères aux professionnels. Et par ailleurs comme il ne s'agit pas que de faire des grilles de dépistage qui sont dangereuses nous avons aussi demandé à ce que le travail de ?? qui est piloté par madame Molénat permette de développer un savoir-faire parce qu'il s'agit pas d'avoir une grille et de la présenter immédiatement à la femme, c'est tout un... savoir ses attentes, connaître ses attentes. Donc je ne peux pas laisser passer les amalgames que vous faites. Le 12 octobre à Orléans il y a une journée gratuite organisée par la Dras pour la région centre. Ceux qui veulent peuvent venir et j'ai un papier avec l'adresse ...

Suite du débat :

<http://www.quellenaisancedemain.info/images/stories/transcriptions/10-prise-en-charge-debat.pdf>