

PLAIDOYER POUR UNE BIEN-TRAITANCE OBSTÉTRICALE

De la " *sécurité* " au " *bien-être* "

Paul Cesbron

Obstétricien, hôpital de Creil.

Résumé :

Se peut-il que nos gestes attendus pour prévenir, guérir et en toutes circonstances soulager, apaiser, se transforment en leurs contraires ? Aux souffrances d'une mère, d'un couple, en proie au doute ou à la crainte du malheur, les professionnels de la naissance peuvent-ils ajouter une « maltraitance » ?

L'observation de nos consultations, des plus simples aux plus spécialisées, incite à l'interrogation. Incompréhension, défiance, hostilité parfois s'infiltrent insidieusement dans les lieux d'accueil du nouveau-né et de ses parents. L'impuissance, nécessairement teintée de fatalisme, face aux drames d'hier, fait place aujourd'hui au triomphalisme, père de la suffisance et inclinant peu au respect de l'autre. Nos prétentions normatives, ou du moins celles des sociétés auxquelles nous participons souvent activement, sans esprit critique, ne laissent que peu de place à l'incalculable et fondatrice intimité de l'enfant futur et de ses procréateurs.

A la hantise sécuritaire, maltraitante par la défiance qu'elle génère, il nous faut, en toutes circonstances, laisser place à l'infini respect dû au lien créateur d'humanité, de générosité et d'aptitude qui unit la mère et son petit.

Il n'est apparemment guère concevable d'envisager la « maltraitance obstétricale », autrement que comme une forme gravement dévoyée, sûrement marginale et en définitive délictueuse de notre pratique. L'attention extrême et le respect de ces deux vies entremêlées lors d'une naissance sont à l'origine de la légitimité à notre présence. Non tant par l'importance de l'événement, pour le nouveau-né, sa famille ou la communauté qui l'accueille, que par les accidents possibles dans le déroulement de cette naissance. Les femmes, en premier sans doute, et les sociétés humaines ont réclamé cette aide. Un corps professionnel spécialisé et longuement formé par l'expérience et la théorisation de celle-ci s'est mis en place depuis près de trois siècles, pour assurer à chaque femme d'abord, puis à chaque enfant, les meilleures conditions de la naissance.

Peut-on imaginer alors, le dévoiement possible d'un objectif aussi clairement affirmé ? Sans doute, et ce n'est pas le propre de notre pratique ! Toute institution produit ses scléroses, privilèges, logiques de pouvoir, qui l'écartent progressivement de sa finalité et altèrent ses propres membres. Notre profession n'échappe pas à ces dangers. D'autant que notre pratique elle-même s'est modifiée, par les effets de l'histoire. Mieux vaut alors regarder avec lucidité les glissements, dérives et les risques bien réels de pratiques obstétricales « maltraitantes ».

UNE CURIEUSE ET DOULOUREUSE HISTOIRE :

De Louise BOURGEOIS à Marguerite Du COUDRAY... d'Ambroise PARE à Jean-Louis BAUDELOCQUE, à Dublin, Vienne ou Montpellier, des femmes et des hommes vont mobiliser énergie et savoir pour affronter et prévenir parfois, ces accidents tragiques de la grossesse et de l'accouchement. Dramas qui transforment un événement heureux (ou malheureux pourquoi le taire) fondateur d'humanité, en son mortel contraire.

Il s'agissait bien alors de cela. Le reste, aussi important soit-il : maîtrise de la démographie, contrôle des femmes, de leur corps, de leur destin, toujours perçu comme menaçant par la plupart des sociétés humaines, largement dominées par les hommes, n'étant sans doute que secondaire. Faut-il rappeler l'horreur d'une dystocie mécanique non efficacement traitée, les jours d'intolérables supplices subis par la femme et son enfant. Apparus comme inacceptables en Europe aux alentours de la Renaissance, ils ont entraîné l'exigence de la présence du chirurgien, professionnel de la pathologie, afin d'apporter une solution thérapeutique à ces drames. Après les différents crochets, leviers du 16^e, 17^e, 18^e siècles vinrent les forceps utilisés au-dessus du détroit supérieur dans des conditions mécaniques plus que périlleuses pour la mère et l'enfant. Version par manœuvres internes, symphyséotomie, césarienne, rivalisèrent alors pour tenter d'extraire du ventre des mères ces fœtus trop gros ou mal orientés. Ecoles anglaises, françaises, allemandes... s'affrontèrent dans d'invraisemblables querelles, d'autant plus violentes qu'elles laissaient souvent sans réponse les questions posées par la pathologie obstétricale. Cependant, si les progrès ne sont guère mesurables, la volonté d'une approche scientifique s'impose au 18^e siècle. La matrone, accompagnatrice de la parturiente, fait place à une sage-femme formée dans différents instituts spécialisés d'où émergent des professionnelles prestigieuses qui vont désormais théoriser leurs pratiques.

Les écrits et l'enseignement de Catherine SCHRADER, Marie-Louise LACHAPELLE, Marianne BOIVIN, font autorité. Quelques chirurgiens vont simultanément se consacrer à l'obstétrique et tenter de faire face aux durs et mortels obstacles de la mise au monde des petits humains. Les efforts portent sur la connaissance de l'anatomie pelvienne, l'épidémiologie obstétricale, auxquelles s'associe une recherche sur les conditions d'extraction fœtale. Défenseurs du forceps, de la césarienne, du déclenchement avant le terme, échantent, polémiquent, collaborent aussi dans l'Europe bouillonnante du 19^e siècle. L'instrumentalisme ne

fait d'ailleurs pas l'unanimité dès cette époque. D'autres périls - combien plus grands - pèsent sur les maternités des grandes villes malades de surpopulation et de misère sociale. 10 à 20 % des mères meurent alors dans les établissements publics. L'ère des infections nosocomiales est ouverte. Les réponses préventives seront apportées. L'asepsie s'imposera tant bien que mal, faisant très vite place à un hygiénisme triomphant, père d'un eugénisme proclamé et très largement défendu au cours de toute la première moitié du 20^e siècle.

Plus récemment, les progrès sanitaires et sociaux et l'accès à la maternité librement choisie vont bouleverser, profondément et durablement, les conditions de la naissance. L'enfant naît unique et désiré, d'une femme qui l'a souhaité, consciente de ses propres ambiguïtés, des contradictions de son compagnon et de la paradoxale fragilité de leur union. Sages-femmes et médecins le considèrent clairement comme un patient, « leur » patient même, et ce statut nouveau est source de nouvelles interrogations.

L'intimité, nécessaire au lent et secret tissage des liens humanisants entre l'embryon puis le fœtus, sa mère, et son père aussi n'est-elle pas menacée par ce nouveau regard ? Les femmes et hommes, pères et mères futurs, se préparent aujourd'hui à une naissance. Emus certes, mais aussi décidés à la réussir, à donner vie à une personne nouvelle, singulière, prodigieuse, non par ses capacités intellectuelles ou physiques futures mais par cette extraordinaire aptitude à la création. Bien au-delà de l'innovation génétique, tout nouveau-né réalise le vœu ancestral pour l'humanité de dépassement, de prolongation d'elle-même, d'immortalité, d'affranchissement des contraintes mortelles de l'espace et du temps. Parents libérés de mille contraintes imposées à leurs propres géniteurs, professionnels savants et disposant d'outils thérapeutiques d'une réelle efficacité, bébé futur bénéficiant d'une attention précise de tous les instants, toutes ces conditions forment notre environnement. Et l'histoire nous enseigne un « déplacement » des peurs et des exigences face à la naissance. De la peur de mourir, ou de voir mourir son enfant, à la peur de

l'anomalie; de l'exigence de survie à l'exigence de qualité...Le lieu de la maltraitance s'en trouve lui aussi modifié.

QUELLES MENACES PESENT SUR LA MERE ET SON ENFANT ?

Suivons le cours de la grossesse :

* Laissons de côté l'angoisse, l'ambivalence, le malheur attaché parfois à l'histoire même du couple ou de la conception, générant à n'en pas douter de la souffrance dans la conscience de la mère et du père futur. Celle-ci n'est pas sans menacer la qualité du tissu relationnel qui se met en place avec leur petit. De telles conditions se traduisent souvent par des manifestations somatiques diverses et doivent être entendues et surtout comprises par le soignant responsable . Certaines réponses médicales à ces souffrances peuvent être inadaptées, aggravant l'angoisse ou la fixant par le jeu d'un harcèlement investigateur en définitive « maltraitant ».

Ce dont il est surtout question dans cette réflexion sur la maltraitance à fœtus, c'est la part inutile, ou en tout cas réductible, qui nous revient dans la souffrance parfois infligée à l'enfant et à ses parents. L'infini respect dû à l'enfant doit être la boussole de tous nos choix, nos gestes et nos options thérapeutiques. Et ce respect n'est réel, pratique et efficient, que s'il est respect de la vie, du bien-être et surtout du lien fondateur qui humanise ce petit.

*Notre dispositif de surveillance de la grossesse est-il adapté à ces objectifs ? De l'accompagnement à la surveillance, il y a ce fossé qui sépare la sympathie de la maltraitance. On surveille une hypertension artérielle, des urines, des sérologies parce qu'elles menacent la santé d'une femme, on ne surveille pas une relation qui se crée ! C'est d'écoute, d'attention, de sérénité si possible, de confiance toujours, qu'ont besoin les parents. Toute maltraitance a pour origine la défiance, autrement dit la peur.

Transformer une grossesse en une circonstance potentiellement marquée par les risques du malheur pour la vie de la mère ou celle de son futur enfant, c'est mettre en garde la femme contre elle-même et son petit. C'est la disqualifier ! Les mères nous rappellent le plus souvent que ce fœtus est un bébé qu'elles connaissent mieux que nous, qui n'est ni normalisable, ni réductible à sa morphologie ou à son génome. Il est fruit du désir, creuset et source de l'humanité, nos attitudes médicales ne relèvent-elles pas alors parfois de l'inquisition plus que du respect, de la défiance à l'égard des couples et du fœtus lui-même, vécus comme menaçants en raison des risques médico-légaux qu'ils nous font courir ?

*Le diagnostic prénatal imposé plus que proposé ne constitue-t-il pas une intrusion menaçante pour cette intimité ? Enfant parfait dit-on, mais chaque mère, chaque père sait bien qu'il s'agit-là d'un leurre et il nous revient à nous médecins en particulier, de faire preuve d'une plus grande modestie envers ce futur enfant dont nos sondes échographiques ne parviendront jamais – et c'est heureux – à percer les mystères.

*Souvent, nos attitudes préventives, nos discours médicaux apparaissent contradictoires voire incohérents . Les régimes alimentaires, suppléments proposés, activités autorisées, les modes de préparation à l'accouchement changent d'un endroit à l'autre. L'accouchement peut rester une menace, par les aléas de sa prise en charge et les doutes entretenus quant à la qualité des soins dans certains services. Ce sentiment de menace est accentué par la hiérarchisation de la prise en charge de la grossesse perçue comme une déqualification officielle des unités hospitalières de niveau I ou même II.

* Les risques liés à l'atteinte de l'intégrité anatomique de la future mère ne paraissent pas maîtrisés. Depuis deux siècles, l'épisiotomie s'est largement répandue, voire a été imposée en Europe et en Amérique du Nord. Or, depuis maintenant plus de 10 ans, son intérêt est très largement remis en cause à la suite de travaux dont les conclusions sont d'ailleurs le plus souvent

partagées. Malgré cela, cette pratique semble relever du rituel initiatique, et continue à être largement répandue dans les maternités européennes. Pour maintenir le doute sur la capacité des femmes à mettre au monde leurs enfants, ne voit-on pas apparaître dans la littérature professionnelle et " grand public " des informations faisant état de la très grande fréquence des lésions définitives musculo-sphinctériennes survenant après les accouchements ? Quant au bébé, pourtant très fortement investi, son statut de patient désormais largement reconnu en fait un objet de soins qui peut malmener les liens ténus qui se tissent à chaque instant avec ses parents.

C'est incontestable, il peut exister une forme moderne de maltraitance à fœtus appelant pour le moins, une écoute des soignants, qui, même s'ils ne sont pas les seuls, en portent une part de responsabilité.

OBSTETRICIENS : QUELLE EST NOTRE PLACE ?

Que la souffrance soit liée ou non à une pathologie précisément identifiée, notre attitude à l'égard des mères, des couples et du futur enfant doit toujours être guidée par le respect des liens qui s'édifient entre ces trois acteurs principaux.

Gynécologues obstétriciens, sommes-nous aujourd'hui ceux qui entendent le mieux cette souffrance ? Quel est notre rôle dans cette grande aventure ? Professionnels de la pathologie comme tout médecin, notre culture, notre fonction et l'histoire de notre spécialité sont très fortement marquées par la prise en charge des grandes dystocies, faites des plus grandes violences et de leur réponse instrumentale le plus souvent également d'une extrême agressivité. Notre formation n'était pas jusque là celle de l'accompagnement de la grossesse mais de la détection et du traitement de ces pathologies. Attitude curative ou préventive, elle s'inscrit davantage dans la recherche des signes précurseurs, des circonstances favorisantes et des marqueurs que dans la confiance dans l'autre, dans ses qualités et ses compétences, et plus

simplement sa liberté, son intelligence et son cœur. Sa capacité à créer des liens. Notre démarche préventive est basée à bien des égards sur la suspicion, pour des raisons méthodologiques tout à fait compréhensibles, mais qui n'en restent pas moins, dans le cadre de la grossesse, parfois menaçantes.

En effet, la grossesse - et nous ne cessons de le répéter, de l'écrire dans nos manuels et textes divers - non seulement n'est pas principalement un état pathologique, mais elle est d'abord et très essentiellement féconde, explosion de vie, de vie humaine et de transformation... ce qui d'ailleurs n'implique pas automatiquement le bonheur.

Et si la grossesse, par de multiples mécanismes, peut produire de la pathologie, aggraver une pathologie préexistante ou menacer la vie d'un enfant, elle reste toujours productrice d'humanité et de liens.

L'obstétricien a non seulement cette culture de la pathologie, de son dépistage, mais cette recherche de l'objectivité du signe s'oppose à tout subjectivisme. A ce titre, n'étant pas formé, il craint l'interposition, dans son approche objective et clinique de la pathologie, de sa propre subjectivité et des interférences affectives inconscientes ou conscientes qui pourraient gêner sa démarche thérapeutique. Aussi, face à la souffrance de la mère ressentie, entendue et s'exprimant par mille symptômes d'ordre plus somatique qu'ouvertement psychique, nos réponses s'inscrivent-elles souvent dans cette diversion biologique perçue parfois comme nécessaire tant par le couple que par le médecin.

D'ailleurs, l'obstétricien a souvent assez clairement conscience de ne posséder ni la culture, ni les compétences, ni le temps pour entendre cette souffrance. Très occupé, il se vit principalement comme organisateur de soins, dirigeant d'une équipe, réservant ses compétences médicales proprement dites à des tâches très strictement techniques.

Alors comment prévenir nos propres dérives instrumentalistes et maltraitantes, rappelées voilà déjà deux siècles par Jean-Louis BAUDELOCQUE en 1782 à l'Académie de Médecine, à la suite de la communication d'un chirurgien ayant employé sans raison le forceps pour accoucher une femme de jumeaux : " des exemples semblables ne sont malheureusement que trop ordinaires et, nous le dirons, à la honte de la plupart de ceux qui cultivent l'art d'accoucher, la terre recouvre tous les ans une infinité de femmes victimes de leur confiance et qui, abandonnées à elle-mêmes, se seraient délivrées très heureusement » ? Notons cependant que le désintéret teinté de fatalisme, dans les circonstances nécessitant impérativement l'intervention du médecin, serait tout aussi dangereux.

LA SAGE-FEMME : REFERENTE DE TOUTE GROSSESSE

C'est sans doute en définitive à la sage-femme que revient le rôle essentiel de référente de la grossesse, accompagnatrice permanente et attentive. Elle a acquis ses compétences durant l'histoire multiséculaire de sa profession, associées désormais à une formation théorique et pratique de haut niveau qui la rend apte à distinguer à tout moment ce qui relève ou non d'une prise en charge strictement médicalisée.

C'est elle aussi qui informera, éclairera et proposera la possibilité du recours au diagnostic prénatal à toute femme bien sûr, et plus particulièrement à celles qui se sentent les plus menacées. Et puis, le jour de la mise au monde, de la naissance, de l'accueil de ce petit par ses parents, c'est toujours elle qui accompagnera le couple dans cette étape si particulière. C'est elle qui accompagnera par sa présence, ses gestes, sa tendresse, sa capacité d'écoute, de recueillement et de respect des silences, ce long travail. L'obstétricien est là pourtant, prêt à intervenir à tout moment si la situation le nécessite, dans le respect permanent des rapports affectifs mis en place et qui lui permettront cette discrétion, l'effacement nécessaire lors de l'arrivée de l'enfant, laissant l'accueil à ses parents, aidés s'il le faut de la sage-femme.

Ni impuissants, ni tout-puissants, la sage-femme et l'obstétricien, quoi qu'ils en pensent, sont faits pour travailler ensemble. Nécessaires, indispensables l'un à l'autre pour assurer à cet enfant l'accueil qui lui est dû. Mariage d'amour et de raison, cette union constitue le remède à notre propre maltraitance professionnelle. Encore nous faut-il garder l'intelligence et le cœur suffisamment en éveil. Il est aussi des complicités dangereuses !

DE LA SECURITE AU BIEN ÊTRE

L'obsession sécuritaire est pathogène et douloureusement confondue avec la recherche du bien ou du mieux être. Elle s'alimente aux sources empoisonnées des peurs, hantises et cauchemars médico-légaux. De la grossesse comme menace de pathologie, souffrance et mort, on en vient très vite à la défiance à l'égard de la femme, très ancienne et fort répandue par ailleurs, de son enfant, de cette mystérieuse relation fondatrice, de son compagnon. Ainsi, de proche en proche, une sourde hostilité s'installe dans nos salles de naissance ne préservant que les apparences et distillant la maltraitance dans toutes les relations et bientôt tous les gestes. Elle contamine également les relations interprofessionnelles, substituant les rapports de force à la collégialité et la subordination à la collaboration.

Rétablir la confiance et le respect dans une maternité constitue la meilleure garantie de la bientraitance professionnelle. Confiance dans cette femme et son compagnon, donneurs de vie, créateurs d'humanité, ils sont nos indispensables médiateurs et eux seuls peuvent nous autoriser à établir cette relation médicale aujourd'hui perçue comme nécessaire avec leur petit. Confiance dans la qualité même de ce mystérieux dialogue vital entre lui et ses parents. Et puis, mais alors seulement, parce qu'elle trouve sa source dans la précédente, confiance dans l'équipe soignante et sa capacité à produire l'écoute, le respect et parfois les gestes nécessaires, précis, adaptés, ni intempestifs ni précipités, ni violents bien sûr. Cette aptitude à s'entraider, à redresser la barre

quand il le faut, à soutenir et parfois prendre la place de celui qui pour mille raisons défaille, n'est-elle pas le meilleur remède à l'erreur et son avatar la maltraitance ?

AINSI PEUT-ON FORMULER QUELQUES PROPOSITIONS

*Soignants, ne nous dissimulons pas notre malaise, notre souffrance même, face aux souffrances périnatales de la mère, du couple et de l'enfant. Lucides, nous pourrions ainsi mieux faire face à des situations qui nécessitent un extrême respect de l'autre et sont incompatibles avec des diversions investigatrices, instrumentales ou médicamenteuses, quand ça n'est pas l'oubli ou même la négligence.

*Le médecin n'est pas un psychologue, l'obstétricien est un médecin de la pathologie de la grossesse et de l'accouchement. Il a à sa disposition deux éléments de réponse essentiels dans sa confrontation à la souffrance périnatale.

Le premier fait simplement appel à son humanité, sa générosité, sa sympathie et tout médecin y est apte. Il consiste à se donner pour objectif permanent, conscient, principal, la préservation de la qualité du lien entre la mère et son petit. Combattant avec compétence la pathologie, mais se fixant pour but quoi qu'il arrive, quelle que soit la gravité des menaces qui pèsent sur les vies de la mère et de l'enfant, le respect de cette relation. Il y sera d'autant mieux aidé qu'il saura s'appuyer sur l'intelligence et le cœur des acteurs principaux de ce drame.

*Plus une mère souffre, plus elle a besoin d'écoute, de recueillement, de sympathie.

Les souffrances souvent exprimées par la douleur somatique n'ont pas pour réponse première et principale le médicament, quelle qu'en soit la voie d'administration, péridurale comprise, mais l'attention respectueuse au drame de l'autre.

*A ce titre, l'écoute doit s'inscrire dans la continuité de l'aventure de la grossesse et de la naissance de l'enfant, et nécessite cette soignante de référence, permanente et proche de la

femme en raison de son histoire et de sa féminité. Elle constitue l'autre élément essentiel au médecin pour remplir correctement sa fonction de thérapeute.

*Enfin, ne faisons pas de la naissance un spectacle. Il s'agit quelles qu'en soient les circonstances de l'arrivée parmi nous, de la mise au monde d'une personne nouvelle et infiniment respectable. Cela ne relève ni de la prouesse technique, ni de l'exploit professionnel, mais bien plutôt de l'extrême discrétion et dès que possible de l'effacement.

*Parfois, ce bébé est malade, il souffre, il a alors, plus que tout autre, besoin de ses parents. Tout retrait, toute exclusion ne fait qu'accroître cette souffrance inacceptable et nos dispositifs d'accueil des enfants malades nécessitant des soins immédiats doivent principalement tenir compte de cette exigence.

*En cas d'extraction, quel qu'en soit le mode, il est plus nécessaire qu'en toute autre circonstance que père et mère soient là pour toucher, entendre, caresser cet enfant dès sa venue. S'il doit être réanimé, peut-être faut-il inviter, et de façon pressante, son père à rester proche, très proche de son enfant.

Ainsi, les souffrances de la périnatalité, écoutées, identifiées, accompagnées et traitées n'entraîneront-elles pas inéluctablement la mise en cause du lien fondateur et ne s'opposeront-elles pas à l'accueil émerveillé du nouveau-né quelle que soit la gravité des éventuelles pathologies ?

UN PATIENT DEVENU PERSONNE

Et puis, pour nous soignants, ce fœtus dont la mère nous a appris qu'il était un bébé, une personne, et dont nous faisons chaque jour un peu plus un patient, si nous lui avons imposé ce statut périlleux, à bien des égards redoutable par l'intrusion qu'il entraîne dans l'intimité de la relation mère-enfant, n'a-t-il pas acquis de ce fait cette dignité propre à toute personne humaine, nous imposant ainsi respect et bienveillance ?

Références bibliographiques :

- *NAISSANCES, l'accouchement avant l'âge de la clinique.* Mireille LAGET. 1982 Le Seuil.
- *LA FEMME ET LES MEDECINS,* Yvonne KNIBIEHLER- Catherine FOUQUET. 1983 Hachette.
- *L'ARBRE ET LE FRUIT,* Jacques GELIS. 1984 Fayard.
- *LA SAGE-FEMME ET LE MEDECIN ,* Jacques GELIS. 1988 Fayard.
- *NAITRE A L'HOPITAL AU 19^e SIECLE,* Scarlett BEAUVALET-BOUTOUYRIE, 1999 Belin.
- *SIGNES DE SOUFFRANCE EN PERINATALITE ,* Christian ROBINEAU, 2000 ERES.
- *HISTOIRE DE L'EUGENISME EN FRANCE,* Anne CAROL, 1995 Seuil.