

Une approche non médicalisée de la grossesse

The non medical approach to pregnancy

B. Dohmen

Maternité et Service de Néonatalogie, C.H.I.R.E.C., Clinique Edith Cavell

RESUME

La médecine et la psychologie sont deux disciplines différentes mais très complémentaires.

Elles s'adressent aux mêmes individus, voire aux mêmes symptômes, avec des abords très différents. L'une se réfère à une démarche scientifique, si possible objectivable, l'autre se réfère au vécu subjectif d'un individu spécifique. Elles se rejoignent dans la prise en compte de l'individu comme personne.

L'abord non médicalisé de la grossesse consiste à la fois en la prise en compte des vécus psychologiques stimulés par le désir d'enfant, la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, et en la prise en compte des besoins psychoaffectifs de la triade : mère, père et bébé. Sont abordés dans cet article, de façon succincte, le vécu psychologique de la grossesse chez la mère et la vie psychique du bébé in utero.

L'auteur parle ensuite de la préparation affective à la naissance dans ses trois aspects : les jeux relationnels avec le bébé in utero, la préparation psychoaffective à l'accouchement et l'accompagnement affectif du bébé par le jeu.

Rev Med Brux 2008 ; 29 : 351-4

ABSTRACT

Medicine and psychology are two different but, at the same time, complementary disciplines. Each addresses the same persons, even the same symptoms, but with very different approaches. Medicine uses a scientific processes which, when possible, is objective. Psychology relies on the subjective personal experience of the person. They rejoin in that each takes the person into consideration with his individual sensitivity.

The non medical manner of approaching pregnancy consists of taking into consideration at the same time the psychological experiences stimulated by the desire to have a child, the pregnancy, the birth, the post-partum in conjunction with the psychological affective need of the trio : mother, father and baby.

This article considers, in a succinct manner, the mother's psychological experience of pregnancy and the psychological life of the baby in uterus. Next the author discusses Loving Preparation for Birth in its three aspects : relational games with the baby in uterus, psychological-affective preparation for labor and delivery, and the loving accompaniment of the baby by games after birth.

Rev Med Brux 2008 ; 29 : 351-4

Key words : psychological experience of birth, relation with the baby in uterus, parent and baby relation pre- and post-partum, loving preparation for birth

L'approche médicalisée de la grossesse s'est fortement développée ces dernières années apportant ses progrès bienfaits mais aussi parfois ses dérives (exemple : césariennes de convenance). Le progrès suivant sera peut-être l'intégration de la psychologie dans la démarche médicale.

La collaboration entre psychologues et médecins est à la fois stimulante et enrichissante. En effet, la médecine et la psychologie sont deux démarches très

complémentaires parce que différentes. En caricaturant, on pourrait dire que la médecine se situe du côté du " masculin " et la psychologie du côté du " féminin ". Qu'est-ce à dire ? " *Le fait d'être du côté du masculin et du féminin n'est lié ni au sexe ni à la fonction, mais correspond à une manière d'être qui s'inscrit au niveau du discours et des pratiques* "1.

La médecine s'appuie sur des connaissances validées scientifiquement. Elle essaye d'aller vers le

généralisable (les protocoles, les études statistiques, les réponses standardisées, etc.). Elle s'adresse à la pathologie en essayant de l'éradiquer par des moyens extérieurs à l'individu (médicaments ou autres). La plupart du temps, elle cherche à répondre à la demande du patient en agissant d'une façon ou d'une autre pour éradiquer la cause du problème.

La psychologie clinique travaille sur le singulier et le subjectif (l'expérience unique d'un individu particulier). Elle s'adresse à l'individu sain ou malade sans chercher à le guérir. Les difficultés, les épreuves, les blessures font partie de la vie. Elles ne sont pas à supprimer à tout prix mais à accompagner. Son objectif est d'aider l'individu à développer son potentiel à y faire face. Pour ce faire, elle adoptera une position davantage passive, cherchera à comprendre le sens de ce qui se passe plutôt que d'agir ou de répondre à la demande.

Le fait qu'il puisse y avoir un substrat organique au symptôme n'est pas son propos parce qu'elle ne vise que le vécu subjectif de celui-ci et sa place dans l'organisation psychique du sujet.

Il s'agit de deux points de vue différents sur le même paysage qui mettront en relief des aspects différents, mais nécessairement imbriqués, de celui-ci.

Ne seront abordés que trois aspects de l'abord non médical de la naissance : le vécu psychique de la future mère, le vécu psychique du bébé à naître et la préparation affective à la naissance.

LE VECU PSYCHIQUE DE LA FUTURE MERE

La grossesse (surtout la première) est une période de crise sur le plan psychologique. C'est une crise maturative tout comme la crise d'adolescence qui favorise la sortie de la dépendance. Cette crise de la maternité, comme l'a appelée le psychanalyste Racamier, provoque un bouleversement psychique profond de façon à restructurer le fonctionnement psychique pour être capable de se vivre parent. Ce qui la caractérise, c'est la " transparence psychique ", perméabilité entre le conscient et l'inconscient, qui ramène à la surface les sensations et émotions refoulées de la petite enfance. Ses manifestations les plus évidentes sont la labilité émotionnelle de la femme enceinte, des angoisses souvent envahissantes et l'abondance de rêves parfois cauchemardesques. Cette crise peut être très manifeste ou fonctionner à bas-bruit. Elle s'accompagne souvent de culpabilité, la femme ne comprenant pas pourquoi elle se sent mal alors que ses souhaits sont en train de se réaliser. Lorsque les relations précoces à la mère ont été difficiles, ou lorsque la relation au père a été trop marquée par la séduction (entre autres), cette crise peut être source d'un mal-être très profond qui devrait nécessiter un soutien psychothérapeutique passager parce qu'elle peut aussi conduire à des pathologies de grossesse.

C'est sur ce contexte que vient se greffer le suivi médical de la grossesse. A l'heure actuelle, celui-ci est de plus en plus technicisé, précis et performant. On assiste à une médicalisation de plus en plus poussée de la grossesse qui finit presque par ne plus être appréhendée que sous l'angle de la pathologie.

Quelles sont les conséquences possibles de cette surmédicalisation ?

On pourrait penser qu'elle est de nature à rassurer les futures mères. Mais souvent on voit l'effet inverse, celui de nourrir l'angoisse stimulée par la crise de la maternité.

" Les médecins m'ont appris à avoir peur de mon bébé ", a dit cette future mère suspectée, à tort d'ailleurs, de porter un bébé handicapé. " Je ne suis pas enceinte d'un bébé, je suis enceinte d'un problème ", me dit une autre mère dans le même contexte.

Cette médicalisation entraîne aussi une illusion de maîtrise. Elle peut faire croire qu'on peut tout contrôler et que plus rien de fâcheux ne peut arriver. C'est évidemment illusoire. Le corolaire de cela, c'est qu'on n'accepte plus aucun échec et qu'on va tenir le médecin responsable de tout ce qui a échappé à cette maîtrise.

Une autre conséquence est qu'on a tellement banalisé et dédramatisé les interventions médicales que les patientes les consomment comme des produits de consommation et exigent de plus en plus souvent qu'on pratique des actes techniques par convenance personnelle, sans indication médicale.

LE VECU PSYCHIQUE DU BEBE A NAITRE

Déjà à l'époque de Freud, des psychanalystes ont parlé de la vie psychique du bébé *in utero* (Ferenczi², Rank³). Depuis l'haptonomie* est partie à la rencontre de ce bébé et a démontré qu'il avait une conscience affective et ce dès le premier trimestre de la grossesse. Elle a aussi montré que ce tout petit, niché au creux de sa mère, ne vit pas replié sur lui-même mais s'intéresse et participe au monde extérieur. Elle a aussi mis en évidence tout son besoin de contact, et particulièrement de contact affectif, et sa demande d'interactions.

Les progrès de la néonatalogie, permettant de faire vivre des bébés de plus en plus petits, nous ont permis d'observer à quel point leur psychisme et leurs besoins relationnels étaient développés.

Ainsi on sait maintenant que les organes des sens fonctionnent très tôt *in utero* même si le système nerveux reste immature. Le premier organe des sens à être fonctionnel est celui du toucher, présent dès 8 à

* Le terme haptonomie a été inventé par Frans Veldman à partir de deux mots grecs : *hapto* (je touche) et *nomos* (la norme). Il signifie la science du toucher affectif.

10 semaines de grossesse. Le bébé sent avec son corps et est réactif au toucher. Il "écoute" aussi le monde extérieur avec sa peau (très sensible aux vibrations sonores, y compris aux ultrasons).

Le bébé a une vie émotionnelle et communique ses émotions. Sa façon de bouger n'est pas la même s'il est content, fâché ou inquiet.

Mais plus incroyable encore, on a pu démontrer que la mémoire existe déjà chez le fœtus. Deux psychanalystes nous ont, par ailleurs, montré comment l'enfant nous raconte plus tard sa vie intra-utérine à travers ses dessins⁴.

LA PREPARATION AFFECTIVE A LA NAISSANCE

La préparation affective à la naissance⁵ est issue d'une synthèse entre l'haptonomie et la psychothérapie psychanalytique périnatale. Cette approche comprend trois volets.

Les jeux relationnels avec le bébé pendant la grossesse

Dès le premier trimestre de la grossesse, le deux parents entrent en contact avec leur bébé à travers un toucher de tendresse et la voix. Ils lui proposent des jeux de détente et d'interaction. Celui-ci y répond de façon active et reproductible. Ces jeux permettent de faire sentir au bébé qu'il est attendu et aimé par ses deux parents et que ceux-ci le considèrent déjà comme une personne à part entière. C'est pour lui une confirmation très concrète de son existence. L'objectif de ces contacts affectifs est de développer un sentiment de bien-être et de sécurité chez le bébé.

Que constatons-nous dans cette approche ?

Le bébé, aussi petit soit-il, aime et recherche des contacts affectifs. Il peut différencier contact objectif (qui manipule) et contact affectif. Il se déplace vers la main qui l'appelle mais uniquement si celle-ci est tendre. Cette réponse n'est donc pas réflexe ; par contre elle est bien intentionnelle, car le bébé vient là où ses parents l'ont appelé et ce de façon reproductible. Le bébé est non seulement capable d'identifier et de différencier le toucher de sa mère, de son père, ou de quelqu'un d'autre, mais il peut aussi individualiser sa réponse. Nous sommes loin des théories qui disent que le seul personnage important pour le bébé est la mère et que le père ne trouvera sa place que beaucoup plus tard. S'il le souhaite, il peut prendre une place spécifique dès le début. C'est même bon pour le bébé. Cela élargit son horizon, diversifie ses apports du monde extérieur et enrichit son psychisme. C'est donc une approche qui offre une place tout à fait concrète au père pendant la grossesse.

La préparation affective à l'accouchement

C'est une préparation à l'accouchement qui n'est pas axée sur les aspects physiques mais sur les

aspects psychoaffectifs. Elle met l'accent sur la nécessité de sécuriser la mère et le bébé par un accompagnement affectif qui sera assuré, pendant l'accouchement, par le père et les professionnels. Quand la mère se sent en sécurité, elle peut déployer son potentiel à mettre son bébé au monde. Si le bébé est accompagné, il traversera plus facilement cette première grande épreuve qu'est la naissance. L'accouchement se vit à trois dans la continuation des échanges vécus pendant la grossesse, chacun ayant son rôle à jouer.

Le couple est préparé à contenir la tempête émotionnelle provoquée par l'accouchement grâce à une séance de préparation psychologique où les aspects du vécu psychologique de l'accouchement sont abordés et explorés. Etre ouvert à tout ce qui peut se passer sans chercher à contrôler mais en essayant de contenir ce qu'on vit, tel est l'objectif de cette préparation. Bien évidemment des repères sont donnés concernant le déroulement physique de l'accouchement et de la poussée.

Les bébés ainsi accompagnés et sécurisés s'ouvrent très vite au monde. Ils sont présents dans le contact, attentifs à ce qui se passe autour d'eux et actifs dans la relation. Ils sont généralement paisibles^{6,7}.

L'accompagnement affectif du bébé par le jeu

Une fois le bébé né, l'accompagnement ne s'arrête pas encore. Il s'agira de donner des repères aux parents pour décoder les messages et les besoins de leur bébé. Ici encore il s'agit de confirmer leurs compétences mais aussi celles du bébé. Pendant la première année de sa vie postnatale, le bébé vit des angoisses importantes, appelées en psychanalyse "angoisses archaïques". Elles sont la conséquence de son incapacité à contrôler le monde extérieur. Des petits jeux sont proposés au tout petit pour le guider vers son autonomie dans une atmosphère de respect et de sécurité. Ils aident le bébé à prendre conscience de lui-même, de son corps et de ses compétences, sans jamais le confronter à l'énorme incompetence qui est la sienne.

L'enfant ainsi sécurisé aime partir à la découverte du monde extérieur ; il est ouvert aux autres tout en étant conscient de lui-même. Attentif à lui-même et aux autres, il est capable de s'adapter relativement facilement à des situations nouvelles.

CONCLUSIONS

Les progrès de la médecine ont développé la sécurité tant de la mère que du bébé. Ils ont permis d'apporter des solutions à des situations autrefois dramatiques. Néanmoins la médecine, tout comme n'importe quelle autre approche, n'est pas toute puissante et ne le sera probablement jamais.

La psychologie s'est aussi développée et a diversifié ses champs de réflexion et d'action. La

psychanalyse s'est d'abord adressée à l'adulte puis à l'enfant et enfin au bébé, grâce à Françoise Dolto. Elle s'intéresse maintenant au bébé à naître.

L'être humain est fait d'un corps et d'un esprit. Même si nos disciplines les étudient séparément et s'adressent à l'un plutôt qu'à l'autre, il s'agit du même individu. C'est dans la collaboration complémentaire des différentes disciplines que nous trouverons un moyen de rendre compte de la complexité de l'être humain. C'est aussi dans ces regards croisés que les patients trouveront le chemin qui répond le mieux à celle-ci. C'est enfin de cette rencontre du masculin et du féminin que nous pouvons être féconds. C'est une expérience vécue avec bonheur dans notre équipe pluridisciplinaire mais aussi au cours d'une réflexion commune qui a abouti à la rédaction d'un livre à la croisée de ces chemins⁸.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dohmen B : La naissance, le féminin et le masculin. Rev Psyc 1998 ; 2 : 105-16
2. Ferenczi S : Thalassa (1924). Paris, P B P, 2002

3. Rank O : Le traumatisme de la naissance (1924). Paris, P B P, 2002
4. Marc V et O : L'enfant qui se fait naître. Paris, Buchet Chastel, 1981
5. www.naissanceaffective.com
6. Dolto C : Apport de l'haptonomie périnatale à la médecine d'enfant. Dos Obst 1988 ; 155 : 3-10
7. Dolto C : Pre- and Postnatal haptonomic communication. Affective Security and Development. Int J Prenat Psycho and Med 1997 ; 2 : 165-80
8. Gere C, Dohmen B, Mispelaere C : Trois fées pour un plaidoyer ou l'éloge d'une naissance amoureuse et consciente. Bruxelles, Amyris, 2007

Correspondance et tirés à part :

B. DOHMEN
Rue Saint Mort 163
5351 Haillot
E-mail : brigittedohmen@scarlet.be

Travail reçu le 30 avril 2008 ; accepté dans sa version définitive le 24 juin 2008.