

Rencontres "Ethique et clinique en périnatalité"

" SECURITE EN PERINATALITE "

Compte rendu de la soirée du Jeudi 12 Mai 2016



" SECURITE EN PERINATALITE "

Compte rendu de la soirée du Jeudi 12 Mai 2016

Rédiger un compte rendu n'est pas chose facile. Deux options se présentaient à moi : d'un côté, procéder à la retranscription des propos énoncés lors de cette rencontre, de l'autre faire le récit de cette première soirée. La retranscription mots à mots m'a semblé fastidieuse et assez désagréable à la lecture. En revanche, il m'est apparu plus pertinent de témoigner de ce que nos échanges, nos soupirs ou nos silences m'ont donné à entendre, ressentir ou penser.

L'analyse étant au coeur de ma fonction, je n'ai pu m'empêcher de livrer dans ce texte quelques une de mes réflexions, aussi issues du travail théorique et clinique que je mène dans le champ de la périnatalité.

Cet écrit est donc aussi une manière de transmettre et de laisser une trace du travail qui a été initié ce Jeudi 12 Mai.

Il vient enfin ponctuer un long cheminement entamé depuis quelques années déjà avec Audrey Ménard, gynécologue obstétricienne, sur le nécessaire travail d'articulation entre les disciplines du somatique et du psychique visant un accompagnement globale du patient.

*Sabrina Fréchinis,
Psychologue clinicienne.*

Préambule

La notion de sécurité fait désormais partie des murs de l'institution. On ne s'arrête même plus sur ce mot tellement il nous paraît être une évidence dans la réalité des pratiques au quotidien. L'exigence de sécurité au sens médical du terme (réduction des risques qui doit tendre vers le 0) est partout, tout le temps, véritable obsession qui occupe une part importante du travail des institutionnels du soin et des professionnels qui doivent désormais composer avec la menace de la procédure judiciaire.

Alors choisir d'interroger la notion de "sécurité", n'était-ce pas choisir d'enfoncer des portes ouvertes ? Oui, si l'on s'en tient aux évidences... Mais comme le disait si bien Jean Oury* : *"il y a ceux pour qui tout va de soi et ceux pour qui rien ne va de soi"*. Ce qui anime nos rencontres "éthique et clinique en périnatalité" c'est bien, en effet, ce désir de questionner nos évidences, nos a priori, nos représentations qui souvent nous empêchent ou empêchent l'autre (le collègue, le patient...) dans nos pratiques.

C'est aussi pourquoi nous avons choisi de nous pencher, lors de cette première soirée, sur un tout autre aspect de la sécurité, une toute autre réalité : celle que l'on pourrait nommer "sécurité psychique".

Et c'est en s'appuyant sur le travail de recherche de Maryline Siboni, étudiante en psychologie clinique, qui a questionné le vécu psychique des femmes ayant subi une césarienne, que nous avons pu interroger nos pratiques et ouvrir une fenêtre sur cet autre versant de la sécurité.

* Jean Oury, psychiatre, membre fondateur de la psychothérapie institutionnelle.

Nous voilà donc - sage-femmes, puéricultrices, gynécologue obstétricien, psychologues, psychanalyste - réunis autour de la table pour penser et échanger sur cette thématique.

1°/ Réactions des professionnels à la vue des résultats de la recherche

Dans un premier temps, Maryline Siboni nous fait part de son travail de recherche (cf. Annexe 1). L'outil qu'elle a utilisé pour recueillir ses données était celui du dessin. Elle nous présente donc, tour à tour, les dessins produits par les femmes ayant accouché par voies basses et ceux produits par les femmes ayant été accouchées par césarienne (cf. Annexe 2).

Lors de la présentation des dessins du premier groupe (voies basses) nous avons le sentiment de partager, l'espace d'un instant, le récit intime de ces femmes qui racontent à l'aide de symbole, de couleurs, de "vignettes chronologiques" ce qu'elles ont vécu de la mise au monde de leur enfant.

Ces récits graphiques nous invitent à la parole, aux questionnements. La confrontation au monde singulier de ces femmes provoque aussi de l'étonnement (qu'est-ce que c'est ? Qu'est-ce qu'elle a voulu dire ?)... C'est d'ailleurs l'occasion de rappeler que ces dessins ne se prêtent pas à une interprétation qui se voudrait "universelle" (tel élément graphique aurait telle signification) mais s'accompagnent à chaque fois d'un récit oral sur ce qu'elles ont couché sur le papier. Tout comme le rêve ne trouve pas sa clé dans un dictionnaire universel des symboles mais dans le récit du rêveur, le sens de ces dessins est à entendre du côté de la subjectivité, de la singularité du récit de chacune.

Maryline poursuit sa présentation. Les langues se délient, l'ambiance se détend, des échanges se créent autour de la table, chacun se mobilise sur le plan de la pensée et de ce que ces dessins lui évoquent.

Puis vient le moment de la présentation des dessins du groupe des femmes ayant subi une césarienne, programmée ou en urgence. Les chuchotements, les réactions de surprises et les questionnements s'arrêtent nettes.

Un silence s'installe, nous sommes littéralement saisies par ce que nous voyons : plus ou très peu de couleur, des descriptions schématiques monochromes qui illustrent le

moment de l'opération. L'absence de volume ou de mouvement est frappante. La description vient remplacer la narration.

Le silence qui est le nôtre lorsque nous regardons ces dessins dit bien l'effroi qu'ils convoquent en nous-mêmes. Nous avons changé de monde : l'angoisse, la sidération, les pulsions de mort sont ici à l'oeuvre dans un moment qui est celui paradoxalement de "l'avènement d'une vie". La violence "froide" - le silence (au sens de l'absence de récit), l'immobilité- qui émane de ces dessins est sans appel. Le fait de constater qu'il ne s'agit pas d'une production isolée mais que ces éléments se retrouvent dans la majeure partie des dessins des femmes ayant vécu une "césarienne" est tout aussi stupéfiant.

Nous restons sans voix. Puis, peu à peu, nos mots reviennent, notre parole reprend comme si un fil avait été rompu...

Notre propre réaction à la vue de ces dessins résonne comme en écho aux vécus de ces femmes : le fil de leur histoire, le leur, celui du bébé et de la famille, s'est rompu. Quelques explications et termes psychologiques viennent étoffer notre réflexion. Ce qui se passe dans la psyché de ces femmes est semblable à un arrêt sur image, processus propre au traumatisme...

Après le temps de la sidération vient le temps des interrogations. Que faire de ces éprouvés pour nous - gynécologues, sage-femmes, puéricultrices, psychologues, psychanalystes - que les dessins de ces femmes nous ont permis d'approcher ? Qu'est-ce que ces femmes ont vécu ? Pourquoi l'ont-elles vécu de cette manière là ? Est-ce qu'on y peut quelque chose en tant que soignant ?

Les questions commencent à émerger...

2°/ Tentatives de réponses du côté du pragmatique.

La souffrance psychique exprimée par autrui peut mettre face à un sentiment d'impuissance. Qui plus est, lorsque "soulager la douleur de l'autre" est la fonction de la profession que l'on a choisi d'exercer.

Pas de "remède miracle, ni de médicament magique ou de "technique" spécifique.

Chacun tente donc autour de la table de trouver des réponses pragmatiques à ces souffrances exprimées là sous ses yeux : "Comment pourrait-on faire autrement ?" Des pistes sont envisagées...

Certains professionnels apportent des témoignages de leurs propres expériences dans diverses maternités ou rapportent des témoignages de professionnels glanés ici ou là : ici les patientes ne sont pas attachées, elles peuvent bouger leur bras - là-bas, on pratique le peau à peau juste après l'accouchement même s'il s'agit d'une césarienne - là-bàs encore, les pères sont présents dans les salle de bloc opératoire. Le débat est lancé, les discussions vont bon train.

Puis une question émerge :

- "Pourquoi ne changeons nous pas nos manières de faire en bloc opératoire par exemple?"
- Sûrement par peur..."
- "Mais peur de quoi ?"
- "on prend des habitudes, des routines s'installent dans notre pratique. On y pense plus. Et puis des tentatives de changement se sont soldées par un sentiment d'échec... La présence des pères en salle de bloc par exemple..."

Ces tentatives infructueuses n'ont pas été pensées dans l'après-coup. Alors on a "laissé tomber", et jeté "le bébé avec l'eau de bain..." en quelque sorte ! Dommage...

Tout cela se formule sans que le ton ne monte, pourtant les désaccords peuvent être forts.. Personne ne s'emporte mais les mots sont posés, la remise en question est parfois sévère : "ça bouscule".

Un des participants rappelle l'étymologie du mot "*sécurité*" : originellement le terme s'employait au sens de "*tranquillité*" (1170), "absence de soucis". Ce n'est que bien plus tard

que la notion de "danger" a pris le pas sur toutes les autres définitions. La sécurité a peu à peu signifié "l'absence de dangers" et nous avons perdu de vue le sens original.

"Sécuriser le patient, c'est au sens étymologique, le tranquilliser..."

Les dessins des femmes opérées sont là pour nous rappeler que le contexte opératoire (la salle, le froid, les machines, le champ) n'est pas là pour tranquilliser les patients mais pour assurer leur sécurité au sens de "réduire les dangers liés à l'opération." Pour l'équipe médicale, ce contexte est familier parce que côtoyé quotidiennement. Pour le patient, ce contexte est par nature anxiogène. Comment pourrait-il en être autrement ? L'opération, en tant qu'intrusion dans son corps, ne peut être vécu comme une partie de plaisir !

Tranquilliser le patient dans le sens de "l'apaiser", "le sécuriser" devient alors une nécessité.... Et si la possibilité de soulager l'autre ne se trouve pas du côté des conditions matérielles ou des techniques utilisées, bien au contraire, l'apaisement est à chercher du côté des échanges, paroles, attitudes, entre soignants et patients.

3°/ Tentatives de réponses du côté de "l'être avec".

Émerge du groupe un témoignage qui vient illustrer et orienter notre discussion. Une sage-femme présente rapporte les dires d'une de ses patientes qui a pu exprimer ce qui l'avait soulagée : la gynécologue qui l'avait opérée et qui venait la rencontrer dans sa chambre à l'occasion de sa visite post-opératoire, est venue s'asseoir à côté d'elle, sur son lit, et lui a dit ces quelques mots : *"il faut qu'on en parle"*.

La patiente confie à la sage-femme que cette attitude et ces mots exprimés par la gynécologue - par sa qualité de présence pourrait-on dire - lui ont permis de prendre conscience que ce qu'elle venait de vivre n'était pas "banal", que c'était "grave" au sens de "sérieux", "important".

Nous tentons d'analyser ce qu'il a bien pu se passer pour cette patiente et cette gynécologue. Bien sûr, c'était cette patiente là et ce médecin là. Loin de nous l'idée de

généraliser, de donner des "recettes" ou une sorte de "conduite à tenir" pour adopter un comportement ou des mots qui pourraient soulager les patients.

Analyser cette séquence, cette petite scènette rapportée par la sage-femme, c'est en saisir l'essence, c'est saisir le principe de cet échange entre le médecin et son patient afin de trouver/créer dans sa propre pratique quelque chose de bien à soi (l'imitation ça ne fonctionnerait pas...) qui permette de produire ces mêmes effets, ce même apaisement chez l'autre.

- Tout d'abord **le choix des mots** du médecin est important :

"Il faut qu'on en parle"

"il faut" est employé au sens de "il est nécessaire". Parler de ce qui vient de se passer est effectivement de l'ordre du besoin...

En effet, un sentiment "d'intranquillité" peut s'installer chez le patient du fait d'un décalage entre ses perceptions psychiques et ses perceptions corporelles : le patient a vécu quelque chose de bouleversant, "d'exceptionnel" au sens de "pas ordinaire", les changements dans son corps en sont la preuve, les traces sont bien là mais son esprit, lui, se refuse à le reconnaître.

Alors parler de ce qui vient de se passer, parfois par l'intermédiaire d'un autre, le soignant en l'occurrence, c'est offrir l'opportunité au patient d'inscrire dans son histoire, son parcours de vie, cet événement là "extraordinaire", l'opportunité pour lui de créer une trace non plus physique mais psychique.

Et puis il y a ce "on".. ce "on" est fondamentale car il est ici synonyme de "nous" : "vous et moi". Si médecin et patient ne sont pas dans des positions symétriques - l'un soigne et l'autre est soigné - la douleur de l'autre, qui plus est, une douleur que je lui cause parce qu'il faut que je l'opère par exemple (même si l'intention n'est pas de lui faire mal mais de le soulager), cette douleur m'engage en tant qu'humain au sens où elle ne me laisse pas indifférent. Alors dire "on", c'est signifier à l'autre que ce qu'il a vécu même s'il est seul à l'avoir vécu est communicable : l'autre n'est plus seul avec son effroi. Même si c'est lui qui a eu mal, un autre que lui, reconnaît qu'il a eu mal et peut en témoigner.

Le "on" crée du commun au sens de communauté, il rend figure humaine à ce qui pourrait demeurer de l'ordre de la barbarie, du sauvage, une affaire de chaires ni plus ni moins.

- Les mots sont portés par **l'attitude du médecin** qui est toute aussi, voire plus signifiante, que ses paroles :

S'asseoir à côté du patient, se mettre à côté de lui, c'est renforcer le message qu'il lui adresse. S'asseoir c'est d'abord "se poser", poser son corps et du même coup "poser ses mots" qui prennent alors de la force et de la valeur (ils ne sont pas "jetés entre deux portes").

S'asseoir aux côtés de l'autre, c'est aussi partager sa sphère intime, s'approcher de lui, sortir du face à face pour créer cette proximité. Le message envoyé par le médecin, peut-être à son insu, "c'est qu'il prend le temps d'être avec lui". Même si chronologiquement parlant ce moment n'a duré que quelques minutes, la manière d'être avec l'autre donne une intensité à cet échange que le patient a inscrit dans sa mémoire comme une étape de sa guérison.

- Le choix des mots... On ne mesure pas assez l'impact que les mots peuvent avoir sur quelqu'un, les coups qu'ils peuvent donner ou à contrario, les blessures qu'ils peuvent panser. Dans le même registre, nous réfléchissons collectivement sur cette formulation que peut prononcer le médecin lorsqu'il va signifier au patient qu'il doit être opéré d'urgence. :

"On va vous faire une césarienne. Ca va aller vite. Laissez vous faire."

L'intention du médecin, lorsqu'il demande au patient de se laisser faire, est de son point de vue bienveillante, c'est pour "son bien" : si le patient se laisse faire, qu'il ne lutte pas contre ce qui se passe, ne se débat pas, etc, cela ne génèrera pas de complications qui pourraient venir s'ajouter à l'opération en elle-même, le patient ne fera pas obstacle à sa propre opération en quelque sorte...

Du point de vue du patient-sujet, c'est lui intimer l'ordre de se scinder : d'un côté son corps, objet de toutes les attentions et de toutes les actions, de l'autre, sa tête, sa psyché qui se trouve dépourvue d'ancrage. Lui demander de se laisser faire, c'est lui demander d'abandonner les commandes du navire en quelque sorte.

Beaucoup de personnes sont pourtant autour d'elle, de "l'autre côté du champ opératoire" (élément récurrent dans les dessins d'accouchement par césarienne) préoccupées à sortir le bébé. Autour ne signifie pas "avec". C'est souvent un sentiment d'extrême solitude qui les envahit à ce moment là.

Parfois, la présence, le regard, la voix de l'anesthésiste, fera figure de point d'attache (sorte de bouée de sauvetage) lorsque le tumulte, le sentiment de chaos interne sera trop fort, trop angoissant.

Là encore les questions que cette problématique suscite sont nombreuses. Je retiendrai celle-ci qui me semble représenter un véritable axe de travail dans nos pratiques et pour nos ateliers à venir : comment accompagner les mères subissant une césarienne afin que celles-ci ne se vivent pas seulement comme l'objet de soins et ne perde pas le contact avec elle-même ou avec leur bébé, qui plus est si la rencontre ne peut avoir lieu ?

Le chantier est ouvert...

Notre soirée prend fin sur ces interrogations.

...

Pour finir, ou plutôt pour ne pas finir sur le thème de la sécurité, je dirai que le bébé a beaucoup à nous apprendre sur notre propre sentiment de sécurité interne. Car le bébé ne possède pas de savoir "a priori" sur le monde et les personnes qui l'entourent (il ne sait pas). Pour construire ce savoir, il doit se fier plus que tout autre à ce qu'il sent, ce qu'il voit ou entend de son environnement. Il ne réagit pas à l'idée qu'il se fait du monde mais à ce qu'il perçoit de ce monde : untel me fait-il du bien ou me fait-il du mal ? Ce que je sens est-ce agréable ou désagréable ? celui-ci ou celle-là est-il constant (répète-t-il la même chose dans ses gestes, ses paroles, ses mimiques) ou change-t-il tout le temps ? Toutes ces perceptions vont contribuer à lui procurer un sentiment de fiabilité par rapport à cet autre adulte qui s'occupe de lui et dont il dépend de façon extrême.

Nous savons aujourd'hui que ces angoisses de morcellement archaïques que nous avons tous éprouvées étant bébé peuvent être réactivées chez l'adulte en situation de vulnérabilité. Comment penser nos pratiques en intégrant cette donnée fondamentale ?

ANNEXE 1

Résumé de la recherche de Maryline Siboni menée dans le cadre du Master 1 de Psychologie Clinique à l'Université PARIS 8.

" Ce mémoire ETUDE DE CAS MULTIPLE SUR L'IMAGE DU CORPS DES FEMMES EN POST-PARTUM IMMEDIAT propose d'étudier de quelle manière le type d'accouchement, et spécifiquement la césarienne, influe sur l'image du corps. 23 femmes venant d'accoucher par voie haute (9), par césarienne en urgence (7) ou programmée (7) ont été rencontrées durant le post-partum immédiat. Cette étude de cas multiples prospective, principalement qualitative, a été menée par induction analytique, en utilisant le dessin de l'accouchement suivi d'un entretien semi-directif, le test du personnage et un petit questionnaire. Les données ont été analysées intra-groupe puis une comparaison inter-groupe a été réalisée.

Les résultats montreraient ainsi une modification de l'investissement de l'image du corps en fonction du type d'accouchement de par la spécificité des éprouvés corporels. Ils mettraient aussi en avant l'importance du vécu relationnel avec les membres de l'équipe présente lors de la césarienne qui répondraient ainsi aux besoins de sécurité, de compréhension, des mères.

En outre, les résultats révéleraient l'importance du rôle qu'aurait eu la parole de l'obstétricien-gynécologue, dans sa capacité à amoindrir la désorganisation psychique et à mieux contenir les angoisses archaïques de la patiente : paroles pour accorder une position plus active à la mère, paroles pour donner à l'extraction du bébé une dimension de naissance, dans un échange respectueux et contenant, élevant la mère au rang de sujet de son accouchement."

Maryline SIBONI

sibcarom@gmail.com