

# Remerciements



Ma collègue et amie, Marie-Hélène Ferrier, collaboratrice à la maternité pendant de nombreuses années, qui m'a donné de nombreux et précieux conseils et qui m'a autorisé à associer au texte les contre-chants qu'elle a rédigés.

Edouard Hinard qui m'a fortement incité à poursuivre ce travail et m'a proposé son aide pour le publier et son aide ne fut pas rien

Marie Anne et Patrick Cerles,  
Annick et Serge Richomme,  
qui ont bien voulu relire et corriger le texte dans le détail

Maité Jacquet qui a bien voulu lire ce texte et le corriger

Herma et Yves Marie Kervran, qui m'ont fait profiter de leur expérience

Jean François Kervran et Géraud de Goede  
qui m'ont donné de précieux conseils

Je remercie aussi :  
Bernard Lorient  
Marie Paule Mariault  
Benoît Strée

Toutes les autres personnes qui m'ont encouragé, informé et conseillé avec bienveillance

Très amicale pensée à :  
Philippe Rebour, notre collaborateur tant apprécié qui nous a quittés

A Caroline  
A mes enfants

### Précisions

Au sein du texte j'ai inséré des récits inspirés d'histoires réelles. J'ai veillé à modifier les noms et les contextes pour préserver l'anonymat des personnes évoquées.

Malgré cela, en raison de la spécificité de certains d'entre eux, il est possible que certaines personnes se reconnaissent. Qu'elles sachent que ceux-ci sont parfaitement bienveillants. Je n'émetts aucun jugement de valeur.

Au contraire, pour tous les patients concernés, j'ai la plus grande estime, la plus grande amitié et je comprends très bien leurs hésitations, leurs réflexions, leurs choix.

La vie est si compliquée à gérer...

# Années de pratique

Ayant exercé pendant de longues années - aujourd'hui révolues - la gynécologie et l'obstétrique, il m'a semblé que, comme chacun dans son métier, j'avais une expérience spécifique.

Celle-ci m'a donné accès à un univers passionnant sur les plans scientifique, technique et relationnel.

Pendant ces années, j'ai réfléchi à la nature des métiers de médecin, d'accoucheur, de gynécologue. J'en ai longuement parlé avec mes collaboratrices, collaborateurs et nous avons partagé nos expériences respectives, nos sentiments.

J'en ai souvent parlé avec les patientes et elles m'en ont souvent parlé.

J'ai lu, fait des formations, enseigné, réfléchi, écrit.

Des patientes, j'en ai vu un très grand nombre, très diverses, dans des situations également très variées : des femmes jeunes, des femmes âgées, des femmes bien portantes, d'autres gravement malades, des femmes instruites ou non, des femmes enceintes ou non, des femmes aisées, des femmes très peu aisées( ces distinctions ne sont nullement, loin de là, corrélées à l'intelligence ou la clairvoyance de celles-ci).

Chacune avait une personnalité particulière, disait des choses nouvelles, posait des problèmes spécifiques.

Au fil des heures passées auprès d'elles, j'ai analysé leurs propos, ce qu'elles vivaient, la manière dont elles l'exprimaient, la manière dont je réagissais vis-à-vis d'elles.

J'ai réfléchi à ce qu'était le corps humain et à son mystérieux fonctionnement ; à la maladie ; à la maternité, ce processus magique qui permet la perpétuation de l'espèce ; à la puberté et à la ménopause, ces moments critiques de la vie ; à la sexualité, si présente dans la pratique gynécologique ; à la problématique des avortements spontanés et provoqués, des interruptions volontaires de grossesse ; à la mort : celle des enfants, qui n'est pas si rare, et celle, heureusement aujourd'hui exceptionnelle, des mères ; aux joies et aux peines qui entourent la vie des femmes et de leurs compagnons.

Parmi toutes ces expériences, images, étonnements, émerveillements, réflexions, questions, il m'est arrivé parfois d'en noter quelques-unes. Ces notes

ont été prises dans des circonstances diverses, en fonction des événements qui en étaient l'origine, du temps dont je disposais, de l'humeur, du jour, de l'heure ; une sorte de vagabondage mental.

Ecriture subjective, parfois "impressionniste", "philosophique", parfois plus "technique" et plus "documentaire".

Par la suite, pour une meilleure lisibilité, j'ai - approximativement - regroupé ces expériences en chapitres et paragraphes. Approximativement car les consultations et les autres événements de notre vie professionnelle se déroulent de manière discontinue et inattendue. Chaque rencontre d'une patiente est une nouvelle histoire.

J'ai exercé l'obstétrique et la gynécologie de la manière la plus classique qui soit, en m'efforçant de me conformer aux données actuelles de chaque période de ma carrière. J'ai essayé de le faire en étant aussi proche que possible des patientes, de leurs conjoints, de leurs familles. En essayant de comprendre leur vécu. En les accompagnant de mon mieux...

Ce qui ne veut pas dire que j'ai toujours bien réagi.

C'est cette expérience que j'ai jugé utile de raconter.

Voulant dire les choses telles que je les ai vues, entendues, vécues, *"en toute subjectivité"*, je me suis efforcé de ne pas trop normaliser le texte, mais d'exposer les événements comme ils se sont passés, *de mon point de vue*. De dire quelques unes des images, des mots et récits auxquels j'ai été confronté ; des questions et réflexions que ces situations m'ont inspirées ; de dire ce qui se déroule dans la tête d'un homme, accoucheur gynécologue, au fil de ses heures de travail ; de dire ce qu'il a vu, entendu, ressenti, supposé, appris, compris.

C'est une tentative d'expliquer les choses comme les patientes, les élèves infirmières, sages-femmes, collègues médecins, me les ont dites. C'est une tentative de dire les choses comme je me suis efforcé des les dire, de les expliquer, à ces mêmes personnes lors des consultations, stages et cours.

A l'image de l'être humain, la médecine, l'obstétrique, et la gynécologie, associent des éléments objectifs, organiques, tels que l'anatomie et la physiologie et des éléments subjectifs, vécus, ressentis.

Le somatique et le psychologique, le corps et l'esprit, si intimement liés.

Nous évoquerons la pratique de l'obstétrique et la gynécologie en général, quelques points d'anatomie et de physiologie, indispensables à la compréhension de nos spécialités. Nous rapporterons quelques cas cliniques que nous avons notés ; quelques réflexions, digressions et délires, à propos de ces disciplines.





Etre et ne plus être



# Avant la vie, la vie, après la vie

Depuis qu'il y a de la vie sur la terre – on dit 800 millions d'années – des mécanismes biochimiques extrêmement complexes sont en œuvre. Par leur répétition, ils ont permis sa perpétuation et l'évolution des espèces. Pourquoi cette chimie finalisée se poursuit-elle ainsi ?

Le colibacille, le rat, le poisson rouge, le pétunia et le Français moyen parviennent ainsi à naître, à croître, à se nourrir, à faire un peu de bien - un peu de mal - à leur environnement, à leur prochain ; à se reproduire, puis peu à peu, à vieillir et mourir.

Et chacun trotte, et vit, et furète.

Pourquoi ? Comment ça marche ? Questions sans réponse logique.

Pendant toute la vie, chez tous les êtres, sont en œuvre des mécanismes extrêmement complexes :

Pour simplifier

- Les filaments de chromatine, longs de deux mètres environ sont serrés – menés dans un noyau minuscule, petite sphère de quelques microns de diamètre. Ils sont enroulés sur des sortes de bobines faites de molécules d'histones. Oui, oui, d'histones.

- L'ADN est organisé en successions de nucléotides qui se font face. Bases puriques contre bases pyrimidiques, l'adénine s'associe à la thymine et la cytosine à la guanine.

- L'ARN messager va et vient entre le noyau et le cytoplasme. Il comporte des exons, exprimés, et des introns, dont on ne sait trop à quoi ils servent.

- Les ARN de transfert, avec leurs anticodons, savent reconnaître les codons du messager.

- Les ribosomes, ateliers de montage des protéines savent "encliquer" les molécules de valine, leucine, histidine et les autres, à la queue leu-leu, dans l'ordre indiqué par l'ARN messager, qui lui même, a été quérir l'information au niveau de l'ADN nucléaire, cette immense base de données.

Ne sont évoqués ici que quelques exemples tirés de la vie cellulaire. On aurait pu évoquer bien d'autres mécanismes bizarres qui régissent le fonctionnement des organismes.

On aurait pu décrire le cycle nycthémeral de la prolactine, les rétrocontrôles entre les hormones stéroïdiennes et l'axe hypothalamo-hypophysaire, le cheminement des neuro-hormones le long de la

tige pituitaire.

On aurait pu évoquer les pigments de la rétine, les otolithes de l'oreille, la membrane pellucide de l'ovocyte, le glucagon du pancréas, les lymphocytes T et les macrophages. On aurait pu parler de beaucoup de choses !

Il y a aussi le mystère du développement psycho-intellectuel, mais ce serait une autre réflexion.

Pour que ça fonctionne correctement, tout doit être bien réglé.

Il faut, en plus de l'oxygène, du glucose, de la lumière, de l'eau et de nombreuses autres substances. Si tous ces éléments sont réunis, ça marche - sans relâche - pendant toute la vie. Sinon on entre dans la maladie, qui peut conduire à la mort. Dans ce cas - comme les lumières d'un château s'éteignant peu à peu à la fin d'une réception - toutes les fonctions s'arrêtent rapidement, progressivement, en quelques minutes. Sauf les ongles et les cheveux qui, sans doute mal informés, continuent, dit-on, de pousser pendant quelque temps.

Ainsi vont les choses de la vie, aujourd'hui. Ainsi allaient-elles au temps de l'homme de Neandertal, à la cour de Louis XIV, pendant la retraite de Russie, et en bien d'autres époques et circonstances.

Un clochard sous un pont, ivre de misère, de froid, de faim et de pinard. Il a fait sous lui : son pantalon est plein d'excréments. Il a vomi et sa pauvre figure hirsute baigne dans une flaque de déglutitions vineuses.

Dans le même temps ses filaments d'ADN, tant bien que mal, "cliquètent" avec précision, cytosine contre guanine, adénine contre thymine.

Dans le même temps, son taux sanguin de prolactine fluctue en fonction de l'heure et ses lymphocytes T mènent un dur combat pour le défendre contre les microbes. Même les poivrots ont droit à tout ça !

Au XVIII<sup>e</sup> siècle le combat fait rage entre deux navires corsaires, quelque part dans la mer des Caraïbes. Les marins-soldats, imbibés de mauvais tafia, essaient de s'entre-tuer. Avec leurs gourdins, leurs haches, leurs sabres d'abordage, ils s'efforcent sauvagement de s'entre-écrabouiller, de s'entre-transpercer, de s'entre-éviscérer. Ils essayent de se faire exploser le crâne et d'en faire jaillir la cervelle.

Dans le même temps, leurs ARN messagers, bien sagement, imperturbables, vont et viennent entre noyau et cytoplasme, apportant à celui-ci des informations glanées auprès de celui-là.

La vie, un mécanisme autonome, un mécanisme infiniment complexe, un mécanisme magique. Elle peut être détruite en quelques instants.

Une cervelle écrabouillée par un coup de gourdin, et l'organisme ne reçoit plus de directives. Mort.

Une carotide sectionnée par un coup d'épée brutal : le sang quitte le corps, emportant sa précieuse hémoglobine : l'oxygène n'est plus véhiculé vers les cellules. Mort.

Un petit vaisseau qui se rompt spontanément, silencieusement, au niveau du cerveau : celui-ci, peu à peu, est détruit, et avec lui la pensée qu'il générerait. Mort.

Un foie dévoré par l'alcool : les synthèses nécessaires à la vie, peu à peu, ne se font plus. Mort.

Un sujet très âgé. Son cœur est fatigué, ses artères n'ont plus de souplesse, sa pensée peu à peu s'est retirée. Un soir, un matin, une nuit, son organisme renonce à fonctionner. Mort.

Contraste :

D'un côté : rigueur, précision, méthode. De l'autre : irrationalité, désordre, usure, destruction.

D'un côté ça marche, bien tranquillement comme pour toujours. De l'autre, quelques instants plus tard, ça s'arrête. Les humeurs sortent, les microbes rentrent, désordre complet.

Ca ne marche plus.

Ceci concerne la vie et la sortie de la vie.

La gynécologie et l'obstétrique étudient ce qui se passe avant : la conception, la naissance, et tous les éléments anatomiques et les mécanismes physiologiques qui les permettent.

La vie, la mort, immenses mystères.



# Médecin, Accoucheur, Gynécologue

Pourquoi devient-on médecin ? Et si l'on a choisi la médecine, pourquoi décide-t-on de devenir accoucheur et/ou gynécologue ?

Cette question peut probablement être posée à propos de tout métier mais on a parfois le sentiment intuitif que certaines professions impliquent le *moi* du sujet qui les pratique plus que d'autres.

Pourquoi devient-on juge, militaire, policier, prêtre, coiffeur pour dames, enseignant, homme politique, chirurgien ou pompier ?

Il semblerait - a priori et subjectivement - plus neutre de devenir menuisier, pharmacien, ingénieur, carreleur ou notaire.

En ce qui concerne la gynécologie et l'obstétrique, on peut imaginer que les motivations sont différentes selon que le professionnel est homme ou femme.

Dans la première éventualité le praticien et la patiente appartiennent au même genre, au même univers sexuel, ont une expérience commune de la féminité

Dans la seconde le praticien intègre le monde de l'autre sexe, dont le vécu lui est intrinsèquement étranger.

Dans les générations de médecins qui arrivent actuellement en fin de carrière, il y a une majorité d'hommes. C'est logique : jusqu'à il y a peu, les médecins, dans leur grande majorité, étaient des hommes.

Aujourd'hui, de plus en plus de femmes choisissent les professions médicales. Peu à peu elles deviennent majoritaires.

Mon propos devient et deviendra donc de plus en plus un peu obsolète. Il date ! Il datera !

## Une spécialité, des spécialités

Autrefois, dans tous les domaines de la médecine, il y avait beaucoup moins de spécialistes qu'aujourd'hui. La gynécologie médicale avait peu de place. La gynécologie chirurgicale était faite par les chirurgiens.

L'obstétrique était partagée entre les sages-femmes (ou les matrones lorsqu'il n'y avait pas de sages-femmes qualifiées), les médecins de famille, les chirurgiens et quelques rares spécialistes de l'accouchement

Cette discipline était, semble-t-il, moins considérée qu'aujourd'hui : on disait des obstétriciens - les accoucheurs - que c'étaient des "manuels"... Terme, hélas, souvent péjoratif.

On pouvait entendre parfois une dénomination assez triviale : des "guette-au-trou".

Une vieille histoire, bien connue dans le milieu médical, raconte qu'à un médecin qui s'inquiétait de l'avenir de son fils on répondit : « Ne vous faites pas de souci ; s'il est très intelligent, il deviendra médecin ; s'il est moins brillant, il pourra devenir chirurgien ; si vraiment il est peu doué, vous pourrez toujours en faire un accoucheur. » Aujourd'hui, la spécialité a changé. Elle n'est plus limitée, loin de là, à l'art des accouchements\*. L'art des accouchements ? Autrefois, l'intervention césarienne n'était pas pratiquée. Par la suite elle le fut exceptionnellement, car elle était très dangereuse, puis elle le fut de plus en plus souvent, dans des conditions de sécurité s'améliorant sans cesse. Dans les temps où elle n'était pas ou très peu pratiquée, tous les enfants, quelque soit le contexte, devaient naître par les voies naturelles. Selon qu'il s'agissait de gros enfants, de présentations du siège, de jumeaux, de présentations inhabituelles, de malpositions du placenta, de descente prématurée du cordon ombilical, des manœuvres spécifiques, complexes et souvent dangereuses, devaient être pratiquées.

Cet *art* a beaucoup évolué avec les progrès de la médecine.

En raison du recours de plus en plus fréquent à la césarienne pour résoudre la majorité des difficultés mécaniques de l'accouchement, beaucoup de ces manœuvres délicates, autrefois couramment pratiquées, sont devenues obsolètes, voire prohibées.

A l'inverse, dans beaucoup de domaines : suivi de la grossesse, diagnostic, gestion des maladies associées, prévention des complications, la spécialité s'est considérablement développée.

Aujourd'hui, notre spécialité, nos spécialités, se divisent en trois domaines principaux : l'obstétrique, la gynécologie médicale et la gynécologie chirurgicale.

## Trois domaines

La gynécologie médicale prend en charge les maladies de l'appareil génital féminin : examens de dépistages, diagnostic des maladies gynécologiques bénignes ou graves (infections, tumeurs bénignes, tumeurs malignes, traitements médicaux), prise en charge des troubles de la fertilité, mise en œuvre des moyens contraceptifs, surveillance de la période de la ménopause.

Les professionnels qui exercent cette discipline assurent aussi, généralement, la surveillance des grossesses. Ce sont les gynécologues médicaux.

\* Il s'agit de l'art des artisans (ensemble des connaissances appliquées à une technique), et non de celui des artistes



La gynécologie chirurgicale concerne les interventions liées aux maladies de l'appareil génital, du bas appareil urinaire et des seins. Elle exige les mêmes capacités que les disciplines citées antérieurement ainsi que toutes les connaissances techniques nécessaires à la pratique chirurgicale.

L'obstétrique est la discipline qui a en charge le suivi des grossesses et l'assistance aux accouchements. Elle se pratique en étroite collaboration avec les sages-femmes qui en assument une très grande part.

Le suivi prénatal surveille l'état de santé de la femme et le bon développement du fœtus. La grossesse n'étant pas une maladie, tout se passe le plus souvent fort bien.

Il peut cependant arriver qu'un processus intercurrent dérègle ce bon fonctionnement : hypertension artérielle, diabète, anomalies placentaires, anomalies du positionnement fœtal, rétrécissement du bassin, infection, etc.

L'intérêt de la surveillance des grossesses est de détecter celles qui dévient vers des processus anormaux et, dans ces cas, de prendre, lorsque c'est possible, les mesures correctrices adéquates.

Cependant, dans la grande majorité des cas, tous les moyens mis en œuvre pour cette surveillance s'avèrent, rétrospectivement, inutiles. Tout s'est parfaitement passé, aucune intervention n'a été nécessaire. La patiente aurait pu accoucher dans la nature, comme autrefois, sans inconvénient.

Lorsque vient le moment de la naissance la spécialité change. Elle redevient ce que l'on appelait autrefois l'art des accouchements. Celui-ci, vieux comme le monde, s'est peu à peu rationalisé au fil des âges, et en particulier, au cours des deux derniers siècles.

Au cours des dernières décennies, les progrès ont été particulièrement rapides et l'amélioration des résultats, saisissante. L'art des accouchements s'est beaucoup simplifié et son territoire - entre accouchement normal et césarienne - a beaucoup rétréci. En revanche, la spécialité s'est enrichie dans de nombreux domaines : surveillance des grossesses, dépistage anténatal, génétique, prise en charge des nouveau-nés, etc.

L'obstétricien, par ailleurs, exerce habituellement la gynécologie médicale, et souvent aussi, la gynécologie chirurgicale, déjà évoquées.

En raison des gardes, des horaires, des urgences fréquentes, du travail de nuit ; en raison du contraste entre la sérénité qui accompagne la majorité

des accouchements - les accouchements normaux - et la nécessité d'intervenir parfois en grande urgence en raison de risques vitaux, c'est une spécialité passionnante mais aussi stressante.

Les praticiens, selon leur formation et leurs choix personnels peuvent assumer à des degrés divers tout ou partie de ces trois éléments de la spécialité.

Il faut souligner cependant que celles-ci s'inscrivent dans des contextes humains assez différents et font appel à des capacités techniques et psychologiques qui ne sont pas toujours de même nature.

Il peut être difficile, aujourd'hui, de savoir très bien tout faire.

## Les "sub-spécialités"

A l'intérieur des trois branches de la spécialité que nous avons évoquées, certains se consacrent plus particulièrement ou exclusivement, et de manière très approfondie, à un domaine très étroit (très *pointu*, dit-on aujourd'hui) : diagnostic anténatal, échographie, prise en charge de la fertilité, prise en charge des incontinences urinaires, sexologie, gynécologie psychosomatique\*.

Certains mettent en œuvre des pratiques qui sont peu enseignées à la faculté : traitements des problèmes gynéco-obstétricaux par homéopathie et acupuncture accouchements dans l'eau, haptonomie<sup>†</sup>, etc.

\* Qui concerne à la fois le corps et l'esprit. Soulignons que la prise en charge d'un patient, quelque soit son problème, sauf à être incomplète, est toujours « psychosomatique ».

† L'haptonomie est une technique de caresses et de contacts adressés au bébé par les parents. Elle a été mise en pratique par le docteur néerlandais Frans Veldman. Le bébé perçoit caresses et attouchements prodigués par ses parents à travers la paroi du ventre et de l'utérus de sa mère. Il y est sensible et y répond positivement. Partant de ce constat, a été mise au point une méthode permettant de créer un contact enfant-parents in utero et d'aider la maman à accoucher le plus sereinement possible. L'haptonomie n'est donc pas une simple méthode pratique mais un premier échange avant d'accueillir bébé. (N.Barenghi, 2014)

# Pourquoi choisit-on ces professions ?

## Raisons logiques

Chacun de nous pense pouvoir expliquer le choix de son métier en faisant appel à des raisons logiques : intérêt scientifique, cursus universitaire, tradition familiale, rencontres, opportunités.

Le mot vocation\* est souvent utilisé par les patientes : « pour faire votre métier, il faut une véritable vocation... ». Elle l'est aussi parfois par les médecins eux-mêmes.

Je ne crois pas, personnellement, que ce choix puisse être appelé ainsi... mais...

J'évoquerai mon cas personnel.

Je ne pense pas que j'avais la vocation. J'appartenais à une famille dans laquelle il y avait de très nombreux médecins.

Écoutant ce qui se disait autour de moi, voyant mon père gérer sa vie professionnelle, entendant ce qui se disait des médecins, constatant qu'ils avaient l'air passionnés par leur métier, constatant aussi - petit bourgeois lucide - qu'ils étaient socialement estimés et qu'ils semblaient, matériellement, à l'abri du besoin... je trouvais que c'était un bon métier. Vision d'enfant ?

Après le baccalauréat, j'ai fait un inventaire de mes possibilités : n'étant pas matheux, je ne pas pouvoir prétendre à une filière véritablement scientifique. Je n'étais pas non plus très littéraire et, en plus, je ne connaissais pas les débouchés des études de lettres.

En dehors des métiers bien connus : médecin, pharmacien, vétérinaire, architecte, notaire, professeur, je n'avais pas conscience, à cette époque, qu'il pouvait y en avoir d'autres, moins connus, et cependant intéressants et accessibles.

Au moment où je devais m'orienter, mon frère, plus âgé que moi, finissait ses études de médecine. J'ai donc décidé de faire comme lui, comme mon père, ma médecine (c'est ainsi que cela se disait). Il serait d'ailleurs plus juste de dire que je n'ai pas envisagé de faire autre chose. Manque d'imagination, sans doute ! Choix mimétique !

À la fin de ces études médicales, que j'avais faites sans passion, j'ai commencé à faire des remplacements de médecine générale. Je trouvai que c'était

\* Destination naturelle de l'homme. Appel au sacerdoce ou à la vie religieuse. Penchant, aptitude spéciale pour un état.

une pratique difficile. A chaque instant le praticien est confronté aux limites de ses connaissances. Il sait un peu à propos de tout. Ceci, pour moi, était source d'insatisfaction.

Bien sûr, ce n'était que le sentiment personnel d'un jeune médecin sans expérience. Celui qui choisit la médecine générale parvient peu à peu à acquérir les connaissances nécessaires et en apprécie les richesses. Il est le médecin du patient dans sa totalité.

La médecine générale est, c'est certain, la pratique la plus authentique de la médecine\*.

Pour ce qui me concernait, j'eus le sentiment que le fait de faire une spécialité me permettrait de me centrer sur un domaine, de mieux le connaître, d'en mieux maîtriser la pratique et que ce serait intellectuellement plus satisfaisant.

J'avais sans doute aussi le sentiment que le fait de me lancer dans de nouvelles études me permettrait de le faire dans de meilleures conditions que je n'avais fait les années de médecine générale.

Je pensais probablement avoir acquis la maturité et les connaissances de bases grâce auxquelles je pourrais mieux profiter d'un nouvel enseignement.

Quelle spécialité choisir ? Depuis notre lointaine enfance, notre famille était liée à une autre famille amie dans laquelle la mère était gynécologue-accoucheur. Au fil des années, je l'avais vue vivre son métier, et entendue en parler avec passion.

En ce qui me concerne, j'avais fait les études de médecine de base. Je n'avais pas - ce qui était si important à l'époque - passé les concours hospitaliers.

Ceux qui, à Paris,<sup>†</sup> avaient le même parcours que moi étaient très éloignés de la faculté et de ses professeurs, et la formation se faisait, en dehors des cours théoriques, au petit bonheur, en fonction des opportunités.

Pour devenir spécialiste il fallait suivre des cours d'enseignement théorique, souvent fort intéressants. Les stages de formation se faisaient dans les services qui avaient besoin de nous, qui acceptaient de nous prendre. Quatre ans plus tard, si tout se passait bien, on obtenait le certificat d'études spéciales de spécialiste (CES).

\* Elle devrait le rester mais, malheureusement, actuellement ce ne semble pas être le cas...

† En province, les facultés étaient beaucoup plus petites et ce devait être différent

Ma mère était veuve, j'étais boursier, mes frères et sœurs étaient tous étudiants et le coût des études devait être pris en considération. N'ayant pas passé les concours hospitaliers, je ne pouvais pas avoir de salaire dans n'importe quelle branche.

Le cas de l'obstétrique était un peu particulier.

Compte tenu de l'importance des gardes, et du fait que notre discipline n'était pas très recherchée par les internes titulaires, beaucoup de petits hôpitaux de la périphérie de Paris recrutaient des faisant-fonction d'interne pour leurs services de maternité.

Il se trouvait alors que dans l'hôpital de la lointaine banlieue où j'avais fait mon stage de fin d'études, le chef de service était d'origine bretonne. Son nom, comme le mien, l'indiquait clairement.

A chaque fois que je le croisais dans les couloirs de l'établissement il me disait que, l'année suivante, je devrais venir travailler dans son service. Mafia bretonne !

J'étais ami avec l'interne qui était alors en activité dans ce service et il me parlait avec enthousiasme de la spécialité qu'il commençait à étudier. J'allais avec lui suivre quelques cours à la faculté et trouvais cela fort intéressant. Il m'incita à lui succéder à la maternité, tandis qu'il irait, comme c'est l'usage, dans un autre hôpital pour poursuivre son cursus.

Cette discipline m'était un peu connue par les récits que j'avais entendus à son propos par l'intermédiaire de l'amie de la famille précédemment évoquée.

Elle me paraissait prestigieuse : mettre les enfants au monde, que peut-on imaginer de plus beau !

Par ailleurs, sur le plan scientifique elle me paraissait variée : médecine générale, endocrinologie, gestuelle de l'art des accouchements, chirurgie. Au plan humain et psychologique, elle me paraissait intéressante aussi : problématique de la procréation, de la filiation, de la parentalité, de la sexualité.

L'obstétrique implique, par ailleurs, un mode de vie particulier qui m'attirait. Les urgences, dans un contexte de risque, à la fois stressant et stimulant, ont déjà été évoquées. De plus il s'agit d'un travail en équipe avec les sages femmes, les anesthésistes, les auxiliaires de puériculture, les pédiatres et, selon les cas, d'autres protagonistes.

Exercice libéral ou exercice hospitalier ? Mon père était pneumologue spécialiste de la tuberculose et médecin de sanatorium (il y en avait beaucoup

à cette époque), c'est-à-dire médecin salarié. L'amie de mes parents qui était accoucheur exerçait dans une clinique privée. Etant confronté aux deux statuts, il me semblait que le mode d'exercice en établissement public permettait une plus grande sérénité que l'exercice en clinique.

Je voyais par ailleurs qu'en pratique hospitalière, outre la fonction de soin, il y avait aussi des fonctions pédagogiques : participer à la formation des internes, des élèves sages-femmes, des élèves infirmières. Ceci me convenait tout à fait. Je fis donc le choix d'exercer en milieu hospitalier.

## **Et du côté de chez Freud ?...**

Toutes ces explications peuvent sembler franches, honnêtes et cohérentes. Sont-elles les vraies raisons ?

Sans être psychanalyste, il est légitime de se demander, si derrière cette logique apparente il n'y a pas - peut-être - probablement - sans doute - d'autres motifs inconscients, non reconnus, occultés, qui m'ont conduit, moi praticien homme à choisir cette spécialité de la médecine des femmes. On peut essayer d'en imaginer quelques uns.

Le gynécologue par son travail acquiert une grande connaissance du féminin, du sexe qui n'est pas le sien. Il est possible d'imaginer un certain regret de ne pas être femme. De ne pas pouvoir vivre tout ce que celles-ci sont susceptibles de vivre.

La mythologie antique aborde ce sujet. Un récit rapporte que Tirésias\*, se promenant dans les bois, surprit un couple de serpents enlacés. Il les frappa avec un bâton. Instantanément il fut transformé en femme. Sept ans plus tard, rencontrant de nouveau un couple de serpents - étaient-ce les mêmes que la première fois ? - dans la même situation, il fut de nouveau transformé, mais en homme, cette fois.

Par la suite, il arriva que Zeus et Héra aient une discussion pour savoir lequel, de l'homme ou de la femme, éprouvait le plus de jouissance en amour. Tirésias, en raison de son expérience des deux genres, fut appelé à donner son avis. Il dit que le plaisir de la femme était neuf fois plus grand que celui de l'homme.

Héra, furieuse que soit ainsi dévoilé un des secrets des femmes, le rendit aveugle.

\* Le devin Tiresias, de Thèbes était le fils de la nymphe Chariclo, favorite de la déesse Athéna.

Dans un tout autre style le film « Trois hommes et un couffin » est centré sur la frustration que peut éprouver un homme de ne pas vivre l'expérience de la grossesse.

Pour ce qui me concerne, je peux dire que ma mère, merveilleuse par ailleurs, était d'une pudeur extrême. A l'époque, c'était le cas de beaucoup de femmes, mais - je pense - à un moindre degré. Dans la vie quotidienne, en ce qui nous concernait, mon frère, ma sœur et moi, le corps n'était que très peu évoqué et ce qui concernait la sexualité encore moins.

Ma mère nous disait qu'un bidet s'appelait un pédiluve et servait à se laver les pieds. Le nombril s'appelait ombilic, le terme nombril étant trop trivial. Le ventre n'existait pas et, dans la famille, nous avions mal à l'estomac.

Pas moyen de descendre plus bas.

Lorsque nous faisions pipi il fallait le faire sur la faïence, et non sur l'eau du cabinet, car le bruit du jet d'urine sur celle-ci était trop évocateur.

Ai-je éprouvé le besoin de transgresser ces tabous ?

Mon père avait, je crois, une approche différente mais il est mort bien jeune et, sur ce plan, je n'ai guère subi son influence.

Peut-on imaginer une sorte de voyeurisme ? Le gynécologue peut transgresser- il est même payé pour cela - les tabous de la pudeur qui, sauf circonstances particulières, interdisent de voir, de toucher, le sexe caché. Il a un pouvoir singulier vis-à-vis de ces femmes qui, sans défense, viennent le consulter, se montrent à lui dans leur nudité, lui font part de leurs difficultés les plus secrètes, exécutent les gestes qu'il lui demande, se soumettent à ses prescriptions.

Peut-on imaginer une sorte de sadisme ? Une aspiration à - d'une certaine manière - soumettre les femmes. Des femmes examinées, opérées, accouchées : femmes - êtres vivants mais aussi femmes objets ?

Vouloir séduire les femmes. Le médecin - et le gynécologue peut-être encore plus - peut être apprécié par les patientes qu'il suit. Il parvient parfois à les rassurer, elles lui font souvent confiance. A lui elles peuvent tout dire, « lui, au moins, les comprend... ».

C'est le phénomène du transfert, concept décrit par Freud, au cours duquel le patient fait inconsciemment de celui qui le traite, l'objet d'une réaction affective. Selon ses caractéristiques, son âge, ce protecteur peut être une sorte d'amant ou une sorte de père.

En contrepartie, le médecin peut ressentir vis-à-vis de la patiente de la gratitude pour l'estime qu'elle lui porte. Il peut jouir de son pouvoir psychologique sur elle. Il peut jouer son rôle de grand docteur : le docteur bienveillant, le docteur rassurant, le docteur paternel ou le docteur séduisant.

Parfois, confusément, les quatre à la fois !

Ce contre-transfert peut être assimilé à une sorte de donjuanisme platonique. Il est particulièrement intéressant pour le praticien car, contrairement à la séduction amoureuse, il ne dépend ni du charme, ni de la beauté, ni de l'âge du séducteur ! De plus, il ne l'implique pas dans la vie ordinaire.

## **Le gynécologue homme et la féminité**

Le gynécologue est - au fil des heures, des jours et des années - confronté à l'univers des femmes. S'il est lui même femme, celui-ci lui est familier. S'il est homme, il lui est - naturellement - en grande partie, étranger. Ce n'est, évidemment, qu'en grande partie car, par sa vie personnelle, conjugale, sexuelle, par ce qu'il a appris au cours de ses études, par la pratique quotidienne de son métier, il a fini par en comprendre beaucoup d'éléments. Malgré cela, il lui manque l'essentiel : le vécu.

Quelques uns des problèmes évoqués lors des consultations sont organiques, médicalement complexes, plus médicaux qu'humains. La maladie vient au premier plan. En ce sens, ces consultations ne relèvent pas spécifiquement du féminin et la relation patient-médecin n'est nullement sexuée.

D'autres cas sont à l'inverse des problèmes humains complexes, qui ne font pas véritablement appel à la technique médicale, mais ne sont pas, non plus, particulièrement sexués.

D'autres, au contraire, sont très corporels, très intimes, très féminins. Les patientes - fort justement, car notre fonction est de tout écouter - oublient ou négligent le fait que nous soyons des hommes, et évoquent toutes leurs misères, petites ou grandes, physiques ou morales. Nous sommes alors confrontés à certaines réalités du vécu féminin. Soit psychologiques : sentiments, expériences affectives. Soit physiques : problèmes de muqueuses, d'hygiène, de cycles menstruels - qui ne font pas partie de notre expérience personnelle.

La plupart du temps, nous n'y pensons pas. Nous nous incorporons complètement dans les sujets évoqués et les analysons avec le plus grand sérieux.

Parfois, au contraire, nous pouvons avoir une prise de conscience : notre masculinité se révolte. L'interrogation surgit de savoir si, franchement, c'est bien un métier pour un homme.



L'esprit du gynécologue-homme peut alors se perdre, le conduire à rêver à d'autres métiers :

- « Il serait sur la passerelle d'un remorqueur de haute mer un jour de tempête... »
- - « Il conduirait d'énormes engins de terrassement sur les vastes chantiers d'un pays lointain... »
- « Avec des bottes et un ciré, il arpenterait des plaines agricoles... »
- « Ou peut-être il taillerait-il de larges pièces de bois pour construire des charpentes... »

Il ferait un vrai métier viril.

Et il peut s'interroger sur la vraie nature de l'homme gynécologue. Pourquoi un homme devient il gynécologue ?

## **Choix de la spécialité en fonction du sexe**

Contre-chant proposé par Marie-Hélène Ferrier. Accoucheur-Gynécologue. Tous les deux, nous fûmes collaborateurs et amis dans le même service pendant de longues années.

En ce qui me concerne, par exemple, le choix de la spécialité a été déterminé par, d'une part la rencontre d'un « maître », une personne dont l'influence, le modèle, sont importants, et à 20-25ans, ça compte, et d'autre part le fait que je me sentais plus en harmonie, en accord avec la moitié féminine de l'humanité.

A l'hôpital, les patients sont souvent un peu âgés, d'un milieu social pas forcément proche du nôtre, et je me sentais peu de points communs avec ces hommes opérés d'un cancer du larynx ou victimes d'un infarctus.

Avec des femmes, mêmes âgées, mêmes un peu frustes, il me semblait qu'il y avait une sorte de sororité, que je partageais plus leur vie, leurs problèmes, leurs secrets, voire leur inconscient. En choisissant la gynécologie, j'avais vraiment l'impression de leur être le plus utile.

A l'inverse, si l'on peut dire, le choix du praticien par la patiente obéit un peu aux mêmes raisons, en miroir. Si certaines femmes sont indifférentes au sexe de leur gynéco – en dehors de motifs religieux qui surgissent aujourd'hui dans le débat- un bon nombre sont assez inconditionnelles : homme /femme.

Celles qui optent pour un gynéco homme sont peut-être dans une démarche - inconsciente le plus souvent - de séduction, ou de recherche d'une figure protectrice, paternelle, je ne sais ; mais celles qui penchent pour une gynéco femme disent souvent clairement qu'elles recherchent cette communauté, voire cette complicité avec quelqu'un « comme elle », censé mieux se mettre « dans leur peau » et les comprendre.

## **Confrontation à la féminité**

Les cordonniers manipulent des chaussures, du cuir, de la colle et des clous\* ; ils ont fréquemment avec leurs clients des dialogues concernant la problématique des chaussures et des pieds.

Les instituteurs sont immergés dans le milieu de l'école et des enfants ; chaque jour ils évoquent les lettres et les nombres, les règles de la grammaire et les procédures du calcul ; ils connaissent bien le fonctionnement mental des enfants et de leurs parents.

On pourrait évoquer les fabricants de yaourts, les spécialistes de l'éthologie, les hommes politiques ou les médiévistes...

Dans chacun de ces cas, la confrontation durable à un métier - pendant des heures, des jours, des années - entraîne, pour chacun une familiarité exceptionnelle avec le domaine qui le concerne et le conduit à réfléchir fréquemment, à tous les éléments que sa profession l'amène à considérer.

Le métier des accoucheurs et des gynécologues, concerne les femmes : ils sont confrontés à leurs problématiques, ils doivent analyser leur physiologie et leurs maux. De ce fait, pendant les heures de consultations, jours après jours - pendant les heures de gardes, jours après nuits - ils sont confrontés à la féminité : ils voient des femmes. Ils entendent leurs propos. Ils voient leur corps et réfléchissent à son fonctionnement ou à ses dysfonctionnements.

Ils sont confrontés à la maternité. Ils suivent le développement des grossesses et vivent quotidiennement l'événement extraordinaire qu'est la venue au monde d'un enfant.

Ils voient des patientes de divers modèles : jeunes ou moins jeunes, enceintes ou non enceintes, bien portantes ou malades : des femmes toutes différentes...

Au delà des réflexions obligatoires visant à analyser les problèmes posés par chacune, machinalement, les professionnels - si je m'en réfère à ma propre expérience - se livrent souvent à des réflexions incidentes, vagabondes, sur ce

\* Ces comparaisons peuvent sembler triviales mais il faut garder à l'esprit que les médecins sont, entre autres, des artisans comme les autres.

qui est en cause à chaque instant. Ils réfléchissent aux corps et à leur aspect, aux peaux et à leur texture.

Au milieu de la réflexion proprement médicale surviennent des éclairs de constatations, des éclairs d'interrogations : sur un mot prononcé, un symptôme exposé ; sur une tache cutanée, une médaille singulière, un tatouage, une cicatrice.

Des éclairs d'interrogation, de réflexion, des présences d'esprit sur un élément du fonctionnement du corps auquel - après tant d'années d'exercice - nous n'avions pas pensé.



# Gynécologie



# Le labyrinthe





# Quelques informations sans lesquelles on ne pourrait comprendre la suite...

## **Le début en gynécologie, la fin en obstétrique**

La vulve, à la différence des organes génitaux de l'homme, est bien discrète. Située à la face interne des cuisses, elle est masquée en grande partie par la pilosité pubienne. Elle est en continuité avec le vagin au fond duquel se trouve le col de l'utérus. Vulve et vagin constituent un ensemble dont la vulve est l'élément externe.

La cavité vulvaire entre les lèvres, grandes et petites, et l'hymen a pour nom : " vestibule ". Au-delà de l'hymen se situent la cavité vaginale, puis l'utérus, les trompes, les ovaires.

La vulve comporte en avant le mont de Vénus, en arrière le périnée qui est situé entre la vulve et l'anus et latéralement, les grandes lèvres. A ce niveau se trouvent des glandes qui, lors des stimulations sexuelles, secrètent des mucosités qui lubrifient l'ensemble vulve-vagin.

Entre les grandes lèvres, à elles rattachées, les petites lèvres sont de fines structures, dépourvues de pilosité. Elles se réunissent sous le mont de Vénus, où elles ensèrent le clitoris.

Le vestibule vulvaire, les petites lèvres et le clitoris constituent des zones éminemment sensibles et érogènes.

L'appareil urinaire débouche dans le vestibule, à la partie antérieure de la vulve, en arrière du clitoris, par un petit orifice, le méat urétral.

Les lèvres assurent la fermeture de la cavité vulvo-vaginale. Les grandes constituent un bourrelet qui maintient une pression sur les petites, lesquelles sont minces et se rident facilement ce qui leur permet de s'accoler avec une certaine cohésion.

Grandes lèvres et petites lèvres forment un système de valve qui permet les flux de l'intérieur vers l'extérieur, par exemple les règles, les secrétions muqueuses, mais assure une relative occlusion dans le sens inverse afin d'isoler, dans une certaine mesure, la cavité vaginale du milieu extérieur, et de la protéger des microbes du périnée.

Comme pour tous les éléments du corps humain, il y a une grande variété de morphologies vulvaires.

Les femmes jeunes qui n'ont pas eu d'enfants ont une vulve mince, la transition entre la peau, à l'extérieur, et la muqueuse, à l'intérieur, est bien nette et la coalescence des petites lèvres est précise.

Les femmes qui ont eu plusieurs enfants ont souvent un périnée cicatriciel et la fermeture vulvaire est moins franche. Les femmes obèses ont des sexes profonds, peu visibles, enfouis au milieu du volume des grandes lèvres.

Les femmes âgées ont un sexe plissé, recroquevillé, fermé.

Certaines femmes ont des *descentes d'organes* - le terme médical est *prolapsus* - qui modifient sensiblement l'anatomie locale.

Il existe une variété des pigmentations et des pilosités en fonction de la carnation, de l'origine ethnique.

Il y a des vulves rasées pour des motifs culturels, religieux ou personnels.

Par l'examen local, le gynécologue pourrait presque imaginer le type de patiente qu'il examine.

Au-delà de l'hymen la vulve devient le vagin. Celui-ci est relativement protégé des infections par une flore bactérienne particulière, spécifique à chaque femme, qui, dans une certaine mesure, le protège des microbes extérieurs.

Les parois du vagin sont normalement accolées et sa cavité est virtuelle. C'est un canal élastique de dix centimètres de long, environ. Il peut se dilater lors des relations sexuelles.

Pendant la grossesse, sa texture se modifie et il devient encore beaucoup plus souple, ce qui permet à son diamètre d'atteindre dix à douze centimètres. Ceci correspond à ce qui est nécessaire pour la progression du fœtus, et en particulier de sa tête.

La vulve et le vagin permettent, lors des relations sexuelles, le transfert des spermatozoïdes des organes génitaux de l'homme, vers ceux de la femme. La rencontre fusionnelle éventuelle d'un spermatozoïde - (rappelons qu'il y en a plusieurs millions dans chaque éjaculat) - avec un ovule (habituellement il n'y en a qu'un) se nomme fécondation. Elle permet la constitution d'un *zygote*\* point de départ de la constitution de l'embryon puis du fœtus.

Lorsque cette rencontre n'a pas lieu, ce qui est l'éventualité de loin la plus fréquente, la menstruation survient à la fin du cycle.

Le nouveau né de sexe féminin a, dans ses ovaires, plusieurs centaines de milliers d'ovules. Beaucoup régressent et, à la puberté, il en subsiste environ

\* Zygote : œuf fécondé, produit de la fusion des gamètes.

400 000. Entre puberté et ménopause environ 400 sont libérés par l'ovaire lors des ovulations, au milieu des intervalles entre deux menstruations.

Au cours d'une vie, un à trois, rarement plus de nos jours, seront fécondés. En effet, le taux moyen de fécondité en France est actuellement d'environ deux enfants par femme.

Nous verrons qu'il n'en fut pas toujours ainsi.

## L'hymen, structure énigmatique

A quoi sert-il ?

Il marque la limite entre la vulve et la cavité vaginale.

Lors des relations sexuelles, puis des naissances, il est déchiré mais il en subsiste des reliquats, les *caroncules hyménales*.

Il serait une formation anatomique spécifique de l'espèce humaine. On n'en signalerait que des traces, sous forme de bourrelets rudimentaires, chez certains animaux : l'hyène, la taupe... Il faudrait vérifier !

La forme et le diamètre de son ouverture sont variables.

Cette petite membrane charnue a, de tout temps, fait beaucoup parler d'elle. Chez les femmes qui n'ont pas eu de relations sexuelles, l'hymen est intact. Chez celles qui en ont eu, il ne l'est plus, il est déchiré. Témoin de cette transition : la tache de sang sur le drap.

Ceci est, du moins, la théorie. En réalité la présence d'un hymen en apparence intact n'est pas forcément synonyme de virginité ; certains orifices hyménaux sont si souples qu'ils permettent la pénétration du pénis sans se déchirer ou sont au contraire ouverts alors qu'il n'y a jamais eu de relation sexuelle.

Ainsi, la définition de la virginité par l'intégrité apparente de l'hymen n'est pas un critère très fiable.

Il est triste de penser que cette petite membrane et son orifice furent et demeurent un élément incontournable pour définir la virginité sociale et que beaucoup de jeunes femmes ont été punies, exclues, en fonction de ce détail anatomique incertain.

A tel point que certaines se font opérer pour reconstituer leur indispensable virginité.

Il est aussi des cas très rares, où l'hymen n'est pas perforé. On entre là dans le domaine de la pathologie. Les femmes porteuses de cette malformation ne

sont pas réglées, ont des douleurs périodiques. Le traitement de ces cas est chirurgical.

Celle chez qui l'hymen semble intact est jeune-fille, vierge, pucelle, demoiselle. Celle chez qui il ne l'est plus est devenue femme. Elle a été déflorée : elle aurait perdu sa fleur... Un cadeau au mari, à la belle-famille, qu'il était, traditionnellement, obligatoire d'offrir lors de la nuit de noce.

Actuellement il semble que ceci, dans nos pays, ait notablement évolué. Ce n'est pas le cas dans de nombreuses régions du monde.

Les hommes, n'ayant pas d'hymen, n'ont pas du tout cette obligation de virginité. On pourrait dire que - bien au contraire - il ne serait pas mal considéré, que le jeune marié soit l'initiateur de sa jeune épouse, dans un domaine qui lui serait déjà familier. Paradoxe ! Incohérence ! Injustice !...

## **La matrice**

Au vagin font suite le col de l'utérus puis le corps utérin (la matrice).

Le col forme, au fond du vagin, une protubérance au milieu de laquelle un canal le fait communiquer avec la cavité utérine. Au fond de celle-ci débouchent les deux trompes dites "de Fallope" qui elles-mêmes sont, à leur extrémité, au contact des ovaires.

L'utérus est un organe bien mystérieux. Ses parois sont musculaires. En dehors de la grossesse il mesure 7 cm sur 5 cm, sa cavité est virtuelle.

Lors de la grossesse il a la capacité de se développer suffisamment pour contenir le fœtus ainsi que le placenta et la poche des eaux, indispensables au développement et à la survie du fœtus.

La cavité utérine est revêtue d'une muqueuse qui subit des modifications en fonction des cycles hormonaux de la femme. Mince après les règles, elle épaissit et change de structure à partir de l'ovulation, vers le 14<sup>e</sup> jour du cycle. Elle devient alors favorable à l'implantation de l'embryon.

En l'absence de grossesse, en fin de cycle les taux hormonaux diminuent, la muqueuse s'altère et est éliminée en quelques jours. Ce phénomène s'accompagne de saignements, ce sont les menstruations, les règles.

En cas de grossesse, la muqueuse se modifie tout au long de celle-ci, en harmonie avec le développement de l'embryon, du fœtus et du placenta.

Avant la puberté et après la ménopause, la muqueuse, subissant une stimulation hormonale faible, est peu développée.

## Trompes, ovaires

Les glandes sexuelles féminines - les ovaires - beaucoup plus discrètes que les testicules masculins, sont dissimulées dans le bas-ventre, de part et d'autre de l'utérus.

C'est à leur niveau que se développent les cellules reproductrices, gamètes femelles. Initialement très petites - ovogonies - elles se développent et deviennent ovocytes. Ceux-ci comportant au départ la totalité des chromosomes de la mère (46 chromosomes, dans notre langage nous disons "2N"), ils n'en comportent plus, à la fin du processus, que la moitié de ceux-ci, 23 (soit "N").

Les ovaires communiquent avec l'utérus par les trompes. Celles-ci s'épanouissent en une structure appelée pavillon qui est au contact de l'ovaire, puis se prolongent par un canal qui s'ouvre dans l'utérus au niveau des cornes de celui-ci.

Lors de l'ovulation, l'ovule est normalement capté par la trompe et descend dans le canal de celle-ci. La rencontre entre la demi-graine féminine, l'ovule, et la demi-graine masculine, le spermatozoïde, y a lieu. Ce phénomène est désigné par le terme de fécondation.\*

## Les mamelles

Les femmes en âge de procréer ont la charge de porter les enfants qu'elles ont conçus avec leur mari, leur conjoint, leur homme, un homme. Ensuite elles doivent les nourrir. S'il s'agit d'un allaitement maternel, allaitement au sein, allaitement naturel, elles seules peuvent le faire. L'alimentation des nouveau-nés et des nourrissons est un processus fort délicat. Ceux-ci ont besoin d'un lait qui soit strictement adapté à leur organisme. C'est très important, ils sont si fragiles. Depuis la nuit des temps c'est le lait de leur mère.

Aujourd'hui, dans les pays favorisés, le lait maternel peut-être remplacé par

\* Depuis l'antiquité il y eut de nombreuses controverses relatives à la fabrication du petit d'homme / du petit de femme. Certains pensaient que la graine était apportée par l'homme et que l'utérus de la femme n'était qu'un terreau fertile. D'autres pensaient que tous les humains avaient été réalisés, en tout petit, à l'origine des temps dans les ovaires des premières femmes et que, génération après génération, quelques homoncules étaient libérés et pouvaient se développer. L'ovule et le spermatozoïde ont été décrits avec précision pour la première fois à la fin du XVIIe siècle. Leur fécondation mutuelle a été montrée un siècle et demi plus tard. Ainsi, le phénomène de la fécondation est réellement connu et admis depuis un peu moins de 200 ans.

du lait artificiel\*. Dans ce cas, les deux conjoints peuvent s'impliquer dans la nutrition de leur enfant.

Ainsi, le processus de la reproduction inclut des éléments anatomiques non pelviens en relation avec la maternité, les mamelles, les seins.

Ils sont si importants que la classe de vertébrés qui en possèdent, dont les humains, est désignée par le terme "mammifères" (porteurs de mamelles).

Ils ont des formes et des volumes très différents d'une femme à l'autre et selon l'âge de chacune. Lors de la grossesse puis de l'allaitement, ils augmentent considérablement de volume. Leur aspect et leur structure changent encore.

Les seins n'ont de fonction spécifique que lors de l'allaitement mais, après la puberté, ils sont présents pendant toute la vie. Ils sont constitués de quatre éléments : une enveloppe cutanée (la peau), du tissu graisseux, du tissu de soutien et la glande mammaire proprement dite. Contrairement à ce que croient beaucoup, il n'y a pas de muscles. Se muscler la poitrine est impossible.

La glande mammaire est constituée de glandes productrices de lait, les acini et de canaux excréteurs, les canaux galactophores, qui débouchent au niveau de minuscules orifices au sommet du mamelon. En dehors de la grossesse, la glande représente une proportion très réduite de la masse du sein.

Comme les autres éléments de l'appareil génital, elle est soumise à l'influence des hormones.

Dans la première partie du cycle, la montée des œstrogènes favorise son développement. Le processus s'achève lors de l'ovulation, vers le milieu du cycle.

Après celle-ci, la progestérone vient ajouter son influence à l'effet des œstrogènes et permet un développement harmonieux de la glande.

Lors des règles, la chute des taux hormonaux, œstrogènes, progestérone, provoque une certaine régression de celle-ci et des phénomènes au niveau de la microcirculation qui font qu'ils sont moins volumineux, plus souples.

C'est la meilleure période, pour les examiner, les palper et les radiographier et donc pour les examens de dépistage.

L'insuffisance de progestérone en deuxième partie de cycle, et surtout avant les règles (période prémenstruelle) est, en raison de problèmes circulatoires congestifs, responsables des sensations de tension et douleur mammaire prémenstruelles, dont se plaignent beaucoup de femmes.

\* Les laits "artificiels" sont faits à partir de laits de mammifères vaches, chèvre, brebis, auxquels on ajoute du sucre, des vitamines et d'autres substances (taurine, etc.) pour que leur composition se rapproche le plus possible de celle du lait maternel. Leur composition varie, comme celle du lait maternel, en fonction de l'âge (premier âge, deuxième âge, etc.).

Lors de l'accouchement, l'expulsion du placenta provoque une chute brutale des taux hormonaux qui jusque-là étaient très élevés. A ce moment intervient une autre hormone sécrétée par l'hypophyse, la prolactine. Celle-ci génère la montée du lait, qui ensuite est entretenue par la succion du mamelon.





# Femme et homme. Des sexes bien différents, en apparence...

## Sexe féminin, sexe discret

Le sexe féminin humain est un sexe discret.

Celui des femelles de quadrupèdes est habituellement fort visible sauf lorsque la nature a prévu, comme dans beaucoup d'espèces, une queue qui selon sa configuration et sa mobilité le masque de manière plus ou moins permanente.

Pour les humains, les choses ont beaucoup changé depuis qu'ils ont abandonné, il y a fort longtemps, leur queue et la marche à quatre pattes, et se sont transformés en bipèdes.

Les femelles humaines ayant adopté la station debout, leur sexe, orienté vers le bas, n'est guère visible. De plus, contrairement aux organes homologues masculins, la majorité des organes génitaux de celles-ci sont placés à l'intérieur de leur corps, peu accessibles au regard. Si l'on regarde une femme nue debout, on peut voir le triangle pubien et sa pilosité, mais le sexe, à peine.

Le célèbre tableau de Gustave Courbet « L'origine du monde » - il y en a sans doute eu d'autres, mais celui-ci est le plus connu - fait exception. Il montre une femme couchée dont le sexe est clairement exposé. Ce n'est probablement pas une œuvre à intention érotique mais plutôt une réalisation documentaire, symbolique et, peut-être, provocatrice.

Documentaire : le sexe de la femme dans sa plus simple expression.

Symbolique : cette petite fente habituellement cachée, ici montrée dans sa simplicité, est - si l'on remonte les générations - à *l'origine du monde*.

Provocatrice : ce tableau a été peint en 1866, époque où l'expression de la nudité et de la sexualité était moins libre qu'aujourd'hui.

Tellement provocatrice que le célèbre psychanalyste Jacques Lacan qui acquit le tableau en 1955, malgré la largeur d'esprit que devaient lui conférer sa spécialité et la liberté que lui permettait sa renommée, le fit placer dans un cadre à double fond sur lequel était peinte une autre œuvre. S'il voulait montrer à ses amis et relations "L'origine du monde", il faisait glisser le premier tableau qui l'occultait, afin qu'il soit dûment exposé.

Même Lacan ne laissait pas "à l'œil libre" un tableau sur lequel figurait un sexe de femme dans sa totale simplicité anatomique. Et pourtant, les croquis de pieds, de mains ou de visages ne manquent pas.

Il est difficilement admis que soient réalisés des portraits de sexe.

### ***Les petites règles de moineau***

*Je connaissais cette dame depuis de nombreuses années. Retoucheuse dans un atelier de confection, elle avait eu plusieurs enfants. Je l'avais suivie pour ses grossesses et maintenant je la voyais pour ses contrôles annuels.*

*Alors qu'elle arrivait en période de pré ménopause, elle vint me consulter pour - ce qui est assez fréquent dans ce contexte - des règles anormalement abondantes.*

*A priori, ça ne paraissait pas bien grave. Il fallait cependant faire les examens habituels pour s'assurer que ces symptômes n'étaient pas le témoin d'une maladie organique, voire, peut-être, d'une maladie grave.*

*Bien souvent, il n'est pas nécessaire de faire d'emblée des explorations lourdes. Il faut faire les examens les plus accessibles, sans inconfort majeur pour la patiente, donner un traitement d'épreuve, et bien insister auprès de celle-ci pour que - sans faute - elle revienne si tout ne rentre pas rapidement et complètement dans l'ordre.*

*En pratique, la plupart du temps on ne dépiste rien de grave. La surabondance des règles est liée aux changements d'équilibre dans l'imprégnation hormonale, qui surviennent à cet âge, et les traitements qui sont donnés dans ce contexte sont souvent efficaces.*

*Toutes ces précisions ne visent qu'à décrire le contexte de la consultation et citer le poétique propos de la patiente.*

*Pour exprimer les troubles de son cycle elle a utilisé une expression très personnelle : « Je suis très étonnée d'avoir des règles si abondantes. Habituellement, j'ai des toutes petites règles : des règles de moineau ».*

### **Le sexe de l'homme**

Sexe féminin, sexe discret ! Il a des caractéristiques bien différentes du sexe masculin.

Bourses et pénis constituent chez l'homme adulte un ensemble volumineux, extériorisé, bien visible.

Visuellement, est-il gracieux ? Au repos il peut être tout mou et tout fripé. Le pénis émerge de la pilosité pubienne comme une espèce de langue molle. Au moindre mouvement, cet ensemble ballotte.

Dans les cultures occidentales modernes, il est maintenu dans le creux d'un slip ou voilé par un caleçon.

Dans d'autres cultures, pour quelques raisons, le pénis est placé dans un étui spécialement conçu à cet effet : l'étui pénien.

Il est curieux de constater que presque toutes les populations qui vivent nues, que ce soit en Afrique, en Australie, en Amérique, ou dans d'autres régions du monde - qui n'ont guère eu de contacts entre elles - ont recours à cet étui. Sans doute est-il fort utile pour protéger ce sexe extériorisé des agressions du milieu naturel, ronces, lianes et autres. Peut-être aussi est-il par ce moyen mis dans une position qui donne le sentiment qu'il est en majesté, même s'il est en état de repos complet.

Dans la statuaire gréco-romaine, il y a beaucoup de représentations d'hommes nus dont le sexe, très visible, est sculpté avec beaucoup de précision. A l'inverse, celui des femmes est souvent voilé.

Dans la peinture ou la statuaire de la renaissance, on voit beaucoup de femmes nues, dont le sexe se dérobe au regard mais dont le triangle pubien est presque visible tandis que le sexe des hommes est le plus souvent caché, du fait de leur attitude ou par la symbolique feuille de vigne.

Encombrant au repos, le pénis peut ne pas l'être moins lorsqu'il s'anime inopinément, à l'insu de la volonté de l'être auquel il appartient : l'érection du matin, le piquet de tente, qui oblige les hommes jeunes à se cacher le sexe de deux mains pudiques lorsque, encore en pyjama, ils croisent quelque proche dans un couloir de la maison, ou l'érection induite par quelque émoi, alors que le sujet souhaiterait que celui-ci ne soit pas exprimé.

Les femmes ont-elles l'équivalent de ce phénomène ? Je m'en suis enquis autour de moi ; il semble que non.

Encombrant, il ne l'est évidemment plus lors des érections liées à un désir partagé, lors d'une relation de couple.

Lors de l'érection, le sexe masculin - organe fouisseur, avec sa tête chercheuse obstinée - est sans doute moins moche. Les bourses s'effacent et le pénis prend un aspect légèrement conquérant (!...) qui lui sied peut-être mieux...

Pour en revenir aux représentations artistiques et à l'antiquité on peut remarquer que les céramistes qui peignaient les vases grecs représentaient souvent des athlètes ou des guerriers avec un sexe en érection.

Le caractère extériorisé et érectile du pénis, confronté au sexe discret et caché de la femme ont eu une incidence sur la compréhension de la sexualité et les images respectives de la femme et de l'homme.

## Homme acteur, femme passive ?

A l'extrême, le sexe masculin peut être compris comme un organe de domination. Le phénomène n'est hélas pas rare, il est même universel en toutes époques. Le guerrier violeur : comme s'il y avait un parallèle entre le sexe masculin et la lance ou l'épée. Un organe permettant à l'homme dominant de transpercer, défoncer, assassiner.

Il a été souvent pensé que l'homme plante sa graine et que la femme n'en serait que le réceptacle comme une terre plus ou moins fertile qui se doit de faire fructifier la semence de l'homme.

En réalité, le pénis permet à l'homme de déposer dans le vagin de la femme des spermatozoïdes (hémi-graines masculines) qui iront à la rencontre d'un ovule (hémi-graine féminine) pour constituer "la graine", le zygote – d'origine mixte, maternelle et paternelle - première étape de la constitution du futur embryon.

Une graine, ça se fait à deux.

Donc, la femme apporte sa demi-semence et fournit le terreau. L'homme apporte aussi sa demi-semence, mais il ne fournit pas de terreau.

Non, contrairement à ce qui a été cru longtemps, la femme n'est pas qu'une terre plus ou moins fertile. La fertilité des couples est mixte.

Ce Phénomène a été établi au milieu du XIXe siècle.

## Différences et similitudes

En dépit des apparences, les similitudes sont plus grandes qu'il n'y paraît entre les organes génitaux féminins et masculins.

Au tout début de leur développement, chez l'embryon, ils sont identiques et de type féminin. Ils se différencient ensuite sous l'effet d'hormones spécifiques. Chez le petit mâle, très tôt ils évoluent du type féminin au type masculin.

Les grandes lèvres sont chez la femme l'équivalent des bourses chez l'homme. La partie terminale du clitoris est assimilable au gland du pénis.

Comme le pénis, le sexe féminin possède des structures érectiles, les corps caverneux et le corps spongieux.

Ceux-ci sont constitués, dans les deux sexes, de vaisseaux et de lacs sanguins dans lesquels le sang, au repos, circule normalement. Sous l'effet de stimulations nerveuses les micro-muscles qui entourent les vaisseaux peuvent empêcher la sortie du sang. Sous l'effet de cette surpression les vaisseaux se dilatent, ce qui produit un durcissement de ces structures.

Ceci induit l'érection, bien visible chez l'homme, plus discrète chez la femme.

Elle concerne les corps spongieux du pénis, ceux du clitoris et ceux qui entourent l'orifice vulvaire.

L'excitation sexuelle est induite par des phénomènes neurosensoriels complexes qui mettent en jeu les nerfs des régions dites érogènes et des centres cérébraux.

Elle peut être induite par de nombreuses stimulations tactiles, visuelles ou olfactives ainsi que par des élaborations psychiques conscientes ou inconscientes, pouvant survenir en état de veille ou lors du sommeil.

L'excitation sexuelle, bien visible chez l'homme, l'est moins chez la femme.

Elle s'accompagne d'une augmentation de la sécrétion des glandes péri vulvaires et d'une transsudation au travers de la muqueuse vaginale, qui augmentent l'humidité locale.

Chez l'homme, les sécrétions prostatiques qui accompagnent l'érection créent de la même manière une humidité locale. Ces sécrétions ont un rôle de lubrification lors de la relation sexuelle. Elles accompagnent l'érection.

Dans les deux sexes, l'orgasme est associé à des contractions spasmodiques de la musculature du périnée.

Curieusement, le réseau nerveux correspondant au périnée porte, chez la femme comme chez l'homme, un nom très ancien et qui, aujourd'hui, paraît singulier : le plexus "honteux". Cette appellation dénote la place très particulière qu'occupait, qu'occupe, *le sexe* dans l'univers mental des humains.

## ***Une histoire très ordinaire***

*Je vois en consultation une femme d'une quarantaine d'années. Elle n'est pas très grande, plutôt mince. Elle me raconte son histoire.*

*Elle a été mariée et le couple habitait Zurich.*

*Après plusieurs années de vie commune ils ne parvenaient pas à obtenir de grossesse. Ils furent explorés pour cette stérilité et la patiente devint enceinte grâce à une fécondation in vitro. Quelque temps plus tard - comme il arrive souvent - une seconde grossesse survint spontanément à l'occasion d'un oubli de pilules.*

*La patiente me parle de son ex- mari : « C'était un homme qui avait de gros besoins sexuels... Il ne cherchait qu'à assouvir son désir sans se préoccuper de ce que je pouvais souhaiter ou ressentir... ».*

*Lassée de ce mari brutal, elle s'était séparée de lui et était revenue vivre en Bretagne, d'où elle était originaire et où demeurait toujours sa famille.*

*Elle trouva rapidement un travail de secrétaire de direction dans une entreprise locale. Son mari, resté à Zurich, s'était remarié et avait eu un autre enfant.*

*Le jour où elle vint en consultation, elle avait tout juste 40 ans. « C'est le jour de mon anniversaire », précisa-t-elle. Est-ce un hasard ?*

*Elle me dit : « Ca fait longtemps que je veux parler de ce problème mais je n'ose pas... Je n'ose pas trop parler de ces questions... Lors des rapports sexuels, je n'ai pas d'orgasme... Avec mon mari, nous avons consulté un sexologue à Zurich mais il s'est lassé de ces séances qui troublaient ses certitudes et qu'il trouvait ridicules. Il n'a pas voulu poursuivre la démarche ».*

*Elle ajoute que par la suite elle a eu, à plusieurs reprises, des aventures avec des hommes mais - précise-t-elle - elle avait le sentiment que sa sexualité n'était pas correcte.*

*Arrivée à 40 ans, ayant deux enfants âgés de 10 et 13 ans, elle a le sentiment d'avoir raté sa vie. Elle explique que, comme elle a des complexes par rapport à sa vie sexuelle, elle ne se sent pas vraiment comme les autres. Elle n'ose pas aller vers eux. Elle attend d'eux une attention dont elle a le sentiment qu'ils ne la lui donneront pas.*

*Elle conclut : « je ne sais pas être "acteur" ».*

## ***Le bouquet de madame Carreiros***

*Le symbole du bouquet est fort. Un bouquet, c'est beau, c'est éphémère, ça sent bon. C'est un symbole d'amitié, d'amour. C'est quelque chose que l'on offre.*

*Elle l'avait bien compris, madame Carreiros.*

*Cette dame avait travaillé pendant des années dans les cantines scolaires, elle avait élevé ses enfants qui ensuite s'étaient établis dans le voisinage. Elle était sans doute veuve, ou séparée de son mari. Elle arrivait vers les cinquante cinq, soixante ans.*

*Elle avait un ami qu'elle avait peut-être rencontré dans un bal de l'après-midi ou ailleurs.*

*Compte tenu de son âge, sa ménopause était bien installée.*

*Comme il arrive souvent, sa pilosité pubienne peu à peu, s'était clairsemée. Au sommet de son mont de Vénus - cette bosse d'amour- il n'y avait presque*

*plus de poils. On voyait sa peau blanche et lisse comme le devant d'un genou. A priori, ça ne paraissait pas bien grave.*

*Il se trouve cependant que, pour l'amoureux de madame Carreiros, il n'en allait pas ainsi. Ce pouvait être un homme fruste, peut-être plus friand de sexe que de sentiment. Comment pourrait-on le savoir ?*

*Quoiqu'il en soit, il avait dit à sa compagne qu'il était gêné par ce pubis glabre. Il lui avait dit – c'est en tout cas ce qu'elle m'a rapporté - qu'il était gêné par son "bouquet" : il le trouvait insuffisant, pas assez fourni.*

*Estimant que son homme avait sans doute raison, elle avait intériorisé le reproche : n'avoir à offrir qu'un si pauvre bouquet ne pouvait être du véritable amour.*

*Elle aurait bien voulu que la médecine fasse quelque chose pour remédier à cette insuffisance. Mais, dans ce cas, la médecine ne pouvait rien. J'ai dû le lui dire.*

*Années après années, j'ai revu madame Carreiros en consultation. Sa vie amoureuse, au fil du temps, s'était peut-être éteinte. Sa pilosité pubienne, c'est certain, ne s'était pas développée.*

*Quoi qu'il en soit, à chaque consultation de cette dame, je ne pouvais m'empêcher de penser au problème de son bouquet, le bouquet de l'amoureuse qui estimait avoir trop peu à offrir.*

## **Complémentarité des deux sexes ; l'androgynie primitif**

Le pénis présente la particularité d'avoir un organe féminin complémentaire : l'ensemble vulve - vagin.

La vulve et le vagin présentent la particularité\* d'avoir un organe masculin complémentaire : le pénis.

L'appareil génital féminin ne peut accueillir de grossesse sans la participation d'un pénis. L'appareil génital masculin, ne peut pas procréer s'il ne rencontre pas de vulve et d'utérus.

Les appareils génitaux masculin et féminin ne sont chacun que la moitié d'un ensemble constitué par l'association des deux. De ce fait, les anatomies respectives de la vulve, du vagin et du pénis, sont parfaitement adaptées l'une

\* En fait cette particularité n'est pas spécifique à ces deux organes : ce phénomène de complémentarité d'un organe d'un individu par rapport à un autre organe appartenant à un autre individu de la même espèce peut être retrouvé dans de nombreux cas : une main a, entre autres fonctions, celle de pouvoir serrer d'autres mains, une oreille a, parmi ses fonctions, celle d'écouter les mots que prononcent les bouches des autres, les mamelons sont adaptés à la succion par les nourrissons. Dans le cas de la complémentarité vulve-vagin / pénis, celle-ci paraît particulièrement marquée.

à l'autre. Lorsqu'ils se rencontrent, ils ne constituent plus, en quelque sorte, qu'un seul organe, appartenant à deux personnes différentes.

Dans le mythe platonicien\* de l'androgynie est évoqué le concept de deux êtres complémentaires fusionnés, qui auraient été séparés et chercheraient à se rejoindre. Le point de liaison de ces siamois, de sexes différents, serait-il ce sexe fusionnel : vulve et pénis associés ?...

## **Circoncision, excision, infibulation. Interdits sexuels**

Curieuses coutumes que celles de la circoncision, de l'excision et de l'infibulation.

Pourquoi retrouve-t-on dans tant de cultures ces interventions dangereuses et douloureuses ?

La circoncision, aujourd'hui, grâce à l'asepsie, à l'anesthésie et aux conditions opératoires, ne pose plus guère de problèmes. Autrefois, et aujourd'hui encore dans de nombreux pays en voie de développement, elle reste une intervention dangereuse. Que de douleurs, d'hémorragies, d'infections - en particulier le tétanos - et parfois de morts.

L'excision et/ou la suture des lèvres vulvaires (infibulation) présentent des dangers beaucoup plus grands, d'autant qu'elles sont le plus souvent pratiquées de manière rituelle, à l'ancienne. Combien de petites filles sont mortes des mêmes complications.

Par ailleurs, contrairement à la circoncision qui n'apporte pas beaucoup de modifications dans la sexualité de l'homme, les interventions pratiquées sur les femmes constituent de terribles mutilations. Elles les transforment en êtres-objets qui appartiennent à l'homme.

Quelle est la signification de ces interventions ?

Il est parfois dit que la circoncision correspondrait à l'ablation de l'élément féminin du pénis (le prépuce), et l'excision à l'ablation de l'élément masculin de la vulve (le clitoris).

L'excision viserait à supprimer la jouissance de la femme afin de limiter sa liberté sexuelle ?

L'infibulation signifierait que le vagin de la femme appartient au mari et

\* Platon. Le Banquet. Env. 380 av. J.C.



que son accès serait interdit en dehors d'un projet de procréation à l'initiative de celui-ci.

La femme, ainsi, n'aurait pas la maîtrise de ses organes génitaux. Ceux-ci seraient soumis au pouvoir du mari (et de sa famille).

## Jouissances

La jouissance féminine dans l'acte sexuel, a été longtemps plus ou moins interdite par les religions du livre - chrétienne, juive et musulmane.

Pour celle des hommes, il en va différemment. Tout le monde sait bien qu'ils jouissent. Ça se voit. S'ils ne jouissaient pas il n'y aurait ni érection, ni pénétration, ni éjaculation, pas de procréation.

Alors interdire leur jouissance ?...

Pour la femme, la relation entre jouissance et procréation est moins évidente. Il est donc plus facile de leur déconseiller, de leur interdire, de jouir, même si...

Cet interdit est curieux dans la mesure où la reproduction sexuée, l'attirance sexuelle, le désir, la libido, la jouissance, le pénis, le clitoris, le vagin, bref, tous les éléments de la sexualité sont - si l'on croit en Dieu - des créations divines. Et si l'on n'y croit pas, des réalités de la nature.

On ne voit pas pourquoi Dieu, le créateur, s'offusquerait du bon fonctionnement d'un programme qu'il a créé. Et pourquoi la nature rejetterait ce qui est partie intégrante de son programme.

La masturbation individuelle ou - la masturbation mutuelle dans le couple - est un moyen de jouissance sexuelle sans risque de procréation. Ce plaisir, sans projet de procréation, est-il légitime ? Il a dû être souvent pensé, dans l'histoire et en particulier dans celle des religions, que non.

## Parties de Domino

*Je la suivais depuis longtemps.*

*Âgée de 63 ans, cette dame à l'allure très digne et très classique était grand-mère de plusieurs petits-enfants. Sa vie était assombrie par le fait que son mari souffrait depuis longtemps de problèmes de paralysie et n'était plus très valide. Sur le plan intellectuel son état s'était dégradé et la communication entre eux s'était considérablement réduite.*

*Au fil des consultations elle me laissa entendre qu'elle avait également un ami. Celui-ci était plus âgé qu'elle de dix ans environ. Elle me fit aussi part de*

*la diminution progressive du désir sexuel de celui-ci. Compte tenu de son âge cela ne lui semblait pas anormal et son ami ne semblait pas s'en plaindre non plus. Leur relation se limitait à des rencontres quotidiennes durant lesquelles ils conversaient et faisaient des parties de Domino. C'était bien ainsi.*

*Une année, la patiente vint consulter de nouveau. Elle était cette fois beaucoup plus préoccupée. Son problème était devenu celui d'un désir sexuel effréné. Elle « ne pensait plus qu'à cela ». Ce désir s'accompagnait de manifestations objectives qui la gênaient beaucoup, notamment dès qu'elle se mettait à y penser : agitation, sueurs excessives, tremblements, sécrétions vaginales abondantes.*

*Elle ne pouvait pas assouvir son besoin de sexualité. Son mari, du fait de sa paralysie, était devenu impuissant et son ami, compte tenu de son âge, n'était plus très intéressé par le sujet.*

*La patiente, après quelque hésitation, précisa cependant qu'elle pourrait avoir des relations avec un troisième homme. Celui-ci « lui tournait autour » et lui disait être animé de désir à son égard.*

*Les choses auraient donc pu être simples, mais elle ne voulait pas aller avec lui pour ne pas trahir son ami de Domino. Par ailleurs, l'idée d'avoir un mari et deux amis ne lui semblait pas convenable.*

*Pour s'autoriser à aller avec ce troisième homme elle me dit qu'il faudrait qu'elle rompe avec le deuxième. Cela, elle ne le voulait pas : « Il aurait trop de peine... »*

*Et cette dame me dit : « vous vous rendez compte, moi qui suis plusieurs fois grand-mère et qui ai des petits-enfants déjà grands... Je suis ridicule... »*

## **Désir violent**

*Je vis un jour en consultation une patiente qui venait consulter seule. Elle me dit qu'elle tenait, avec son conjoint, une librairie. Elle semblait avoir une soixantaine d'années.*

*Du fait de leur métier, ce monsieur et cette dame se côtoyaient constamment.*

*Ce fait était le motif de la consultation.*

*Leur boutique, sans doute était petite. Ils travaillaient ensemble, ils devaient se croiser souvent derrière le comptoir ou dans la réserve.*

*La patiente me dit que cette proximité constante avec son conjoint était pour elle intolérable. Elle éveillait en elle un sentiment de désir "furieux", tel qu'elle aurait pu, si cela avait été possible, passer à l'acte immédiatement,*

à tout instant. Mais, évidemment, dans le contexte de la librairie, ce n'était guère possible.

*Je ne sais si elle lui en avait parlé ? Il n'est jamais venu consulter.*

*Et, comme cette histoire est ancienne et que je n'avais pas tout noté, je ne me souviens plus guère des détails.*

*Je m'efforçai de l'apaiser. Ces pulsions intenses n'étaient pas exceptionnelles. Elles étaient liées à un ensemble de facteurs physiologiques, - modifications hormonales associées à la ménopause, qui, il faut le dire, ont souvent l'effet inverse, - et psychologiques.*

*C'était probablement le témoin d'une bonne entente du couple.*

*Cet épisode de désir paroxystique ne durerait pas très longtemps. Peu à peu il s'apaiserait.*

*En fait, je n'ai pas revu la patiente et ne sais ce qu'il est advenu de leur vie personnelle.*

### **"J'en peux plus"**

*C'étaient des gens de la campagne. Des cultivateurs de l'ancien temps, peu habitués à se rendre en ville, sauf pour les démarches inévitables, en l'occurrence pour aller consulter à l'hôpital.*

*Ils étaient assez âgés. Plus de soixante-dix ans. Tous les deux avaient un air triste et la femme, il faut bien le reconnaître, avait un physique un peu ingrat. Cette dame consultait pour des saignements de la post-ménopause et les examens montrèrent qu'elle avait un très volumineux fibrome utérin. Je demandais l'avis de mon collègue chirurgien, le docteur Lourmel et nous fûmes d'accord pour estimer que, compte tenu du contexte, il était indiqué de lui faire une hystérectomie.\**

*Le couple accepta facilement cette proposition ; dans ces milieux on fait confiance aux "docteurs". L'intervention et les suites opératoires ne posèrent pas de problème.*

*Le jour de la sortie, nous revîmes la patiente. Nous lui donnâmes les conseils d'usage. Malgré leur âge, la nature étant ce qu'elle est, nous jugeâmes utile de nous adresser plus particulièrement au mari. De l'air entendu et complice que l'on a entre hommes pour parler de ces choses-là, nous lui expliquâmes « qu'il était important que, pendant quelques semaines, il soit très sage, sexuellement, vis-à-vis de son épouse ».*

\* Ablation de l'utérus

*La patiente ne releva pas le propos et le mari ne dit rien. On pouvait penser que, peut-être - sans doute -, ils n'avaient plus de vie sexuelle et que le conseil ne les concernait pas vraiment.*

*Un mois plus tard ils revinrent pour la consultation de contrôle. Ils avaient toujours l'air aussi tristes l'un et l'autre. Le mari semblait encore plus triste que sa femme. Celle-ci, silencieuse, semblait absente.*

*Après les questions-réponses et l'examen clinique de contrôle habituel, je posai, pour conclure avec bonhomie, la question habituelle : « Et à part ça, comment ça va ? »*

*Ca n'allait pas du tout. Le mari était au bord des larmes : « Expliquez-lui, docteur... Je suis un vieux monsieur... Tous les jours elle demande... Mais moi, je n'en peux plus !... Dites-le lui, que je suis vieux, et que ce n'est plus de mon âge !... »*

*La patiente regardait ses pieds. Elle avait un air totalement absent et ne disait rien.*

# Ambivalence vis-à-vis des organes génitaux

## Le gynécologue n'y échappe pas

Reparlons de Tirésias. Un jour qu'il était à la chasse, il s'approcha d'un étang dans lequel la déesse Athéna se baignait nue. Celle-ci, furieuse d'avoir ainsi été surprise dans son état naturel mit sa main sur les yeux du jeune garçon, ce qui le rendit aveugle\*. Le châtiment était sévère !

Certes, la nudité révèle un élément anatomique de la femme caché, mystérieux, secret : lieu de la sexualité, de la conception et de la naissance.

Le voir, l'apercevoir seulement, est une quête très présente dans le conscient et l'inconscient masculin. Apparemment, si l'on considère l'histoire de Tirésias, ce désir - « voir sous les jupes des filles... » - n'est pas nouveau. S'il n'en était pas animé, pourquoi Tirésias se serait-il approché de l'étang où il savait que se baignait Athéna ?

Il y a un contraste entre, d'une part la fascination qu'exerce sur l'homme le sexe des femmes et, d'autre part, une certaine répulsion qui peut être exprimée vis-à-vis de cet organe qui secrète des humeurs et par lequel transite le flux menstruel.

Beaucoup de traditions populaires, de religions, expriment l'impureté des humeurs féminines et ont inventé des rites pour s'en protéger. Il est dit que dans beaucoup de cultures, les femmes qui ont leurs règles ne peuvent participer à la préparation des repas, ne doivent pas s'approcher du foyer commun, ou doivent même s'éloigner du village tant que durent les règles.

Autrefois, celles qui avaient accouché et présentaient un flux de lochies (c'est ainsi que l'on appelle les pertes sanguines qui suivent l'accouchement) ne pouvaient pas entrer dans les églises et participer aux offices. Un certain nombre de jours après l'accouchement<sup>†</sup>, elles pouvaient de nouveau participer aux offices religieux. Leur retour était précédé par un rituel de purification célébré par le prêtre à l'entrée de l'église : les relevailles.

Les patientes expriment parfois cette ambiguïté vis-à-vis de la génitalité. Tandis que certaines nous disent, surtout lors des naissances, que nous faisons le plus beau métier du monde..., il m'est souvent arrivé d'en entendre d'autres

\* Ce fut la seconde fois qu'il perdit la vue...

† Ce délai était variable en fonction du contexte.

dire, au contraire, qu'elles ne pouvaient comprendre comment moi et mes semblables pouvions faire un pareil métier avec un ton de commisération dégoûtée.

Toutes ces réflexions ne sont pas proprement médicales.

Elles nous renvoient à nos propres vies, à notre propre sexualité, à nos propres fantasmes.

De ce fait, beaucoup de gens pensent que nous faisons un bien curieux métier.

Lorsque nos enfants, à l'école, disent que leur père est docteur ou - a fortiori - gynécologue, leurs camarades ne manquent pas de souligner que c'est un métier privilégié qui permet de voir des femmes nues, une sorte de métier de voyeur salarié.

C'est aussi un métier un peu dégoûtant, qui met en contact avec les zizis, ceux des filles et ceux des garçons, ainsi qu'avec le pipi et le caca.

## **Organes sexuels et gynécologie**

En réalité le contexte dans lequel le praticien voit le sexe de ses patientes n'est pas, sexuellement, très stimulant ; l'esprit est impliqué dans une démarche professionnelle, engagé dans une réflexion concernant un problème médical, contraint par un emploi du temps souvent chargé. Ce n'est pas vraiment l'esprit de la sexualité.

Les corps des patientes ne sont pas des corps-sujets, des corps animés, mais des corps posés, étalés, des corps-objets. Ce peuvent être des corps très fatigués par l'âge ou la maladie.

Les vulves que voit le gynécologue ne sont pas celles de la sexualité. Elles sont trop étalées ; elles sont zoomées, de telle manière que leur caractère sexuel est presque toujours totalement absent de l'examen.

Il peut cependant arriver que, parfois - une courbe, un mouvement, un rayon de soleil, une errance de la pensée - l'esprit du gynécologue reprenne conscience de la féminité associée à ces sexes qu'il voit à longueur de journée, qu'il les re-sexualise. Mais cela ne doit pas durer !

Par chance, la dynamique de l'activité professionnelle éloigne rapidement ces images qui pourraient être trop humaines.

On pourrait dire les choses plus crûment. : « Mais, au fait, la pratique de la gynécologie fait-elle bander ? » Très généralement et très honnêtement, on peut répondre : « non, presque jamais ! ». Mais parfois, de temps à autre -

surtout si le gynécologue est jeune, surtout si la patiente l'est aussi - il peut arriver que l'esprit s'égare un peu, que la pensée vagabonde, et, oui, ça peut arriver... mais très légèrement, et très transitoirement, comme "un petit frémissement de bandaison"... Très vite, l'esprit revient à son statut professionnel asexué.

Heureusement, car s'il en allait autrement, notre métier serait un enfer !

## ***Le gonocoque***

*Le gonocoque fait partie des germes responsables des maladies dites vénériennes\*. On en parle moins aujourd'hui qu'autrefois mais il est des temps où il a beaucoup sévi. Fort poétiquement, on dit de lui que c'est un « diplocoque Gram négatif ». Il porte par ailleurs le joli nom latin de Neisseria gonorrhoeae†. Aujourd'hui assez rare dans nos contrées, il reste cependant très présent dans certaines zones géographiques et dans certains milieux.*

*C'est lui qui est responsable de la blennorragie dite « chaude-pisse‡ ». Cette maladie était bien connue de ceux qui avaient des amours volages ou mercenaires. Si les épisodes d'infection se répétaient ou persistaient de manière durable, la gonococcie pouvait provoquer des complications chez les hommes et chez les femmes : chez les hommes des rétrécissements du canal urinaire, et d'autres complications diverses et variées ( bien connues de ceux qui y étaient confrontés, en particulier les hommes qui vivaient loin de leurs foyers, marins, soldats et autres ) ; chez les femmes des infections des trompes avec pour conséquence possibles des douleurs abdominales chroniques et des stérilités définitives.*

*Actuellement, en raison de l'évolution des mœurs, des moyens diagnostics et des possibilités de traitement, cette maladie est devenue rare dans nos régions et beaucoup moins problématique qu'elle ne l'était auparavant. De temps à autre, cependant, le gonocoque peut encore faire parler de lui.*

*Monsieur et Madame Barathon étaient des gens charmants. Tous deux notaires, ils exerçaient dans la même étude.*

*Dans cette petite ville de province ils étaient bien connus : ils avaient une conscience sociale forte et, dans leur pratique professionnelle, étaient très attentifs aux plus fragiles et aux plus démunis.*

*Ils étaient toujours prêts à rendre service et ne faisaient pas payer ceux qui*

\* Vénériennes : mot venant de Vénus, la déesse de l'amour.

† Orthographe vérifiée

‡ Chaude-pisse : du fait que celui qui avait chopé la maladie avait l'impression de pisser du plomb fondu.

*avaient peu de moyens.*

*Par ailleurs, chose rare à cette époque et dans ce milieu, ils étaient naturalistes et fréquentaient la plage que l'on appelle ici, avec un peu de dérision : « la plage des tout-nus ».*

*Mme Barathon, alors qu'elle était déjà âgée, probablement retraitée à ce moment-là, vint un jour en consultation. Comme toujours, elle avait son allure fort distinguée. Elle me dit : « Je fais partie d'un groupe d'amis et beaucoup, parmi eux, m'ont fait savoir qu'ils présentaient des infections génitales. À titre préventif, je viens vous voir pour m'assurer, qu'en ce qui me concerne, tout va bien de ce côté là ». J'examinai la patiente et ne notai rien de particulier. À titre systématique je lui fis cependant un prélèvement que je lui demandai de porter au laboratoire, et lui prescrivis une prise de sang.*

*Vingt minutes plus tard, tandis que la patiente était repartie, le médecin biologiste fit irruption dans mon bureau, une lame de microscope à la main, dans un grand état d'excitation.*

*Il me dit : « Qui est-ce, cette patient chez qui tu as fait ce prélèvement ? Je n'ai jamais vu ça ! Ça fourmille de gonocoques. Comment est-ce possible ? ». Ce germe est habituellement plutôt difficile à mettre en évidence mais dans ce cas il fourmillait ! Pourquoi fourmillait-il ? Je n'en sais rien.*

*Ce couple charmant et déjà âgé, faisait parti d'un cercle d'amis qui menaient une vie sexuelle libre et partagée et, en bons amis, ils échangeaient tranquillement aussi leurs gonocoques.*

## ***Syphilis***

*Vers les années 1975 vint en consultation une patiente assez âgée. Elle me dit qu'auparavant, lorsqu'elle était plus jeune, elle avait tenu avec son mari une ferme dans une commune proche de la côte, dans laquelle le couple, bien qu'en retraite, résidait toujours.*

*C'était l'été, juillet ou août, période pendant laquelle les touristes affluents dans nos régions de bord de mer.*

*Le motif de la consultation de cette dame était une inflammation vulvaire d'apparition récente. L'examen mettait en évidence une ulcération locale d'aspect non spécifique. Les analyses montrèrent rapidement qu'il s'agissait, en réalité, d'une syphilis. Cette pathologie, à cette époque, était devenue rare dans nos régions, et en particulier dans les milieux ruraux où les gens se déplacent peu et ont, dit-on, des mœurs réservées.*



*Je demandai à la patiente, comme c'est l'usage dans ce contexte, que son mari vienne en consultation.*

*Le mari vint sans réticence le lendemain avec sa femme. C'était un homme très grand. Je remarquai son allure sévère et digne de vieux paysan.*

*Je lui demandai de se déshabiller un peu, afin de lui faire un examen local. Il présentait au niveau du gland un "magnifique" (comme nous disons entre médecins...) chancre syphilitique, identique à ceux que l'on voit sur les photos des livres de dermatologie, accompagné de ganglions caractéristiques au niveau des aines.*

*Je lui dis, au cours de l'examen, que j'aimerais bien qu'il revienne me voir, seul, pour que nous parlions un peu. Je dis un peu plus tard la même chose à son épouse. Dans le contexte de cette maladie très contagieuse - et actuellement très curable si un traitement adapté est mis en œuvre - il est important de traiter tous les sujets ayant eu des contacts sexuels les uns avec les autres, afin que, chez tous, l'évolution de la maladie soit interrompue.*

*Le mari, discipliné, revint le lendemain sans son épouse. Avec toutes les précautions d'usage, je lui demandai s'il n'avait pas eu de contact sexuel extraconjugal (c'est comme ça que ça se dit !). Il me répondit très simplement qu'il avait rencontré, dans son village, une jeune Parisienne qui était venue sur la côte pour la saison et qui lui avait prêté - ou plutôt loué - ses charmes. En partant, elle avait laissé au couple ce petit souvenir...*

*La jeune femme en question avait quitté cette petite commune du bord de mer et nul ne savait vers quel autre site touristique elle avait dirigé ses charmes.*

*Il fut donc impossible de la faire venir en consultation afin de la traiter et de connaître, par son intermédiaire, les autres sujets contacts.*

*Malgré ma demande la patiente ne revint pas et je ne pus donc savoir si, de son côté, elle avait eu des aventures, ce qui aurait également justifié le traitement des sujets contacts.*



# Les "consultes"\*...

## En pratique

Chacune comporte à des degrés divers selon le contexte, un interrogatoire cherchant à analyser les motifs de cette consultation, une étude des antécédents, un examen général.

Ensuite se fait l'examen gynécologique.

Pour y procéder il faut regarder, palper, presser, pincer.

Ces gestes, renouvelés de nombreuses fois chaque jour, entraînent une certaine familiarité avec ces curieux organes que les hommes n'ont pas et que nous avons déjà évoqués ; la vulve, le vagin, l'utérus, les seins ; et amènent à réfléchir à leur morphologie complexe et à leur adaptation à des fonctions spécifiques.

Organes que les gynécologues voient à chaque instant de leur activité professionnelle, organes habituellement cachés.

## Diversité

Les consultations de gynécologie et d'obstétrique sont très diverses et leur type varie en fonction des spécificités d'exercice de chaque praticien.

Dans bien des cas il s'agit de consultations de médecine préventive :

visites annuelles. Chercher, au sein de la population des femmes supposées bien portantes, celles qui seraient atteintes d'une pathologie méconnue, anomalie au niveau de l'utérus, anomalie au niveau des seins, anomalie au niveau des ovaires ou de tout autre organe.

En général, les pathologies découvertes à ces occasions sont débutantes et peuvent se traiter assez aisément, avec des résultats en général favorables.

Diagnostiquées quelques années plus tard, lors de l'apparition de symptômes, elles auraient été beaucoup plus avancées, auraient nécessité un traitement beaucoup plus lourd et auraient eu un pronostic<sup>†</sup> beaucoup moins favorable.

Il peut s'agir de consultations liées à des symptômes nouvellement apparus qui font souffrir ou inquiètent, et qui peuvent être les manifestations d'une maladie débutante : douleur, saignements, apparition d'une boule : anomalies

\* C'est ainsi que dans notre quotidien nous appelons les consultations

† Issue probable de la maladie

physiques, anatomiques (fibromes, kystes, polypes, infections) ou fonctionnelles (troubles des sécrétions hormonales) ou mixtes. Maladie de peu de gravité, maladie grave.

Une place particulière doit être faite aux problèmes de stérilité conjugale. Il s'agit d'une pathologie qui peut relever de causes multiples, féminines et/ou masculines. Les explorations et les traitements sont plus ou moins complexes. L'impact psychologique du trouble sur le couple est important.

Il peut s'agir de consultations liées à la prescription ou à la surveillance d'une contraception. Initialement, choix du type de celle-ci en fonction du contexte et des vœux de la patiente, puis renouvellement de celle-ci.

Il y a également la surveillance de la ménopause et l'éventuelle correction des troubles qui peuvent lui être liés.

Dans les deux cas, on rejoint la surveillance systématique de dépistage.

Les consultations prénatales se font dans le même esprit : surveiller les grossesses pour s'assurer que tout se déroule normalement et, dans le cas contraire, prendre les mesures adéquates. Surveillance clinique, échographique, biologique.

Il faut préciser que ces modalités de surveillance sont récentes. Avant les années quarante, elles n'existaient pratiquement pas. La grossesse était considérée comme un phénomène naturel. Les femmes ne consultaient que si apparaissait un symptôme particulier.

En gynécologie, il y avait très peu de médecine préventive. En revanche, les pathologies constatées lors des consultations étaient souvent beaucoup plus évoluées et sévères qu'aujourd'hui.

Pour le médecin beaucoup de ces consultations sont considérées comme des actes de routine.

Pour les patientes, en revanche, la démarche de consulter, quel qu'en soit le motif, n'a en général pas ce caractère de banalité. C'est un moment singulier qui pour certaines est préoccupant, inquiétant, qu'elles appréhendent.

De plus, pour des raisons de pudeur, de gêne physique ou psychologique, il peut être ressenti comme *agressif*. Intrusion dans l'intimité physique et/ou psychologique de la patiente. Certaines consultent pour des petits maux : des troubles des règles, des sécrétions vaginales anormales, des douleurs transitoires, des démangeaisons. Il faut s'assurer que ces symptômes ne sont pas

le témoin de quelque maladie grave. Rassurer les patientes et leur donner un traitement adapté.

## **Patiente unique Contre-chant M. H. Ferrier**

La patiente doit avoir l'impression qu'elle est unique – et elle l'est-, que l'on est à 100% à son écoute, qu'on lui donne le meilleur de soi-même, que pour le médecin elle est différente des autres, plus intéressante, plus sympathique.

Après plusieurs heures de consultation, sans avoir pu aller faire pipi, interrompu par le téléphone, c'est parfois difficile de montrer une disponibilité parfaite.

Dans cet état d'esprit, les patientes ne comprennent pas les démarches et les recommandations faites par « les autorités de santé », qui s'adressent à des populations et non à des individus.

Il est vrai que, espérons que cela perdurera, nous ne sommes pas des épidémiologistes mais des cliniciens face à une personne.

## ***Rencontres récurrentes de la même patiente***

*Lors d'une garde, il y a bien longtemps, je fus appelé par la gendarmerie qui me demandait de faire un examen gynécologique et des prélèvements biologiques à une patiente qui disait avoir subi une agression sexuelle la veille.*

*Cette dame avait une présentation un peu curieuse, un peu excentrique, peut-être était-elle mythomane ?*

*Elle me dit avoir fait de l'auto-stop et avoir été prise par un conducteur qui aurait abusé d'elle.*

*Je fis l'examen et le rapport d'expertise médico-légale demandés. L'affaire fut jugée en cour d'assises où - du fait que j'avais pratiqué le premier examen - je fus cité comme témoin et, de ce fait, assistai au procès.*

*L'agresseur présumé fut condamné et incarcéré. Affirmant avec la plus grande fermeté son innocence dans cette affaire il vécut fort mal le jugement.*

*Quelques années plus tard, alors que j'avais changé de lieu d'exercice je revis cette patiente. Elle s'était installée comme aide-à-domicile. Elle était aussi un peu cartomancienne et guérisseuse.*

*Elle venait pour un examen anténatal au cours de sa première grossesse. Je la reconnus immédiatement.*

*Je la suivis par la suite régulièrement pendant cette grossesse. Elle accoucha d'une petite fille.*

*Je la revis ensuite pour des examens gynécologiques de contrôle. Elle venait*

*souvent avec ses enfants qui attendaient en salle d'attente, bien gentiment. Par la suite, je ne la revis plus pendant des années.*

*Un soir de janvier, où il faisait très froid et très sombre, il neigeait, j'étais de garde et fus appelé par la sage-femme.*

*La police menait une enquête concernant une femme qui avait été trouvée morte. Elle gisait, m'ont dit les policiers, dans un terrain vague à la lisière de la ville. Elle était dans une flaque d'eau, le corps partiellement couvert par une plaque d'égout en ciment sous laquelle elle était coincée. Elle était dévêtue, à l'exception de son soutien-gorge.*

*Les policiers l'avaient fait conduire à la morgue de l'hôpital et demandaient que le gynécologue de garde vienne examiner le corps et réalise un rapport médico-légal.*

*Il ne me fut pas facile d'être confronté à ce corps raide, froid - avec de larges lividités cadavériques - gisant sur une civière de la morgue.*

*Malgré les modifications physiologiques liées à une mort remontant à plusieurs heures je reconnus immédiatement cette malheureuse patiente. Une personne que j'avais rencontrée bien vivante, en plusieurs circonstances.*

*Par ailleurs, je me demandai comment faire un examen gynécologique raisonnable dans un tel contexte, alors que je n'avais ni l'installation, ni la formation d'un médecin légiste. Ce n'est pas comme dans les feuilletons de la télé...*

*Je ne sais pas comment les choses se sont passées par la suite. Il y a sans doute eu une expertise médico-légale, une autopsie, une enquête policière. Peut-être l'agresseur a-t-il été retrouvé.*

*Pour ma part, je n'ai jamais eu d'informations concernant les raisons de cette fin tragique...*

## **Les consultations se suivent**

Le médecin qui assure les consultations, qui s'inscrivent dans une succession d'actes presque similaires, doit rester vigilant, afin de ne pas passer à côté de quelque chose.

Beaucoup de consultations sont des examens de simple contrôle. Beaucoup, mais pas toutes, et il ne faut pas manquer de repérer les cas qui nécessitent une prise en charge spécifique.

Le praticien doit aussi veiller - c'est très important et trop souvent oublié -

à ce qu'une attitude blasée, une parole inadaptée, un mot brutal, ne déstabilisent ou ne blessent la patiente.

Le temps presse. La salle d'attente est pleine. Il y a beaucoup de patientes, d'enfants, de maris. Il commence à faire chaud et tout le monde s'agite.

Dans le cabinet de consultation, il faut - il faudrait - savoir rester calme, vigilant, totalement disponible pour gérer les difficultés des consultantes, "comme si les vagues de l'animation extérieure se brisaient contre la porte de ce lieu d'écoute et de réflexion totale, que doit être le bureau du médecin".

Les problèmes qui sont soumis sont souvent médicalement fort simples, si simples, en apparence, que l'esprit, a parfois du mal à rester concentré.

Les patientes peuvent être anxieuses : inquiètes car elles appréhendent l'examen singulier qu'elles vont subir ; inquiètes car elles ont peur qu'on leur trouve quelque chose. Elles demandent à être rassurées ; parfois elles souhaitent parler, s'exprimer, transférer une partie de leurs difficultés. Ceci n'est possible que si elles ont le sentiment d'avoir en face d'elles une écoute disponible et bienveillante.

Le praticien, derrière son bureau, doit les accueillir le mieux possible, s'efforcer de les mettre à l'aise, essayer de comprendre la raison réelle de la consultation, celle-ci n'étant pas toujours le motif déclaré.

Comme tout acte médical, cette consultation comporte : un temps d'interrogatoire, un examen clinique, une réflexion de synthèse, éventuellement la prescription d'explorations complémentaires, la prescription d'un traitement et des conseils concernant l'hygiène de vie.

Les gestes et les raisonnements du praticien, sont extrêmement stéréotypés.

Il peut avoir le sentiment, parfois, de répéter les mêmes actions, sans relâche, sans avoir la maîtrise de son temps, un peu comme Charlot dans « Les temps modernes ».

Pour le patient, ce moment étant au contraire particulier, le médecin doit savoir lui consacrer toute son attention.

## **Et comment ça se passe, "la consulte" ?**

Elle comporte plusieurs étapes.

L'interrogatoire pour comprendre le motif de la consultation et les troubles présentés.

L'examen de l'abdomen, puis du périnée pour apprécier la qualité des tissus, rechercher une descente d'organe, vérifier l'absence de lésion.

L'examen du vagin et du col utérin. Il faut écarter sans brusquerie, les lèvres

vulvaires et mettre en place un spéculum en choisissant une taille adaptée à l'anatomie de la patiente, de manière à ne pas *faire mal*.

Le frottis vaginal. Il consiste à prélever avec une spatule ou un écouvillon quelques cellules du col de l'utérus, à étaler le prélèvement sur deux lames de microscope, à fixer cet étalement avec de la laque, et à mettre le tout dans une boîte conçue pour cela. Il faut ensuite remplir le formulaire d'accompagnement correspondant et faire parvenir l'ensemble au laboratoire de cytologie qui transmettra son interprétation quelques jours plus tard.

Palper le ventre pour s'assurer qu'il est souple, que la pression ne provoque pas de douleur, que l'on ne perçoit pas de masse anormale.

Faire un toucher vaginal (et/ou un toucher rectal). Pour cela il faut prendre un doigtier, s'en revêtir l'index et le majeur et le tremper dans une solution lubrifiante. Pratiqué avec un doigt ou deux doigts selon les anatomies, il doit permettre de vérifier l'absence de sensation anormale et ne pas provoquer de douleur.

Faire l'examen des seins, les regarder attentivement puis les palper, en position allongée, en position assise les bras le long du corps puis bras levés.

Il faut prendre la tension, on dit aujourd'hui la pression artérielle, c'est fondamental. Outre le fait que cela permet de découvrir des hypertensions artérielles, ce qui est très important au plan de la santé publique, c'est un élément de l'examen médical qui a une valeur symbolique très forte. On pourrait presque dire que, sans prise de la tension, l'examen médical n'est pas validé.

Parfois il peut arriver que, encore plus pressé qu'à l'ordinaire, on croie pouvoir s'en dispenser. Les patientes - surtout si elles sont un peu âgées - nous rappellent fort justement à l'ordre : « Vous ne me prenez pas ma tension ? »

Lorsqu'il s'agit d'une consultation prénatale, l'examen concerne deux personnes interdépendantes, la mère et le fœtus : la femme enceinte avec son ventre de plus en plus volumineux et l'enfant qui manifeste son existence par les battements de son cœur, que le praticien doit contrôler, et par ses mouvements actifs, que la maman perçoit.

Il faut ensuite remplir le dossier médical, rédiger les ordonnances nécessaires, dire les conclusions de l'examen, donner des explications, des conseils et, si c'est nécessaire, dire les paroles d'apaisement qui correspondent au contexte.

Il faut aussi donner à la patiente le sentiment que l'on est disponible pour répondre à ses questions et entendre l'expression de sa parole.

Savoir l'écouter attentivement, comme si elle était notre unique objet de préoccupation.



Lui sourire, pour lui exprimer notre sympathie et notre optimisme la concernant.

Il faut faire tout ce qui est en notre pouvoir pour qu'elle se sente ragaillardie par la consultation. « Au revoir, madame. Tout va bien. Vous pouvez être tout à fait rassurée. Oui, c'est ça, revenez nous voir l'année prochaine... Non, pas avant, ce n'est pas nécessaire... Sauf si, bien sûr, vous aviez un problème dans l'intervalle. Dans ce cas, n'hésitez pas à reprendre contact.... ».

Les cas où l'on a découvert une anomalie dont la gravité supposée est variable appellent des réponses adaptées à chaque cas. L'empathie, la capacité de chercher les mots et attitudes les mieux adaptés à chaque patiente, sont plus importantes encore que dans les contextes vus antérieurement. Nous en reparlerons.

## Densité et routine

Au cours d'une matinée, un gynécologue peut, selon ses capacités, son caractère, sa rapidité, voir huit à quinze patientes et dans une après-midi, quinze à vingt. Dans une journée, vingt à trente. On dit que certains arrivent à en voir plus !

Il y a beaucoup de demandes, les patientes se plaignent de ce que les délais de rendez-vous sont trop longs. Parfois elles supplient le médecin ou les secrétaires : " C'est urgent, vous ne pourriez pas me glisser entre deux".

Il est toujours imprudent de refuser de voir quelqu'un. Une patiente a saigné, a mal au ventre. Ce peut n'être rien, ce peut être très grave...

Rétrospectivement, bien souvent, ce n'était pas urgent du tout. La patiente croyait-elle vraiment que ce l'était ?

A force de glisser des patientes entre deux, on finit par saturer l'emploi du temps et faire du mauvais travail. Les horaires prévus ne sont plus respectés : il y a du retard ; le médecin, dans sa cage, commence à stresser et l'ambiance, en salle d'attente, se met à chauffer.

Celui qui outre la gynécologie médicale fait de l'obstétrique, de l'échographie, de la chirurgie, ne consulte que quatre à cinq demi-journées par semaine.

Celui qui fait exclusivement des consultations peut voir les patientes se succéder en une cohorte ininterrompue, tout au long de la semaine.

C'est un métier, et il n'en est pas qui n'aient leur part de routine.

Sur le plan humain, c'est souvent fort sympathique.

Sur le plan médical, il arrive parfois que le médecin – comme, on peut l’imaginer, tout professionnel – s’interroge sur le sens de ce qu’il fait.

Un de mes collègues – excellent praticien sur le plan technique, médecin bienveillant et dévoué, très apprécié de ses patientes – me manifesta un jour, en aparté, sa lassitude : « On ne peut pas être au cul des bonnes-femmes toute la journée ».

Réflexion personnelle, bien sûr. Les bonnes-femmes n’en auront jamais rien su ! Heureusement.

## **Les journées sont parfois longues**

Les journées sont parfois longues. La nuit précédente a pu être une nuit de garde agitée. Parfois, au contraire ce fut une nuit de plein sommeil. Ça dépend...

C’est le milieu de l’après-midi : un soleil d’hiver brille à travers la fenêtre, donnant aux feuillages une couleur tendre et mouillée qui paraît presque artificielle. Parfois, c’est le soir. Il fait presque nuit, la lumière est allumée. Une bourrasque de pluie vient frapper les baies vitrées.

Les patientes se succèdent.

[Pensée : « Jusqu’à cinq heures, j’étais à peu près dans les temps mais maintenant, je suis carrément dans les choux ». - « La dame d’avant était un peu bizarre. Vachement inquiète. Heureusement que ce n’était rien..... » - « bon, va falloir mettre le turbo.... »]

[ Pensée : « Cette dame-ci, ce n’est pas du tout le même modèle, elle a l’air moins sympa que l’autre. Bon, on va voir..... Qu’est-ce qu’elle peut avoir ? »]. La pensée s’efforce de suivre les méandres de l’expression de la patiente, de comprendre le fonctionnement de son esprit, de trier les éléments du récit qui semblent avoir le plus d’importance.

[ Pensée : « elle a l’air vachement anxieuse..... »]. Le téléphone sonne : « excusez-moi ! – Salut Charles, oui ! je l’ai vue. Oui, ça ne paraît pas trop méchant. Oui, oui, le mari était très inquiet. J’ai essayé de le rassurer....Oui, c’est ça, je lui ai dit que si ça n’allait pas mieux demain, il faudrait qu’elle me rappelle....Tu fais quoi, dimanche ? Ah, oui, bon et bien, bon mariage. Allez, salut ! ».

« Excusez – moi, ah oui, ce téléphone, toujours prioritaire....oui, c’est sûr ! »  
Le récit de la patiente reprend...

[ Pensée : « j’ai le nez qui me gratte. Mais pourquoi il me gratte comme ça ? »]. « Oui, et depuis quand, vous me dites ? Ah oui, depuis un an. Surtout quand vous faites des efforts violents. Par exemple quand vous dansez le rock, ah oui ! Et surtout quand il fait froid.... ». Encore un peu de récit... « Bon, vous allez passer dans la cabine, vous allez vous défaire... Oui, je vais vous

examiner. »

[ Pensée : « Elle a un drôle de pull, avec tous ces trucs sur le devant, oui, on dirait des feuilles de lierre... Cinq heures et demie, ça ne s'arrange pas. Combien il m'en reste ? Encore six ... » ] « Voilà, mettez vos poings sous les fesses, oui, c'est ça. Non, détendez-vous, ça ne fera pas mal. Bon, je ne perçois rien de particulier. Les parois vaginales descendent un tout petit peu, pas beaucoup. C'est sûr, quand on a eu trois enfants... Surtout des bébés assez gros... Ah oui, un forceps... C'est sûr, ça peut favoriser ». Mettez les bras en l'air !

[ Pensée : « Dis-donc, elle a des gros nichons » ] Oui, c'est ça... Penchez-vous en avant, oui, comme ça ! Bon, c'est bien... je ne vois rien de particulier. - La tension, ah oui, la tension ! 13 / 7 ».

[ Pensée : « Elle a un piercing sur le nombril, pourtant, ce n'est pas son genre... » ]. " Ca ne peut pas être mieux". - C'est ça, vous montez sur la balance et puis vous vous rhabillez. »

[ Pensée : « en principe maintenant, ça devrait aller vite » ]. On arrive à la conclusion de l'examen, aux explications, aux éventuelles prescriptions, aux ordonnances, à la feuille de maladie de la *sécu*, le remplissage du chèque. « Vous allez faire un peu de rééducation, oui, c'est souvent efficace... Non, pas cent pour cent ! Rien ne marche à cent pour cent... Si la rééducation ne marche pas, et si vous étiez vraiment gênée, une intervention pourrait être envisagée. De toute façon, c'est bien sûr à vous que reviendra la décision. Oui, c'est ça... D'accord... Vingt huit euros. Non, ne mettez pas l'ordre, sur le chèque, ce n'est pas la peine, j'ai un tampon ». Le stylo est en suspens.

C'est là que survient souvent l'interrogation qui va faire voler en éclats l'emploi du temps : l'expression du gros souci non *refoulable*. Un récit fort important, certainement, mais dont on peut redouter qu'il ne devienne inatmosphérique. J'écoute attentivement.... Je n'écoute plus très bien.... J'écoute de nouveau.... Je n'écoute plus vraiment.

[ Pensée : « Il pleut, un bruit devant l'hôpital, c'est un camion qui manœuvre » ]. « Vous avez tout à fait raison ». Le téléphone sonne de nouveau : « Madame Le Gall demande à vous parler... D'accord, passez-la moi.... Ah bon... Non, non, au contraire... Vous avez bien fait de m'appeler... Non, a priori ça ne paraît pas méchant... Si ça ne va pas mieux demain, vous n'aurez qu'à me rappeler. Oui, dans l'après-midi. Je suis de garde... Je vous verrai. Oui, c'est ça ! Au revoir Madame ! ».

« Excusez-moi, ce téléphone... Ah oui, jamais fatigué lui.... Toujours prioritaire, ah oui, prioritaire... On est obligé de répondre. C'est sûr. On ne sait jamais... Ca peut-être grave. Oui, évidemment, les gens ont souvent besoin d'être rassurés... Heureusement, ce n'est pas grave à chaque fois ! »

[ Pensée : « Là, je suis mort ! J'ai vachement de retard. A quelle heure je vais finir ? – Elle a une drôle de médaille cette patiente. Qu'est-ce que ça peut-être ? Un truc africain ? Oui, peut-être... »].Revenons à son propos.

[ Pensée : « Elle paraît très lucide. Elle exprime très bien son problème. Oui, elle a l'air d'avoir tout compris. – Le temps presse. Les autres, dans la salle d'attente, elles vont m'arracher les yeux ! – va falloir trouver un blanc, pour essayer de conclure, sinon, je suis foutu. Oui, faut y aller avec doigté pour pas qu'elle ait le sentiment que ses trucs ne m'intéressent pas. »].

« Je suis tout à fait d'accord avec vous. Oui, il faut lui en parler. Ca ne peut se résoudre qu'entre vous. Bien sûr, je suis d'accord pour lui en parler aussi, s'il accepte de venir. Bien sûr. Si la situation ne se débloque pas, vous n'aurez qu'à prendre un nouveau rendez-vous. Oui ! Je vous verrai tous les deux. D'accord. Après dix huit heures. Oui, c'est d'accord .... ». « ...Si tout va bien ? A ce moment là, il ne sera pas utile de prendre un autre rendez-vous avant un an, pour la visite de contrôle habituelle. C'est ça. ».

Ca y est, la feuille de maladie est remise. Le stylo recapuchonné. La patiente récupère son sac, son manteau. « Oui, c'est ça, bonne soirée... que tout aille pour le mieux ».

Un visiteur médical attend devant la porte avec sa sacoche. « Laboratoire Sinsing. Je peux vous voir un instant ? Ecoutez, excusez-moi... Oui, vous voyez, la salle d'attente est bourrée, j'ai vachement de retard... Oui, venez demain, je vous recevrai plus tranquillement. Là, franchement, je ne pourrais même pas écouter ce que vous me dites... »

« Madame Le Goff ? Oui, c'est ça, entrez, asseyez-vous, je suis à vous dans un instant.... »

Il faut bien prendre le temps d'aller pisser !

# En pratique

## Gynécologue polyvalent

Dans la tradition de la médecine française, les actes de diagnostic, y compris ceux de médecine préventive, étaient faits presque exclusivement par les médecins.

Cependant, compte tenu du manque de praticiens et de la consommation médicale croissante, il est parfois fort difficile d'avoir un rendez-vous chez le gynécologue : plusieurs semaines, voire plusieurs mois de délai.

Ces consultations coûtent parfois le prix d'un CS\* soit 28€. Parfois, très souvent dans les grandes villes, certains spécialistes étant en secteur II, la consultation, coûte 60 €, 80 €, voire plus. Le remboursement reste basé sur le tarif des spécialistes, 28€.

Théoriquement, les consultations de gynécologie peuvent être faites par les médecins généralistes. C'est parfois le cas, surtout en milieu rural, mais, pour des raisons diverses - liées aux médecins, liées aux patients - la plupart du temps elles le sont par des spécialistes.

Dans ces consultations de gynécologie obstétrique, beaucoup de gestes sont des gestes de pure technique, pour lesquels les longues années d'études de médecine générale (sept ans) puis de médecine spécialisée (quatre ans) faites par le spécialiste, ne sont pas nécessaires : consultations prénatales, frottis de dépistages, examens des seins, contrôles de la tension artérielle.

Compte tenu de la pénurie actuelle de praticiens, les choses évoluent peu à peu vers une répartition des tâches plus logique. La surveillance des grossesses - examens cliniques, échographies - peut être faite par les sages-femmes. Celles-ci commencent aussi à pratiquer les examens gynécologiques de dépistage.

Ainsi, au lieu du gynécologue, seul dans son cabinet - *omniscient* en théorie (!), *omnipotent* mais difficile à rencontrer - on pourrait envisager des centres où une partie des examens serait faite par des sages-femmes, des infirmier(e)s ou des techniciens paramédicaux spécialisés, ayant fait des études plus courtes mais spécifiquement orientées et qui seraient plus nombreux.

Chacun ferait les gestes qui correspondent à ses compétences particulières et il dirigerait vers l'un ou l'autre de ses collaborateurs ceux qui n'en relèveraient pas.

\* C. S. : Consultation de spécialiste. Tarif 2017.

Les patientes auraient le sentiment réconfortant d'être prises en charge par une équipe. La personnalisation de la relation patient-soignant ne serait pas altérée. Les patientes n'ont pas confiance en *un diplôme* mais en une *personne* car il s'agit d'une relation interpersonnelle qui ne dépend pas des parcours universitaires. Certains ont la capacité de la créer, d'autres ne font pas l'effort nécessaire pour établir ce lien ou sont incapables de le faire.

Les cas relevant d'un examen médical complet et d'une analyse clinique particulière seraient confiés au médecin spécialiste qui serait alors plus disponible pour les prendre en charge longuement et risquerait moins d'être trahi dans sa vigilance par une pratique routinière qui altère parfois la conscience et/ou un surmenage qui empêche une réflexion sereine.

## **Devoir faire ce que les autres n'ont pas le droit de faire**

Le médecin est dans une situation singulière : il fait des choses que les autres ne font pas ; son métier lui *impose* de faire des choses que les autres n'ont pas le droit de faire.

Il peut et doit poser des questions d'une rare intimité : « avez-vous des fuites d'urines à l'effort ? », « avez-vous été à la selle aujourd'hui ? », « avez-vous des érections matinales ? » « de quand datent vos dernières règles, vos dernières relations sexuelles ? ».

Il peut demander à un ministre, si par exception il en rencontre un, de tirer la langue, et que celui-ci s'exécute ; demander à un académicien de gonfler le ventre puis, au contraire, de le contracter, et que celui-ci, bien gentiment, s'exécute aussi.

Le médecin est l'une des rares personnes, dans la société, qui puisse introduire un ou deux doigts dans le vagin d'une duchesse ou dans l'anus d'un procureur de la république\*, sans que ce ne soit, ni acte d'amour, ni délit.

Il fait beaucoup d'autres choses que les autres ne font pas : il vous tire le lobe de l'oreille pour mieux en examiner le conduit, il vous soupèse les bourses ou plonge sa main dans l'humidité de vos aisselles. Il demande à voir vos crachats et parfois il peut même mirer vos urines†.

Il a enfin un pouvoir suprême qu'il ne partage qu'avec le guerrier, le bourreau et l'assassin : celui d'ouvrir votre enveloppe corporelle, de faire couler

\* En principe les ministres, les académiciens, les duchesses et les procureurs de la république veillent à être entourés de médecins d'exception ou à faire appel à des médecins amis, mais on ne peut tout prévoir... il suffit d'être en vacances dans un site inconnu un 14 juillet...

† Aujourd'hui on dirait "examiner les urines" mais le verbe "mirer" reste utilisé. Autrefois ils les goûtaient. Ca ne se fait plus.

vosre sang. Lorsque vous êtes endormi, inconscient, inerte, il peut vous manipuler, vous, une personne, comme si vous étiez un objet. Il peut soulever votre bras, comme si c'était une branche morte, le badigeonner de désinfectant et l'inciser quelque part. Il peut dérouler votre intestin, à la recherche de quelque bizarrerie, comme si c'était *un tuyau d'arrosage*. Il peut extérioriser vos ovaires, comme une grand-mère choisirait un bouton dans sa boîte à ouvrages.

L'anesthésiste peut retourner votre paupière fermée pour voir si vos réflexes pupillaires restent vaillants.

A la fin d'une intervention chirurgicale, vous serez porté de la table d'opération à votre lit comme un vulgaire colis.

Non seulement le médecin peut tout cela mais, bien souvent, le patient souhaite lui en dire plus, lui en montrer plus, tant il a besoin d'extérioriser, d'expliciter, de transférer son inquiétude ; tant il souhaite *tout montrer* pour être sûr que tout soit *bien vu*.

## **Dire les bonnes et les mauvaises nouvelles**

Une partie importante de la pratique de la majorité d'entre nous, qu'il s'agisse de gynécologie ou d'obstétrique, concerne heureusement des patientes qui n'ont pas de maladies sévères.

Certaines consultent pour des petits maux : des troubles des règles, des sécrétions vaginales anormales, des douleurs transitoires, des démangeaisons. Il faut s'assurer que ces symptômes ne sont pas le témoin de quelque maladie grave, rassurer les patientes et leur donner un traitement adapté.

En revanche, il arrive parfois, régulièrement, trop souvent - et si ça n'était pas le cas la surveillance médicale n'aurait pas de raison d'être - que chez quelque patiente soit découverte une anomalie - anomalie gynécologique ou relative à une grossesse - plus ou moins sévère.

Ceci peut être très simple. Le médecin a reconnu la nature du *mal* et peut affirmer que ce n'est pas grave du tout. Cette éventualité est heureusement fréquente : le patient est presque guéri.

Le mal peut-être plus grave. Le patient va recevoir un traitement adapté, parfois un peu compliqué, ou pénible, mais sera, cette fois encore, guéri.

Parfois sa maladie est encore plus grave et le fait entrer dans un processus médical complexe, durable, difficile à supporter. La guérison pourra n'être que partielle, ou temporaire.

Il peut y avoir des malentendus entre la patiente et le médecin.

Soit elle est très inquiète, elle a la certitude que l'on va lui trouver quelque chose de grave. Il sera alors bien difficile de lui faire admettre que - a priori - chez elle il n'y a rien qui *cloche*.

A l'inverse elle peut être persuadée que tout va bien et que l'examen est un simple rituel, elle n'envisage pas du tout l'éventualité d'un quelconque problème. Manque de chance, dans le cas présent il y en a un, et il est sévère.

Comment gérer la situation où on doit annoncer à une patiente qui jusqu'à cet instant était bien portante qu'on lui a trouvé, ou que l'on a trouvé à l'enfant qu'elle porte, quelque chose d'anormal ?

On bascule en un instant de l'euphorie insouciante à une situation d'angoisse, voire de malheur potentiel. Comment s'y prendre pour aider la patiente, ou le couple, à franchir ce cap ?

Une annonce instantanée serait traumatisante. Par ailleurs il y aurait le risque, bien réel, que l'on puisse se tromper et voir quelque chose d'atypique alors qu'en réalité tout est normal. Cela arrive.

Dans ces cas, il semble raisonnable de faire part aux patients d'un doute, de leur dire que l'on est incertain sur l'interprétation d'un symptôme, d'une image, d'un résultat d'examen, que l'on préfère les revoir le lendemain ou quelques jours plus tard. Ce délai donne le temps de réfléchir, de se documenter, de demander un avis à un collègue. Il permet au médecin de se ressaisir, à distance du choc initial.

Le nouvel examen sera fait dans un contexte plus favorable. On pourra consacrer à la patiente le temps d'une consultation plus longue et plus approfondie et peut-être lui proposera-t-on de l'adresser à un autre praticien plus spécialisé dans le domaine dont relève son cas, ou pour avoir un deuxième avis.

Cette conduite - qui a priori peut sembler manquer de franchise - permet aussi aux patientes d'évoluer dans leur tête, de prendre conscience de ce que - peut-être - il pourrait y avoir l'éventualité d'un problème.

Cela leur permet de réfléchir, et de se préparer à entendre - peut-être - une annonce désagréable ou terrible.

## **Et quand tout va bien ?**

La situation est l'inverse de la précédente. L'examen ne montre rien d'anormal mais il faut en convaincre la consultante.

Elle est extrêmement inquiète. Depuis plusieurs jours elle pense et repense



à cet examen qu'elle va subir, persuadée que l'on va lui trouver quelque chose - ou trouver quelque chose à son bébé, si elle est enceinte.

Nous, médecins, ne réalisons pas toujours - ou négligeons parfois - d'assumer, de partager, cette angoisse.

Il faut savoir prendre le temps et puiser en soi le pouvoir de conviction qui est nécessaire. Il faut persuader la femme que son examen est normal. Il faut la regarder, dans les yeux - d'homme à homme - et lui préciser que, véritablement, l'examen que l'on vient de pratiquer n'a rien montré d'anormal. La patiente n'ignore pas les limites de l'examen médical mais elle se sent rassurée par l'expression de notre conviction que tout va bien.

Dans les cas où le médecin n'a pas réalisé la nécessité de cette persuasion, s'il considère que tout allant bien, il n'y a pas plus à dire, la patiente peut interpréter son laconisme comme une volonté de cacher quelque chose. Elle peut imaginer toutes sortes d'hypothèses péjoratives et déstabilisantes qui lui pourrissent la vie, alors que son examen est strictement normal. Cet état d'inquiétude pourra persister jusqu'à ce qu'elle vienne consulter à nouveau, le même médecin, ou souvent un autre, plus communicant, plus persuasif qui saura, lui, la rassurer.

## **Trisomie 21**

*Dans les années 1980 il n'y avait pas, comme aujourd'hui, d'évaluation systématique du risque de trisomie 21 (mongolisme) pendant la grossesse - ni par des examens sanguins chez la mère, ni par échographie. Lorsqu'il y avait des risques particuliers, âge maternel ou antécédents, une amniocentèse pour caryotype\*, était proposée mais cet examen n'est pas sans risque†.*

*De ce fait, les naissances d'enfants porteurs de cette anomalie étaient beaucoup plus fréquentes qu'aujourd'hui‡.*

*Un soir, je fus appelé par la sage-femme de garde pour voir un nouveau-né. Elle s'inquiétait de son aspect très évocateur d'une trisomie 21.*

*Chez le nouveau-né, le diagnostic clinique de cette pathologie n'est pas toujours aisé. Il fallait donc faire part aux parents de notre doute vis-à-vis d'une*

\* Prélèvement de liquide amniotique pour analyse chromosomique des cellules fœtales.

† 0,5 à 1 % d'arrêt d'évolution de la grossesse, plus ou moins proche de la pratique de l'acte. On ne peut préciser s'ils sont liés à l'amniocentèse elle-même ou s'il s'agit d'arrêts de grossesse indépendants de celle-ci.

‡ Les amniocentèses pour étude des chromosomes du fœtus ont commencé à être pratiquées vers 1960. Les marqueurs de risque par analyse de sang et échographie vers 1990. Actuellement le taux d'amniocentèse, en tenant compte de tous les facteurs de risque : âge maternel, marqueurs biochimiques et signes échographiques est aux alentours de 10 %.

*éventuelle anomalie et de la nécessité d'une prise de sang pour préciser et affirmer le diagnostic. Cette situation est extrêmement anxiogène pour les familles et met le médecin très mal à l'aise.*

*Vis-à-vis de ces parents, j'essayai d'exprimer mes craintes et mes doutes. Le père comprit bien la signification de mes paroles et il eut le juste sentiment que le diagnostic de l'anomalie était quasiment certain.*

*Je lui dis être bien conscient du caractère dramatique de la situation.*

*Je lui proposai, si le diagnostic se confirmait, de prendre rendez-vous, pour une consultation, auprès d'un pédiatre spécialisé en génétique, afin d'envisager avec lui les possibilités concernant la prise en charge de cet enfant.*

*Dans le même temps, j'étais bien conscient du caractère un peu hypocrite de mon propos, mais, que pouvais-je faire d'autre ? Il répondit : « Je ne veux pas de cet enfant porteur de cette maladie. Vous devez assumer vos responsabilités. C'est vous qui l'avez mis au monde, c'est à vous de le supprimer. Si vous ne voulez pas le faire, vous n'avez qu'à l'adopter ! »*

*Si une trisomie 21 est dépistée avant la naissance - quelque soit le terme - un fœticide\* est légal, tandis qu'après celle-ci, un infanticide ne l'est pas. Je lui expliquai donc qu'il n'était pas question pour moi de pratiquer cet infanticide.*

*Je suis cependant bien conscient de ce que, assumer un enfant trisomique est pour une famille - malgré les structures d'aide éventuellement envisageables- une situation difficile et douloureuse.*

*La patiente, comme souvent dans ces contextes, était très en retrait par rapport à ce dialogue. Elle n'était sans doute pas moins accablée que son mari mais elle semblait plus fataliste. Peut-être, l'enfant venant de sortir de son propre ventre, ressentait-elle plus fort le sentiment de filiation et sa " responsabilité " vis-à-vis de la situation et de l'enfant.*

\* Interruption de la grossesse après trois mois, après la transition du stade embryon au stade fœtus.

# Médecin et patient

## Dimension irrationnelle de la relation

Le médecin peut avoir un grand ascendant sur ses patients. Leur guérison dépend de son savoir et de son vouloir. Ils sont soumis à son pouvoir.

Dans ces conditions, la relation entre eux ne peut pas être banale. Il y a, en quelque sorte, un peu de magie dans celle-ci. Le médecin est un technicien de la santé mais aussi, un peu, un sorcier.

Dans la mesure où elle peut contribuer au soin, cette part d'irrationalité peut être utile. Dans le cadre d'une démarche médicale menée, par ailleurs avec la plus grande rigueur, sans doute faut-il lui laisser une certaine place.

Le médecin, ce praticien, ce technicien tout à fait ordinaire devient alors, pour le patient une sorte de démiurge.

## Pauvre individu tout nu...

Derrière le ministre, l'académicien, la duchesse, le procureur, le marin pêcheur, le menuisier, il n'y a qu'un pauvre individu, inquiet, tout nu. Celui-ci, inconsciemment, s'efforce de mettre le médecin de son côté, d'attirer sa bienveillance, son bon vouloir. Pour cela il lui faut bien tenir son rôle de malade : être soumis, aimable, baisser la garde.

Dans ces conditions, il lui est difficile de faire des reproches au médecin, de le traiter d'égal à égal. Il ne peut se permettre de lui faire remarquer qu'il a deux heures de retard dans sa consultation ; que lui, patient, a passé la moitié de l'après-midi en salle d'attente. Il ne peut se permettre de lui faire remarquer que la dernière fois, pour une consultation de quinze minutes il lui a pris 50 € et qu'il n'a été remboursé que de 28. Il vaut mieux négliger ces petits problèmes. S'il manifestait son indignation, le médecin pourrait se venger et ne pas bien le soigner.

Le patient, lorsqu'il est malgré tout déçu ou indigné par le comportement du médecin, préfère souvent, par prudence, déverser son ressentiment sur les secrétaires, ou les infirmières. C'est à elles qu'il dira qu'il a attendu deux heures, c'est à elles qu'il dira que le médecin l'a à peine écouté. C'est elles, parfois, qu'il rendra responsables de tous les dysfonctionnements. Elles, qui pourtant, n'y sont en général pour rien !

Le médecin, pour peu qu'il n'y prenne garde, peut se laisser gagner par l'ivresse de ce pouvoir. Il peut imaginer - cela arrive assez souvent - et on peut

le regretter - que celui-ci est lié à ses propres mérites, à sa propre personne, qu'il est un super docteur, alors que cette situation est, en fait, liée à sa fonction.

## ***Madame Levenez***

*Madame Levenez est une femme triste. Je la vois chaque année pour sa visite systématique. Elle est toujours au bord des larmes. Rien ne va. Elle a perdu ou n'a jamais eu le goût de la vie. C'est une personne déprimée.*

*Son mari travaille sur les plates-formes pétrolières et il est souvent absent. Ceci ne facilite pas leur relation. A chaque consultation elle m'en parle. Au bout de quelques années, le temps de la retraite approche. Ceci pourrait modifier la situation.*

*Quelques mois plus tard, je revois madame Levenez.*

*Elle est encore plus défaite qu'à l'habitude, encore plus triste, encore plus malheureuse.*

*Je pense que c'est toujours lié aux absences répétées de ce mari qui passe la moitié de l'année sur les plates-formes, dans les brumes et les vents de la Mer du Nord. Je l'interroge à nouveau. « Ca ne va pas ?- Que se passe-t-il ? ».*

*Les absences de son mari sont-elles toujours la cause de ce désarroi ?*

*Non, il n'en est rien. Son souci n'est plus la séparation.*

*Monsieur Levenez est en retraite. Il a vécu toute cette dernière année au domicile conjugal.*

*Me souvenant des propos de la patiente lors des précédentes entrevues j'avance une question logique mais stupide\* : « Si votre mari est revenu à la maison, ça devrait aller mieux... ».*

*Mais non, ça ne va pas mieux du tout. C'est pire qu'avant. Elle rumine, hésite, puis finit par me dire : « Si vous croyez que c'est marrant, je l'ai entre les jambes toute la journée !... ».*

*Cette remarque est elle à prendre uniquement dans son sens figuré ? Ou dans son sens littéral ? Peut-être les deux...*

*Finalement, un homme peut être indésirable de toutes les manières : qu'il soit présent ou absent...*

\* En matière de sentiments, a fortiori quand il y a un contexte dépressif, les raisonnements qui semblent les plus logiques sont habituellement tout à fait inadaptés.

*Quoi qu'il en soit, maintenant que son mari est rentré, il ne reste plus à Madame Levenez qu'une détresse toute pure.*

*Celle-ci est peut-être encore plus douloureuse que l'ancienne, car elle ne peut plus être rationnellement justifiée.*

## **Le médecin doit s'efforcer de rester modeste**

L'objectif essentiel de la pratique médicale, pour les maladies graves mais aussi pour les plus bénignes, est qu'après les soins le patient se porte mieux qu'avant. Que ce soit le contraire serait un échec...

Il arrive parfois que nous ayons eu en soins une patiente (il pourrait s'agir aussi d'un patient) ; que nous l'ayons vue, et revue, à plusieurs reprises, et qu'à chaque fois elle nous ait fait part d'un mal persistant – la variété des maux persistants est, hélas, infinie – et que tous les traitements essayés aient inmanquablement, échoué.

Il peut arriver qu'un jour, cette même patiente revienne nous voir et nous annonce qu'elle va beaucoup mieux, qu'elle est nettement soulagée.

Un espoir se fait jour dans notre esprit : elle va nous dire que c'est grâce au dernier traitement que nous lui avons prescrit, ce qui signifierait que nous sommes, peut-être, en la circonstance, un assez bon docteur...

Hélas ! Il n'en est rien. Ce n'est pas du tout notre traitement. « Non, vraiment, il n'a eu aucun effet positif ! »

Que s'est-il donc passé ? Est-elle allée voir un autre médecin qui, enfin, a su découvrir la nature de son mal et prescrire le médicament qui lui était nécessaire ? Est-elle allée chez un radiesthésiste, un guérisseur ? A-t-elle, sur les conseils d'une de ses amies, essayé un nouveau produit dont nous ignorions tout, même l'existence ?

La blessure narcissique, pour nous, médecin habituel de cette patiente, peut être grande. Si grande qu'elle pourrait - qu'elle peut - éveiller un désir de vengeance.

Elle pourrait- elle peut - entraîner de notre part une phrase assassine : « Le produit que vous a donné votre amie - ou l'autre médecin que vous avez consulté - c'est le même, avec un nom différent, que celui que je vous avais prescrit la semaine dernière et qui n'a eu, soi-disant, aucun effet ! » ; « La radiesthésie, ce n'est pas sérieux... » ; « Les guérisseurs ne sont pas des médecins... » ; « Si vous n'avez pas confiance, que vous éprouvez le besoin

d'aller demander des avis à droite et à gauche, ce n'est plus la peine de venir me voir ! ».

Ces propos, imaginés hors contexte, paraissent peu vraisemblables. Cependant ils ont pu être tenus par leur médecin habituel, par leur médecin de famille, par leur gynécologue. Sans doute m'est-il parfois arrivé de dire semblable bêtise, de commettre semblable maladresse...

Gardons-nous d'une telle réaction, même si, d'une certaine manière, elle est humainement compréhensible ! Elle est illégitime : les patients sont libres de se faire soigner comme ils l'entendent, en fonction de leur état d'esprit.

Cette réaction est néfaste à notre image et à celle de l'autre praticien, - médecin ou non - que la patiente a consulté en deuxième intention. Elle se dit que les deux sont probablement un peu mauvais.

Son médecin habituel prétend que le deuxième intervenant qu'elle a consulté est incompétent : « Peut-être est-ce vrai... », se dit-elle.

Elle ne pense pas plus de bien de son propre médecin ; elle n'est pas dupe de son mouvement d'humeur et perçoit son propos comme un signe d'insuffisance professionnelle.

Les patients comprennent bien qu'un traitement ne puisse être efficace à tout coup mais, en revanche, elles/ils n'apprécient pas du tout que le médecin, que leur médecin, les déçoive.

Sur le plan de l'efficacité, c'est contre-productif. La patiente perd confiance dans le traitement qu'elle avait reçu et dont elle avait le sentiment qu'il pouvait être, qu'il était, efficace. Dans ce cas, son trouble, qui avait peut-être disparu, risque fort de réapparaître.

Il faut savoir accepter les mises en cause qui nous sont opposées. Il ne faut avoir à l'esprit que le but recherché : que la patiente aille mieux après la consultation qu'avant.

Pour cela il faut la conforter dans son mieux être : « Je ne suis pas surpris que vous alliez mieux. Le nouveau produit qui vous a été donné semble adapté. Il est bien que vous soyez soulagée. Poursuivez ce traitement qui paraît bien correspondre à votre cas... »

Un sujet non souffrant, et à l'esprit purement logique, peut argumenter qu'en agissant ainsi, « c'est un peu comme si on prenait le patient pour une andouille... ».

Dans la pratique médicale, il vaut mieux ne pas avoir un esprit trop dogmatique, et essayer de s'adapter à chaque cas.

## **QUELQUES SATISFACTIONS « BONUS » Contre-chant Marie-Hélène FERRIER**

Heureusement, les jours sont émaillés de petits et grands bonheurs. Certes, participer à la naissance d'un enfant, constater une grossesse après un long et pénible traitement chez un couple stérile, soulager physiquement ou moralement, toutes ces « nobles » causes justifient notre travail.

Il est aussi des petits plaisirs qui ensoleillent la journée : telle patiente qui veut donner votre prénom à son enfant ; ou bien celle-là qu'on a oubliée, qu'on voit des années après dans des circonstances tout à fait étrangères au contexte médical, et qui vous témoigne gratitude et reconnaissance pour l'avoir accouchée il y a 20 ou 25ans.

Début et fin d'une fonction

### **Fillette, jeune fille, femme Garçonnet, grand garçon, homme**

Les gynécologues ordinaires sont peu concernés par la problématique de la puberté. Les mères, les enseignants, les infirmières et médecins scolaires, les médecins de famille connaissent probablement mieux que nous ce phénomène pour lequel nous ne sommes que rarement consultés.

C'est une étape très importante de la vie qui débute habituellement vers l'âge de 10 ans chez les filles et 11/12 ans chez les garçons. L'ensemble du processus dure à peu près trois ans chez les filles, un peu plus longtemps chez les garçons.

Puberté, du latin "Pubere" : "se couvrir de poils". L'image paraît un peu forte !

Ce phénomène est lié à la maturation de l'hypothalamus et de l'hypophyse, système neuroendocrinien\* situé à la base du cerveau. Ceci entraîne de profondes transformations physiques, sexuelles et psychologiques qui font passer le sujet de l'état d'enfant à celui d'adolescents puis, progressivement, et plus

\* L'hypothalamus est une structure nerveuse qui libère des neuro-hormones, les quelles, sous la gouverne du cerveau, régissent les sécrétions de l'antéhypophyse, "chef d'orchestre des sécrétions hormonales". L'hypophyse sécrète les hormones qui gèrent les sécrétions d'autres glandes : les ovaires, les testicules, les glandes surrénales, la thyroïde et d'autres fonctions, l'hormone de croissance, l'hormone de la lactation .

tardivement, de jeune adulte.

Chez la fille son début marqué par le développement des mamelons puis par la pigmentation progressive de ceux-ci. Par la suite, les seins prendront progressivement leur morphologie adulte. La pilosité apparaît au niveau des grandes lèvres, des aisselles, puis du mon de Vénus et des plis de l'aine. La vulve se modifie. Elle se pigmente, s'oriente progressivement vers le bas. Les petites lèvres, les grandes lèvres et le clitoris se développent. Le bassin progressivement s'élargit et le tissu adipeux au niveau des hanches et des cuisses se développe. Les premières règles surviennent habituellement vers l'âge de 13 ans.

Chez le garçon les étapes sont moins marquées. Augmentation du volume des testicules vers 11 / 12 ans, apparition d'une pilosité pubienne et axillaire, mue de la voix, accroissement de la taille du pénis, apparition de la pilosité faciale, émission de sperme.

On parle de puberté précoce chez la fille lorsque le processus pubertaire débute avant 8 ans et que les premières règles apparaissent avant 11 ans.

Chez le garçon si ce même processus débute avant 11 ans.

De puberté tardive chez la fille si a treize ans s'il n'y a pas de signes de début de puberté et à 15 ans pas de règles.

Chez le garçon si le processus pubertaire n'a pas débuté à 15 ans.

Ces phénomènes de pubertés précoces ou tardives sont habituellement sans gravité. Parfois, rarement, ils peuvent être liés à des pathologies particulières qui nécessitent une prise en charge spécifique.

À la fin de la puberté le sujet a presque atteint sa taille définitive. Il a la capacité de se reproduire. Ceci dit la transition vers l'âge adulte est loin d'être achevée, sur les plans affectif, psychologique, social etc.

La majorité civile est variable selon les temps et les pays. A la fin du XVI<sup>e</sup> siècle elle fut fixée à 25 ans par l'ordonnance de Blois (1579). En 1792, elle passa à 21 ans. Depuis 1974 elle est à 18 ans.

La "majorité" n'est pas, loin de là, le passage à l'âge adulte. La fin de la maturation physiologique et psychologique et le passage à l'âge adulte se situeraient vers 25 ans disent certains neurophysiologistes.

La transition de l'enfance à l'adolescence n'est pas toujours facile. En quelques semestres, des transformations hormonales, somatiques et psychologiques profondes se produisent. Elles ne sont pas toujours en harmonie. On peut rester



enfant dans un corps d'adulte et vouloir se comporter comme un adulte. On peut être un enfant et avoir un fonctionnement intellectuel, une maturité d'adulte.

Quoi qu'il en soit, cette transition n'est pas toujours bien vécue. En quelques semestres la / le jeune doit s'adapter à son corps nouveau, son esprit nouveau et de grandes discordances ne sont pas rares.

Il s'interroge sur son aspect physique et sa capacité de séduire.

Il peut devenir irritable, anxieux, agité, insupportable pour son entourage qui a du mal à intégrer ces changements. Lui, elle, qui était si mignon /ne...

Et voilà les problématiques de la sexualité et de la fécondité qui apparaissent. Autrefois, le grand drame : "tomber enceinte", devenir "fille-mère". Ce n'était pas rare. Après, il "fallait épouser". Ca ne se passait pas toujours bien. "On était si jeune..."

Les choses ont beaucoup changé du fait des possibilités de contraception.

L'âge des premiers émois amoureux, des premiers désirs, des premières relations sexuelles se situe maintenant vers seize ans et demi, à peu près le même chez la fille et chez le garçon. Il était de vingt ans vers 1960, dix huit ans vers 1970. Par ailleurs, l'âge des premières relations augmente avec le niveau scolaire et le milieu socio-économique familial.

Ce rajeunissement de l'âge des premières relations est particulièrement lié à l'apparition et le perfectionnement de la contraception dans les années 70. Ceci a favorisé l'évolution des mentalités (mai 68) et induit une plus grande permissivité sociale à ce sujet.

Le tabou sexuel s'est atténué. Il y eut l'apparition de la mixité dans les établissements d'enseignement, qui a permis aux filles et aux garçons de mieux se connaître, de mieux s'évaluer dans leurs différences, de mieux se comprendre. Il y eut de ce fait une diminution de l'influence des autorités morales, religieuses et parentales.

## **Le retour d'âge**

Au temps de mon enfance ou la pudeur était grande et le pelvis inimaginable j'ai entendu plusieurs fois ma mère, ma grand-mère et d'autres femmes chuchotant le mot « ménopause », mot mystérieux.

Je me souviens que ma grand-mère avait souvent - j'en ignorais la signification - des manifestations bizarres. Elle avait l'air d'avoir brusquement très chaud. Elle transpirait un peu et de son visage devenait rouge. J'ai appris depuis qu'il s'agissait de bouffées de chaleur.

La ménopause est "la cessation de la fonction ovarienne et s'accompagne d'un arrêt des règles, d'une régression de certains caractères sexuels, de bouffées de chaleur, et parfois de perturbations psychiques et neuro endocriniennes".

On parle parfois de "retour d'âge". Une période de la vie ou la vieillesse approche. On peut dire aussi, familièrement, d'une personne qui vieillit un peu, quelque soit son sexe, quel est "sur le retour".

Dernier mot enfin, le "climatère" : étape critique de la vie humaine difficile à franchir. Cette définition peut correspondre à celle de la ménopause.

L'âge en est variable. Il se situe aux alentours de 50 ans. Certaines femmes sont ménopausées plus tôt, à partir de 42 ans. On parle de ménopause précoce avant 40 ans.

La pré ménopause dure environ quatre ans. Pendant cette période il y a une baisse des sécrétions ovariennes : de la progestérone d'abord, puis des œstrogènes.

La ménopause est confirmée lorsque l'arrêt a duré plus d'un an. Les altérations du système hormonal peuvent entraîner des manifestations d'intensité variable. La moitié des femmes en ressentent fort peu tandis que les autres sont plus ou moins gênées

La pré-ménopause puis la ménopause peuvent être marquées par une prise de poids, des troubles dépressifs, des insomnies, de l'anxiété, de l'irritabilité, des maux de tête, des phénomènes de tension mammaire.

Elle est liée à un épuisement numérique et fonctionnel des cellules germinales de l'ovaire. Cinq cents environ ont été expulsés lors des cycles menstruels (ou lors des grossesses) plusieurs dizaines de milliers se sont atrophiées progressivement et ceux qui restent ne sont plus très vaillants\*.

De ce fait il y a un tarissement progressif des sécrétions hormonales ovariennes et par réaction une hypersécrétion du système hypothalamo- hypophysaire déjà évoqué antérieurement.

Les symptômes principaux sont les bouffées de chaleur. Celles-ci peuvent se produire pendant longtemps, parfois 10 ans. Elles sont souvent associées à d'autres troubles déjà évoqués.

Il peut y avoir également une diminution du désir sexuel d'origine hormonale et psychologique. Elle peut être favorisée par modifications au niveau des muqueuses génitales, sécheresse, pénétrations douloureuses, etc.

\* Il y a aussi le cas particulier des ménopauses liées à une ablation chirurgicale des ovaires qui peut être réalisée à tout âge en cas de nécessité, tumeur grave, maladie particulière, etc.

Autre phénomène naturel qui s'accroît lors de la ménopause : la diminution du capital osseux. Celle-ci se produit naturellement et progressivement à partir de 30 ans mais s'accroît lors de la ménopause. Ceci peut favoriser, quelques dix ans plus tard, certaines fractures : col du fémur, os de l'avant-bras, tassements vertébraux. En fait tous ces éléments sont liés à la ménopause mais aussi à la sénescence normale d'une personne qui vieillit.

### ***Un mari encombrant***

*Madame Goulven habite la commune de Porsmeur. C'est une dame brune, un peu ronde, vive. Elle travaille dans un foyer-logement pour personnes âgées. Arrivée aux environs de la cinquantaine, elle a eu le temps de faire le bilan de sa vie conjugale.*

*Son mari est marin au commerce. Il passe à peu près trois mois en mer et trois mois à terre. Il est habitué à vivre sur les bateaux, dans un milieu d'hommes.*

*Lorsqu'il est absent de chez lui, la maison tourne quand même. Sa femme gère avec vigueur le foyer et les enfants.*

*Madame Goulven n'exprime pas une grande estime pour son mari. Il semble que, lorsqu'il revient à terre, il ait du mal à trouver sa place à la maison.*

*Je ne le connais pas, ce monsieur, mais lors de chacune de ses consultations, la patiente m'en parle. Ce marin absent semble plutôt encombrant.*

*Selon Madame Goulven – méfions-nous, nous n'avons que sa version – il passerait des heures devant la télévision à regarder le foot. Il serait tellement abruti qu'il en arriverait à parler avec son chien, qu'il prendrait à témoin des actions les plus remarquables des matchs.*

*Ce mari roterait et pèterait devant sa télé sans aucune retenue. Il ne se laverait que très rarement, de telle manière qu'il sentirait fort. Le soir venu, il aurait tendance à diriger ses pas vers le bistrot du bourg où il retrouverait ses copains de "à terre" - des mecs comme lui qui auraient du mal à comprendre « comment ça fonctionne les bonnes femmes » - et il retrouverait dans ce lieu des capacités de communication qu'il aurait perdues à la maison.*

*Dans quelques années ce mari va être en retraite. A chaque consultation la patiente me dit qu'elle se demande bien comment elle fera pour le supporter tout au long de l'année.*

## L'immense marché de la vieille dame

*"Ménomarché, les mousquetaires de la substitution"*

En 1966 Robert et Thelma Wilson ont écrit un ouvrage qui a eu un immense succès : "Feminine for ever" (Féminine pour toujours).

Succès auprès des praticiens, succès auprès des patientes, ce livre a eu aussi un grand succès auprès des laboratoires. Ceux-ci voyaient s'ouvrir un immense et perpétuel marché (A titre de référence, en 2025 la moitié des Françaises seront ménopausées). Fabuleux ! Ils firent de profondes recherches et synthétisèrent de nombreuses molécules aux modes d'administration divers.

Le traitement consiste en une association des deux principales hormones sexuelles : les œstrogènes et les progestatifs. Signaler des cas particuliers : les femmes qui présentent des troubles de la pré ménopause chez qui on administre des progestatifs seuls, de manière séquentielle, et les femmes hystérectomisées, chez qui les progestatifs ne sont pas nécessaires.

Aux États-Unis sont utilisés les œstrogènes d'origine équine. En France, bien sûr, on fait beaucoup mieux, beaucoup plus naturel ! On administre des œstrogènes naturels par voie transdermique (patches ou gels).

Les progestatifs (les nôtres aussi sont mieux !...) visent à pallier les effets cancérogènes possibles des œstrogènes sur la muqueuse utérine (c'est pourquoi ils ne sont pas nécessaires chez les femmes qui n'ont plus d'utérus).

Comme un pavé dans une mare, une autre étude faite en 2002 (WHI) eut un grand retentissement. Elle montrait que le THS ne semblerait plus miraculeux.

La prévention de l'ostéoporose ne durerait que pendant la durée du traitement.

Il y aurait une absence de bénéfice cardio-vasculaire : le traitement ne rajeunirait ni les artères, ni le cœur.

Sous traitement il y aurait une survenue plus fréquente d'embolies et d'accidents vasculaires cérébraux. Il y aurait également une légère augmentation de la fréquence des cancers du sein et de l'ovaire.

Ceci a ouvert la porte à un large débat qui est loin d'être conclu. Le "marché de la vieille dame" en a pris un coup.

On ne peut plus considérer le THS comme un traitement préventif qui permet de rester éternellement jeune. Il n'aurait pas vraiment d'intérêt pour la santé au long cours.

Il faut l'utiliser comme traitement curateur chez les femmes qui présentent des symptômes invalidants - bouffées de chaleur, fatigue, troubles dépressifs, perte du désir sexuel - pendant le temps que durent les troubles.

Il est nécessaire aussi pour les femmes qui ont des ménopauses précoces, soit naturelles, soient liés à une ovariectomie. Il est alors poursuivi jusqu'à l'âge où aurait du se produire la ménopause naturelle.

Il faut en revanche beaucoup insister sur l'hygiène de vie. Les recommandations habituelles concernant celle-ci sont particulièrement importantes à cette période de la vie : alimentation équilibrée, cessation du tabac, activité physique, exposition à la lumière naturelle, investissement personnel dans des activités captivantes.

Le marché des médicaments se restreint.

Finalement, les bouffées de chaleur ne frappent que 50 % des femmes ménopausées. Et de plus, elles sont parfois fort bien supportées. Les troubles dépressifs et les insomnies ne concernent qu'à peu près 30 % des femmes et la perte de libido 20 %.

Oui, vraiment la ménopause ne serait plus une maladie. Comme la puberté ce serait une étape de la vie.

On dit que 70 % des femmes apprécient cet endormissement des ovaires et le fait d'être débarrassées de l'incommodité des règles. Elles apprécient de ne plus avoir à se soucier de contraception.

Tout ceci ouvre un nouveau chapitre dans leur vie.

"Feminine for ever", malgré la ménopause.

Ceci dit, trente pour cent des femmes ménopausées n'apprécient pas du tout cette transition, sa symbolique et les "misères" qu'elle peut souvent imposer.



## "Stérilité"

Il n'est pas rare que l'on suive un couple pour un problème de stérilité. Il peut s'agir d'une stérilité récente. Les explorations habituelles ont été faites, un traitement a été prescrit, pour stimuler l'ovulation ou pour essayer de conforter une grossesse débutante. Quelques jours plus tard, il vient consulter : retard de règles... La fierté point en notre âme, le traitement a bien marché.

Mais non, la patiente ne l'a pas commencé. La grossesse est survenue comme ça...

Est-ce pur hasard ? Y a-t-il eu un facteur psychosomatique, une sorte de passage à l'acte de la patiente ? Je ne sais pas mais cette éventualité, dans l'expérience de chacun de nous, n'est pas rare.

A l'inverse, il arrive que nous ayons pris en soin un couple présumé stérile pendant de nombreux cycles, de nombreux mois, des années. Explorations et traitements astreignants, espoirs déçus, difficultés morales. Malgré la multiplicité et les contraintes des traitements, pas de grossesse. Le couple, découragé, décide d'abandonner.

Un mois plus tard, quelques mois plus tard, ils reviennent en consultation. La patiente a un retard de règles, elle a les symptômes fonctionnels habituels si souvent décrits, la réaction de grossesse est positive ; la patiente est bien enceinte.

Pur hasard, effet pernicieux des traitements antérieurement prescrits, détenté psychologique ?

Comme dans l'éventualité précédente, qui pourrait le dire ?

### ***Madame Legorju***

*Madame et Monsieur Legorju vinrent un jour en consultation pour un problème de stérilité. Après deux ans de vie conjugale effective ils ne parvenaient pas à obtenir de grossesse. Elle était infirmière libérale. Lui, technicien en électronique.*

*Je les examinai tous les deux et leur fis faire les explorations complémentaires habituelles dans ce contexte. Deux éléments dominaient ce que, dans notre jargon, nous appelons « le tableau » : d'une part, la patiente était extrêmement mince et d'autre part, elle pratiquait la course à pied de manière régulière et intensive. Ses courbes de température montraient qu'elle n'avait pas d'ovulation, ce qui, dans ce contexte – maigreur et suractivité sportive -*

*est fréquent. J'adressai le couple à un centre de référence en procréation médicalement assistée (PMA) pour avoir un second avis. Après concertation, nous lui conseillâmes de diminuer son activité sportive, d'essayer de prendre un peu de poids et nous lui proposâmes, si cela ne suffisait pas, de lui administrer des médicaments stimulant l'ovulation.*

*Nos conseils concernant le mode de vie n'ayant guère eu d'effets concluants, nous passâmes à la deuxième étape du programme. C'est une procédure lourde : les médicaments sont administrés par injections à des dates précises et ils sont extrêmement coûteux. La patiente doit se soumettre à des contrôles par des prises de sang et des échographies répétées. Les relations sexuelles doivent avoir lieu à des dates précises, en fonction du traitement, des courbes de température et des résultats des divers examens. Ceci ne facilite guère le romantisme de la relation amoureuse.*

*Le couple était d'accord. La patiente, en particulier, semblait accepter de bonne grâce toutes les contraintes de cette prise en charge. Toujours ponctuelle, elle venait parfois seule, parfois accompagnée par son mari. Nous échangeions les paroles habituelles concernant les espoirs et déceptions inhérents à ces situations de stérilité.*

*Malgré un traitement qui semblait correctement conduit, la courbe de température et les divers examens pratiqués indiquaient que les ovaires de la patiente ne réagissaient pas au traitement.*

*Je repris contact avec le centre de procréation médicalement assistée afin de considérer de nouveau le cas de ce couple. Peut-être un élément nous avait-il échappé ? Fallait-il continuer le même protocole thérapeutique ?*

*Vers cette époque je reçus un coup de téléphone de monsieur Legorju. Il était très perturbé car - me dit-il - en rangeant un placard de sa maison, il avait trouvé intacts dans le fond de celui-ci, toutes les ampoules des médicaments prescrits à sa femme.*

*Ceci fit apparaître que la patiente faisait semblant de se traiter. Elle se soumettait à tous les examens : consultations régulières, courbes de température, échographies, prises de sang ; elle se soumettait à la contrainte des relations sexuelle programmées.*

*Pourquoi faisait-elle tout cela alors qu'elle ne prenait pas le traitement qui pouvait lui permettre d'obtenir la grossesse qu'elle croyait, disait, désirer ? Ce*



*n'était pas par ignorance. Infirmière elle savait, théoriquement, très bien ce qu'elle faisait.*

*Voulait-elle réellement un enfant ou ne faisait-elle que se conformer au vœu de son mari ? Avait-elle peur du traitement ? Était-ce pour une raison subconsciente plus compliquée ?*

*Pourquoi ne s'était-elle pas débarrassée des ampoules au fur et à mesure, au lieu de les stocker dans un placard ? Son entourage, médecin compris, aurait pensé qu'elle suivait son traitement.*

*Peut-être les y laissa-t-elle en sachant très bien que, tôt ou tard, elles seraient découvertes. Peut-être était-ce ce qu'elle souhaitait. Ainsi, cesserait cette comédie à laquelle elle ne savait comment mettre un terme...*



# Le statut ("statue ?") du médecin...

## Colloque singulier

En dehors du colloque singulier de la consultation, la perception que le médecin et la patiente ont l'un de l'autre peut être bien différente de celle qu'ils ont dans le cadre de cette relation.

Collectivement, les médecins sont souvent considérés comme travailleurs, dévoués, proches des gens, ce qui est souvent vrai.

A l'inverse, il leur est parfois reproché d'être hautains, dominateurs, très sûrs d'eux, ce qui n'est pas toujours faux.

Le médecin, de son côté, peut se plaindre de ses patients qui - sous le couvert de leurs inquiétudes - sont prioritaires, ont beaucoup d'exigences. Ils feraient volontiers de lui un esclave au service de leur santé, et sont, en revanche, prêts à lui tomber dessus à la première occasion.

Il peut arriver que le médecin jusque là bien considéré, chute brutalement de son piédestal.

Parfois - consciemment ou inconsciemment - il a réellement mal agi : il a mal évalué une situation ; il n'a pas voulu voir un patient en urgence parce qu'il était débordé et pensait que ce patient s'inquiétait à tort ; il a fait un examen incomplet, méconnu un symptôme important, et sera passé à côté du diagnostic. Il ne se sera pas déplacé lors d'un appel de nuit et aura donné par téléphone un conseil mal adapté.

Parfois il a fait du mieux qu'il lui était possible, mais, pour des raisons liées au contexte, le déroulement des événements n'aura pas été favorable, malgré une réelle qualité des soins.

La chute est d'autant plus brutale que le piédestal était élevé et les reproches des patients et de leurs familles, justifiés ou non, peuvent être sévères.

Parfois la chute est plus douloureuse encore.

La situation, a priori, semblait sans risque particulier : une intervention courante, un accouchement qui se présentait de manière favorable, une anesthésie banale.

Ces éventualités sont particulièrement fréquentes dans certaines disciplines dites à risque médico-légal : l'anesthésie, l'obstétrique, la chirurgie.

Puisque l'acte semblait banal, l'échec est considéré - à tort ou à raison -

comme résultant obligatoirement d'une faute. Or il n'en est pas toujours ainsi. Des complications sévères sont possibles, même dans les cas qui, a priori, paraissaient simples.

Le sentiment du patient vis-à-vis du médecin peut devenir une véritable haine et son désir de vengeance devenir aussi fort que l'étaient la confiance et la soumission.

Ceci débouche sur des recours judiciaires. Ce risque médico-légal, peut devenir, pour beaucoup de praticiens, une préoccupation obsessionnelle.

Ces recours sont de plus en plus nombreux et ont une incidence non négligeable sur les décisions thérapeutiques.

Le principe de précaution peut supplanter le bon sens.

Cela s'appelle : "ouvrir le parapluie".

## **Il y a plusieurs types de praticiens, de pratiques**

La médecine, en beaucoup de ses éléments, n'est pas une science exacte.

Il y a des cas qui prêtent peu à discussion : équilibrer un diabète, traiter une fièvre typhoïde, surveiller une grossesse.

Il est des cas où les traitements peuvent varier beaucoup d'un praticien à un autre, entre celui qui est actif, interventionniste, et celui qui est plus fataliste, abstentionniste. Un cas identique sera opéré par le Dr Martin alors qu'il ne le sera pas par le Dr Durand.

L'attitude du médecin est grandement influencée par celle du patient. Un patient anxieux ne sera pas traité de la même manière qu'un patient serein, un patient autoritaire qu'un patient soumis.

Dans une situation identique, les propos tenus par un médecin seront totalement différents de ceux qu'un autre aurait tenus.

J'ai lu à plusieurs reprises la pièce de Jules Romain "Knock ou le triomphe de la médecine". Je l'ai vue au théâtre et au cinéma. A chaque fois j'ai été émerveillé par la compréhension qu'avait l'auteur de la nature complexe de la relation médecin – malade.

Reparlons-en...

Le docteur Parpalaid est installé dans le village de Saint Alphonse. Il exerce la médecine avec fatalisme, sans trop y croire, conscient des limites d'un art qui ne disposait pas, à l'époque, des moyens, pourtant modestes, qu'il a aujourd'hui.

Sa clientèle, robuste et courageuse, sait qu'il ne peut lui apporter qu'accompagnement et réconfort et ne lui reproche pas sa passivité vis-à-vis de la maladie.

Après vingt cinq années de pratique, ce médecin éprouve le besoin de changer d'air. Le climat de son village ne serait pas très favorable aux rhumatismes de sa femme. Peut-être aussi que la minceur de sa clientèle ne lui assure plus des revenus suffisants. Quoi qu'il en soit, il a décidé de "la vendre\*" et de s'installer à Lyon. Une transaction commercialement bien menée l'a fait entrer en contact avec le docteur Knock qui s'est laissé gruger - semble-t-il de bonne grâce - voyant dans cette clientèle étriquée un terrain favorable à l'épanouissement de son singulier savoir-faire.

Le docteur Knock est très différent de son confrère. Les circonstances de l'éveil précoce de sa vocation et le déroulement de sa formation sont surprenants. Sa relation passionnelle à la médecine est curieuse. Cependant il y croit et a certains moyens humains qui pourraient faire de lui un médecin efficace.

En revanche, ses méthodes montrent à l'évidence qu'il est dénué de scrupules : il utilise son ascendant sur les autres pour les manipuler avec cynisme. Il vit avec jubilation cette capacité qui comble son besoin de pouvoir et lui permet d'assouvir son besoin de médecine.

Il gagne beaucoup d'argent et sait en faire gagner à ses collaborateurs qui lui sont redevables et donc absolument soumis. La richesse cependant n'est pas essentielle pour lui ; sa vie, totalement dévouée à la médecine, est d'une austérité absolue.

Que « ça le chatouille ou que ça le gratouille », au début de la pièce tout « être bien portant est un malade qui s'ignore ».

A la fin de celle-ci, il en va bien différemment : tous les sujets, bien portants ou non, sont en soins, véritablement malades.

Quelles étaient les intentions de Jules Romain en écrivant "Knock" ?

Les commentateurs et critiques y voient essentiellement une allégorie : la soumission d'un groupe humain à un personnage dominateur qui sait annihiler toutes les défenses de ses victimes. Il impose à une population villageoise - qui vit paisiblement et laborieusement une vie faite de luttes, de bonheurs et de chagrins, sous l'œil d'un témoin débonnaire, le docteur Parpalaïd - un état

\* Autrefois, il n'y a pas si longtemps, les clientèles pouvaient se vendre ou s'acheter

absurde dans lequel tous les habitants observent de bonne grâce les rituels aberrants et nuisibles qu'il leur impose. C'est une situation de soumission d'un groupe humain à un gourou convaincu mais illuminé et cynique.

La pièce est également une analyse très pertinente des diverses modalités de la pratique médicale. Pour nous, médecins, elle permet un regard critique sur notre manière d'exercer.

Le docteur Parpalaid a certains caractères d'un bon médecin et d'autres d'un mauvais médecin. Bon parce qu'il est conscient des limites de son art et sait, au moins, ne pas nuire. Mauvais parce qu'il ne se sent pas vraiment concerné par les maux de ses patients, parce qu'il ne se donne pas les moyens d'essayer de faire quelque chose pour eux.

Le cas du docteur Knock est plus complexe. Quel est le sens de son immense passion pour la médecine ? Est-elle sincère ? Est-ce une sorte de religion ? Quoiqu'il en soit, il nuit gravement à la population de Saint Alphonse en la mettant au lit sans raison et en lui prodiguant des soins absurdes pour satisfaire sa conviction délirante.

Il a cependant une des qualités nécessaires à l'exercice de la médecine : sa capacité de compréhension du fonctionnement de l'esprit humain qui, honnêtement utilisée, lui aurait permis d'aider les personnes affaiblies par l'inquiétude et la souffrance. Malheureusement, il l'utilise à mauvais escient.

Il ne faudrait pas imaginer que cette fiction caricaturale ne concerne pas les médecins que nous sommes : tous, nous nous situons quelque part entre Parpalaid et Knock.

Du côté Parpalaid, il y a les désabusés : ceux pour qui toutes les hémorragies génitales chez la femme seraient des irrégularités menstruelles ; les douleurs, des révélateurs de souffrance morale ; les chiffres tensionnels élevés, la manifestation d'une tension nerveuse ; les maux de tête, de simples maux de tête ; - sans jamais chercher à savoir s'il n'existerait pas une cause sous-jacente, plus grave, méritant attention.

Du côté Knock, il y a les hyperactifs, ceux qui multiplient les explorations, les examens et les traitements : ils voient des maladies chez toutes les femmes qui présentent des règles douloureuses, ce qui les amène à faire des examens compliqués et nombreux ; ils prennent en charge les couples stériles dès le

troisième mois de cohabitation infructueuse. Cette attitude illégitime induit une grande inquiétude dans l'esprit des patients, ce qui n'est pas favorable à la survenue spontanée d'une grossesse. Cela peut également entraîner, en raison de traitements inadaptés, la multiplication des grossesses de jumeaux et autres multiples, qui se terminent parfois mal.

Il y a également des praticiens qui prescrivent des radios du bassin à toutes les femmes enceintes, comme si ces clichés pouvaient les aider à mieux accoucher.

Ils le font parfois parce qu'ils croient aveuglément à la technique.

Ils le font parfois parce qu'ils aiment le pouvoir qu'ils se donnent ainsi, vis-à-vis des patients en montrant leur capacité de faire appel à des techniques complexes, savantes.

Le plus souvent, ils ne sont pas réellement conscients des excès de leur pratique.

Tout cet arsenal médical - surtout s'il est souligné par des propos inquiétants, déstabilisants, comme ceux de Knock - préoccupe le patient au delà de la gravité réelle de son mal et fait de lui un véritable malade. De ce fait, il demande alors encore plus d'aide.

Celle-ci est généreusement prodiguée par le médecin, et le malade pense que l'amélioration de son état est liée à la qualité des soins dispensés. Ceci induit une reconnaissance proche de la dépendance.

Ceci dit, il faut bien reconnaître qu'à un moindre degré, il n'est pas toujours facile d'éviter ces prises de pouvoir et les satisfactions factices qu'elles entraînent...

Jules Romain nous donne l'opportunité de réfléchir à notre manière de pratiquer la médecine. Il nous permet de réaliser que chaque médecin devrait mettre un peu de Knock dans son Parpalaid.... ou un peu de Parpalaid dans son Knock !

Il nous rappelle que le but de la pratique médicale n'est pas le Triomphe de la Médecine, mais - dans la mesure du possible - l'amélioration de la santé et du bien-être des patients.





# Les Mots

## **"La souffrance ne peut être tue"**

Une citation de Paul Ricoeur que j'ai lue il y a bien longtemps, me revient souvent à l'esprit : « La souffrance ne peut être tue, elle appelle le récit ».

La souffrance évoquée est généralement morale, qu'elle soit essentielle ou consécutive à un problème physique. Cette confrontation aux réalités de la souffrance est fréquente dans la pratique médicale. Les patients ont le sentiment, la conscience, de ce que le cabinet médical est un lieu particulièrement adapté au récit de leur mal-être.

Dans cette situation, les façons de réagir sont diverses.

Certains ont un discours pédagogique : « Essayez de sortir, faites un peu de sport, inscrivez-vous à une chorale ! ... »

Certains s'efforcent d'avoir un discours rassurant : « Ne vous en faites pas, ça va passer !... »

Certains s'efforcent de prouver à leur interlocuteur que sa plainte n'est pas justifiée : « Vous avez un bon travail, un bon salaire, vos enfants ont réussi !... »

D'autres enfin croient judicieux de faire référence à leurs propres souffrances. A l'écoute du récit de l'autre, leur réaction est de répondre : « C'est comme moi !... ».

Ces réactions ont une intention a priori bienveillante. Elles sont logiques. Cependant, elles constituent une sorte de déni de la souffrance de l'autre.

Elles retirent au patient sa légitimité à se plaindre. Il devient, en quelque sorte, coupable de sa souffrance puisqu'elle est infondée, ou banale, ou qu'elle serait théoriquement curable si seulement il s'en donnait les moyens. C'est lui dire, en quelque sorte, que sa souffrance est due à sa faiblesse, son manque de combativité. Le patient n'a plus alors qu'à remballer sa parole et garder pour lui, et pour lui seul, sa souffrance – la refouler.

Mais, de cette manière il ne reçoit aucun secours et son mal-être risque de s'aggraver.

La meilleure manière d'aider, un être souffrant serait probablement d'être complètement disponible vis-à-vis des mots qu'il dit ; de laisser libre cours à l'expression de ses sentiments ; de le laisser formuler ce qu'il ressent ; de

l'écouter avec intérêt ; d'entendre son propos.

Cet intérêt manifesté vis-à-vis de sa souffrance confirmerait l'importance que lui-même lui attache. Cela pourrait le déculpabiliser et le fait de pouvoir l'exprimer devant une oreille attentive et neutre pourrait, parfois l'atténuer.

A partir de cette base de compréhension et de confiance, il serait souvent possible d'aller plus loin.

Ceci dit, au-delà du dialogue initial qui accompagne toutes les consultations, il arrive que l'on entre dans des domaines psychologiquement très complexes qui concernent plus les psychologues ou les psychiatres que les gynécologues !

## **Le vocabulaire médical**

Le corps médical, comme toutes les corporations, dispose d'un vocabulaire technique spécifique. Dans les conversations professionnelles sont également utilisées des locutions imagées ou familières. Celles-ci sont parfois troublantes.

Les mots, outre leur sens premier, ont des connotations qui éveillent des images associées. Celles-ci sont habituellement inconscientes pour le locuteur et pour l'auditeur.

Dans les vocabulaires qui rôdent autour de l'obstétrique et de la gynécologie, de la procréation et de la sexualité, de la médecine et de la chirurgie – domaines si chargés d'émotions humaines – ces sens seconds sont souvent très significatifs, mais ils peuvent aussi être particulièrement inadaptés ou vulnérants.

Les mots évoqués peuvent être ceux qu'utilisent les professionnels eux-mêmes, repris de conversations en conversations, ou de congrès en publications. Ils peuvent aussi être ceux que le public lui-même a choisis et qui sont repris par la presse généraliste.

Quelques exemples...

Certains mots substituent l'accoucheur (euse) au père ou à la mère d'un enfant. « Mettre au monde un enfant ». L'accoucheur est fier de dire : « Cet enfant, je l'ai mis au monde ». C'est inexact. En tout état de cause, ce sont les mères qui mettent les enfants au monde. Les médecins, les sages-femmes, ne sont que des témoins, parfois des auxiliaires de l'événement et non des acteurs-sujets.

Il y a quelques années, un accoucheur de renom avait publié ses mémoires. Son livre s'appelait : « Ces mains qui donnent la vie ». Ce titre évoque le

pouvoir d'un médecin démiurge qui serait capable de donner la vie. Ce n'est qu'une image, mais elle est inexacte. En réalité, il ne fait, grâce à ses mains, qu'aider la vie à s'extérioriser.

La presse, évoquant un des médecins qui a pris en charge la première grossesse issue d'une fécondation in vitro en France, le désigne inmanquablement comme « le père d'A. ». Ce n'est pas exact. A. a un vrai père. Cette locution doit être gênante pour ce père, pour A. et pour le gynécologue ainsi désigné. Son usage répété et prolongé doit en avoir, il est vrai, atténué le sens.

Certains mots traduisent les convictions de l'obstétricien. Par le choix d'un mot, il essaye d'imposer sa vérité. Dans le domaine actuellement très polémique de l'accouchement des sièges, tel praticien favorable à l'accouchement par les voies naturelles a écrit dans une revue professionnelle : « ...la patiente a-t-elle une chance d'accoucher par les voies naturelles, ou est-elle condamnée à accoucher par césarienne... ».

Ces expressions de chance et de condamnation reviennent souvent dans les conversations que nous avons entre nous. Cette manière d'appuyer fortement sur un des plateaux de la balance des vérités supposées est bien connue des hommes politiques !

L'usage de certains mots indique que les praticiens focalisent parfois leur regard sur leur technique, sur l'organe qu'ils traitent, et oublient la patiente qui est autour et qui vit la situation.

On entend et on lit fréquemment la locution « bénéficier » : « bénéficier d'une hystérectomie », « bénéficier d'une chimiothérapie, d'une radiothérapie ». Si l'on imagine l'épreuve que représentent ces traitements pour les patients il est évident que nul ne souhaite en bénéficier et que le terme subir serait mieux adapté.

Dans le cadre des traitements de la stérilité par stimulation de l'ovulation, on parle souvent des « mauvaises répondeuses ». Je ne sais pas si les patientes savent qu'elles sont désignées de cette manière. Dans cette expression, le sens premier désigne la réponse au traitement. Les ovaires de la patiente ne répondent pas bien au traitement.

La sonorité du mot, et c'est probablement une des raisons qui, inconsciemment, l'a fait choisir, fait inmanquablement évoquer la poule pondeuse. Dans la mesure où l'ovulation est effectivement une ponte, le terme est bien adapté. En revanche si l'on pense que ce que l'on attend d'une bonne poule est qu'elle

soit une bonne pondeuse, on ne sait que penser de ces femmes qui ne savent pas pondre / répondre.

Dans la stérilité toujours, on parle de bébés-éprouvette. Lorsqu'ils sont vraiment des bébés, ils ne réalisent pas trop que l'on parle d'eux. Lorsqu'ils sont en âge de comprendre le sens de l'expression, ils ne sont plus des bébés. Heureusement, car être un bébé éprouvette, un bébé de synthèse, un enfant du Meilleur des mondes, n'est pas très humain.

Or ces enfants sont absolument et totalement de vrais enfants. Les cellules germinales dont ils sont issus se sont effectivement rencontrées dans une éprouvette, mais celle-ci ne laisse pas de traces objectives.

Dans le même ordre d'idée, ne serait-il pas préférable de dire d'un sujet qu'il a un diabète ou un asthme, plutôt que de dire que c'est un asthmatique, ou un diabétique. Ces appellations sont réductrices mais, couramment utilisées.

Beaucoup de mots médicaux sont empruntés au vocabulaire guerrier. Il s'agit du combat contre la maladie. Il peut s'agir aussi d'exprimer la puissance de la médecine.

Lorsque l'on pratique un bilan médical à une personne, on lui fait une batterie d'examens.

Un congrès de gynécologie qui avait eu lieu il y a quelques années s'intitulait : « Le choix des armes ».

On parle de « tir laser ».

Pour localiser des tumeurs dans les seins des patientes le vocabulaire bascule du domaine de la guerre à celui de la pêche à la baleine : on utilise des harpons. Les femmes sont parfois surprises : « demain, nous allons vous placer un harpon ». Pour nous, ce mot a perdu son sens baleinier, pour elles, il n'en va pas forcément de même.

Pour irradier les tumeurs on a longtemps utilisé des émetteurs de radiations que l'on appelait « bombes » au cobalt.

Les malades qui présentaient des troubles respiratoires liés à la poliomyélite étaient placés dans des respirateurs que l'on appelait « poumon d'acier »...

Lorsque l'on procède à l'ablation des ovaires, l'intervention s'appelle une ovariectomie. Celle-ci peut être uni ou bilatérale. Dans cette deuxième éventualité, la sécrétion des ovaires est tarie. On entend souvent les professionnels utiliser, au lieu d'ovariectomie bilatérale, le mot castration.

Dans le langage courant ce mot désigne le plus souvent une intervention

réalisée sur des hommes. On les castrait pour diverses raisons : qu'ils gardent à l'âge adulte une voix délicate ; qu'ils surveillent les harems de leurs employeurs sans trahir leur confiance ; par pure cruauté guerrière ; parfois, aussi, pour des raisons médicales tout à fait justifiées.

Castrer les femmes, compte tenu du fait que leurs ovaires ne sont pas visibles est plus difficile. Cependant, il est vrai que lorsqu'elles subissent, pour quelque raison, l'ablation des deux ovaires elles sont, au sens propre, castrées.

En dehors du contexte médical, au cours de l'histoire cette intervention n'a guère dû être pratiquée chez les femmes.

Un homme castré, dans la conscience collective, n'est plus vraiment un homme. C'est un castrat.

Une femme castrée non plus, sans doute. Est-ce une castrate ?

Même si sémantiquement il est exact, pourquoi utiliser le mot castrer, ovariectomiser est plus compliqué mais moins connoté ?

Parfois, pour exprimer l'action de faire une ovariectomie, ou une hystérectomie, il sera dit que l'on « fait sauter les ovaires, ou l'utérus ». Sautent -ils comme des pommes de terre, ou comme des pétards ?

Dans les cas d'ablation du sein pour cancer le terme utilisé est celui de "amputation". Ce mot aussi est terrible. On pourrait utiliser le mot "ablation", moins fort, mais je crois que les femmes vivent réellement cette intervention comme une amputation d'une partie de leur corps très visible, spécifiquement féminine et symboliquement très importante\*.

A la différence de l'ovariectomie précédemment évoquée - qui laisse une cicatrice discrète - il est difficile de désigner l'ablation du sein par un mot atténué.

Parfois on peut entendre des expressions familières ou argotiques qui sont terribles. Il arrive que des patientes présentent des maladies permanentes ou récurrentes qui font que chaque grossesse s'arrête sans qu'il y ait naissance d'un enfant vivant. Dans ce contexte il m'est arrivé d'entendre dire d'une patiente qu'elle avait « fusillé plusieurs gamins ». La patiente, bien sûr, n'a pas entendu ces mots.

Cependant, non seulement, elle n'avait pas eu les enfants qu'elle désirait, mais en plus elle était accusée de les avoir fusillés. Le fait d'insister sur sa responsabilité, dans un échec médical, est elle une façon d'alléger la nôtre ?

\* Actuellement on tend de plus en plus à laisser en place le sein et à faire des tumorectomies, des ablations partielles.

Certains mots ont un sens différent dans le langage courant et dans le langage médical. Le médecin en les utilisant, et le patient, en les entendant, ne créent pas les mêmes images dans leur esprit.

Si un enfant, dans l'utérus maternel, pendant la grossesse, ou au moment de l'accouchement, n'a pas les apports nécessaires en oxygène ou en autres substances dont il a besoin, cela peut avoir un retentissement sur sa croissance, sa santé ou sa vie. En cette circonstance, dans notre jargon, nous parlons de "souffrance fœtale".

Il s'agit probablement d'un mot très ancien mais, dans le contexte, il est mal adapté. Il renvoie au sens de douleur.

Des jeunes parents peuvent comprendre que leur enfant soit mal oxygéné, qu'il ait un trouble de croissance. En revanche, l'idée qu'il puisse souffrir, avoir mal, leur est intolérable.

D'autres mots, issus du vocabulaire courant n'ont, a priori, aucun sens péjoratif mais peuvent être source de grande inquiétude pour les familles.

Un gros bébé, pour une jeune future mère est une espèce de bébé géant qui, au moment de l'accouchement, ne pourra pas sortir sans dommage, de son corps. Un petit bébé est une sorte d'avorton tout maigre, tout chétif, qui ne pourra pas vivre.

Ne parlons pas de ceux qui, à l'échographie ont une petite tête, ou pire, une grosse tête.

Un peu hypocritement il ne faut utiliser que des locutions qui évitent ces termes familiers : parler de dimensions, de tailles ou de poids un peu supérieurs ou inférieurs à la moyenne.

On dit couramment que les mots ont un sens. Ce n'est pas tout à fait exact. Ils en ont plusieurs. Ce ne sont pas les mêmes pour tout le monde.

Ils ont en outre des sens cachés qui s'expriment à notre insu, et qui disent beaucoup sur nous, sur notre vision des choses, sur la place que nous nous donnons par rapport aux autres.

En médecine, il faut se méfier des mots.

Bien souvent, même si l'intention n'est pas telle, ils peuvent, à eux seuls, juste parce qu'ils ont été mal choisis, blesser, affoler ou décourager les patients.

Il faut cependant admettre que cette utilisation imagée des mots n'est pas propre à la médecine : on peut "déclarer la guerre à l'illettrisme", "combattre

la pauvreté", on peut "tirer à boulets rouges sur quelqu'un que nous n'aimons pas" et dire à notre ami qui n'arrive pas à préciser sa pensée : "allez, accouche !".

## ***Le secrétariat médical***

*Le secrétariat est un carrefour, un sas, un vase d'expansion, un lieu de recueil et de repos, un confessionnal, un divan de psychanalyste.*

*C'est là que chacun se rend pour se libérer de ses états d'âme, de ses rancœurs, de ses doutes.*

*Les patientes ont besoin d'un rendez vous urgent, les médecins ou les sages-femmes d'un dossier urgent, d'une lettre urgente. Chacun déverse ses comptes-rendus, ses petits mots, ses particularités, ses exigences, ses manies.*

*Tous nous savons ce que les secrétaires endurent dans leurs cages de verre.*

*Elles sont coincées entre les patientes - qui ne le sont pas toujours - et les médecins qui peuvent avoir des états d'âme ; parfois sur un mode tempétueux, parfois sur un mode apaisé, parfois sur un mode implorant.*

*Elles partagent une mission difficile : elles doivent se mettre à la place de tout le monde et trouver des excuses à chacun : consoler les tristes, stimuler les amorphes, apaiser les hargneux, normaliser les fous, féliciter les gais, valoriser les modestes, recadrer tout le monde.*

*Ceci exige des capacités hors du commun.*

*Elles doivent savoir persuader une patiente qui a subi deux heures de salle d'attente avec trois enfants en bas âge agités, qui déchiraient les pages des vieux magazines en hurlant, qu'elle a de la chance, qu'elle aurait pu attendre bien plus, et que finalement, le temps de salle d'attente fait partie de la thérapie.*

*Elles doivent pouvoir convaincre une patiente qui est déçue de la manière dont le médecin l'a prise en charge - ça arrive parfois ! - qu'en fait c'est quand même un très bon docteur...*

*Dans leur bocal - pendant qu'elles ont les écouteurs collés sur les oreilles et l'œil fixé vers le curseur de l'ordinateur - elles doivent subir toutes les conversations privées et semi privées de tous ceux qui ont un petit temps mort dans leurs activités et qui viennent le passer au secrétariat, soit pour converser avec les secrétaires, soit pour discuter entre eux.*

*Elles peuvent être obligées d'entendre, de temps à autre, des confidences aigres-douces, des expressions de doute ou de révolte, et même des appréciations un peu ou très perfides prononcées par les uns et concernant les autres.*

*Oui, vraiment, les secrétaires médicales doivent faire preuve de capacités peu communes qui ne sont pas toujours reconnues.*

## **Confrère ou collègue**

*L'usage, dans le milieu médical, est, de s'appeler « confrère\* » : « Mon cher confrère.... ». On peut même avoir des « consœurs ».*

*Ces appellations sont fort sympathiques. Elles dégagent une sorte de parfum de tradition et d'amitié : on y trouve la notion de frère, terme éminemment amical et la notion d'appartenance à une confrérie : l'immense fraternité du monde médical.*

*Tout le monde ne peut pas se détester : il y a parfois, c'est certain, de grandes estime et de grandes amitiés entre médecins.*

*Il y a aussi - trop souvent - de grandes indifférences ou des haines féroces.*

*Il arrive parfois que des médecins exerçant dans la même ville, le même hôpital, la même clinique ou le même service se haïssent tant qu'ils ne peuvent même pas s'écrire ou se téléphoner pour se faire les transmissions nécessaires à la prise en charge d'un patient - qu'ils ne peuvent même pas se serrer la main.*

*Ces inimitiés sont liées à des rivalités : de pouvoir, de notoriété, de territoire, de prestige, d'intérêts matériels.*

*Un médecin peut avoir la conviction qu'il fait bien, qu'il fait très bien, qu'il fait mieux que les autres, qu'il exerce son métier avec un savoir-faire unique.*

*Pour des raisons culturelles diverses, propres à ce métier très ancien qu'est celui de médecin, beaucoup d'entre nous - dans leur colloque singulier avec les patients - imaginent qu'ils sont uniques, totalement responsables et irremplaçables. Cette situation a été fort bien décrite dans le film : "Sept morts sur ordonnance"<sup>†</sup>.*

*Cet état d'esprit ne les prépare pas vraiment à travailler les uns avec les autres. Et pourtant, cela devient nécessaire - de plus en plus nécessaire.*

*Le champ de la médecine s'est tant étendu que plus aucun praticien ne peut désormais prétendre prendre en charge toutes les maladies de tous les*

\* Confrère, confraternité (Dictionnaire Larousse) :-confrère. Chacun de ceux qui exercent une même profession libérale. Les médecins, les avocats, sont confrères.-confraternité. Relation entre confrères ; rapports amicaux fondés sur une similitude d'état ou de situation.-Confrérie : association religieuse ou charitable

† Jacques Rouffio 1975, avec Michel Piccoli et Gérard Depardieu



*malades. Il faut donc qu'ils se consultent mutuellement, se soumettent aux avis des autres, renoncent à un peu de pouvoir. C'est difficile... Ce n'est pas dans la tradition de la corporation. Mais les choses évoluent, peu à peu.*

*En est-il de même dans les autres professions ? Ces haines ont-elles la même acuité que celle qu'elles peuvent avoir dans notre milieu ? Peut-être, sans doute ? On ne parle guère de ces choses-là. En général l'angélisme est de mise et, chacun de nous ne connaît vraiment que sa propre corporation.*

*Lorsque l'on prend conscience de la possibilité de telles inimitiés, on peut se poser la question de savoir si le mot confrère est bien adapté à notre corporation.*

*Si on relit le dictionnaire :*

*« Chacun de ceux qui exercent une profession libérale » : oui, c'est d'accord ;  
« Rapports amicaux fondés sur une similitude d'état » : hélas, pas toujours.*

*De plus en plus souvent on voit émerger un autre terme, celui de collègue.*

*Si on relit le même dictionnaire :*

*« Personne qui est revêtue de la même charge ou de la même fonction que d'autres, à l'intérieur d'une institution publique ou privée ».*

*Il paraît plus adapté, car il ne préjuge ni d'amitié, ni d'appartenance à une même famille.*

*Les collègues sont collectivement mandatés en vue d'une mission commune : dans le cas présent, la Santé Publique. C'est déjà beaucoup.*

*Ce mot permet de ne pas créer le sentiment – trompeur - que la corporation des médecins est une immense famille, solidaire et amicale.*



# Sexualité et grossesse Plaisir et procréation

## Mystérieuses associations

### Le désir sexuel et la procréation

Depuis la nuit des temps les humains (et beaucoup d'autres animaux) sont animés de désir sexuel. Quel est ce désir ? Pulsions primitives dont la nature est difficile à préciser ? Recherche du plaisir ? Amour pour l'autre ? Curiosité vis-à-vis du sexe de l'autre ? Recherche de cette jouissance ultime et singulière qu'est l'éclair de l'orgasme ?

Depuis la nuit des temps les humains et les autres êtres vivants se reproduisent et perpétuent leur espèce. Les poules d'eau naissent, vivent et meurent. Sur les étangs on en voit toujours. Ce ne sont pas les mêmes, d'une génération à l'autre mais, comme les êtres humains, elles se ressemblent beaucoup.

La sexualité est nécessaire à la reproduction. Cette fusion partielle de deux êtres permet les recombinaisons chromosomiques et génétiques qui font la diversité des êtres d'une même espèce. Pourtant, a priori, ces deux fonctions ne semblent pas de même nature.

D'un côté, jouissance narcissique et souvent partagée.

De l'autre, fonction raisonnable et nécessaire qui assure la reproduction de l'espèce, la création de descendants, souvent aimés.

Comme la faim nous oblige à manger, le désir sexuel nous obligerait à nous reproduire. Ce serait une sécurité pour nous contraindre à ne pas oublier de le faire, quoi qu'il arrive ?

Se reproduire, faire des enfants, tout ceci est nécessaire et, a priori, sympathique. Mais ces petits, il faut les élever, les nourrir. S'ils sont nombreux, si l'on est dans un contexte de misère, de famine, ce peu être une charge écrasante pour les parents. En même temps, ce sont des bras qui pourront, plus tard, contribuer à nourrir ces mêmes parents.

### ***Le Petit Poucet (Perrault 1697)***

*"Il était une fois un Bûcheron et une Bûcheronne qui avaient sept enfants, tous garçons... Ils étaient fort pauvres et ces sept enfants les incommodaient beaucoup parce qu'aucun d'eux ne pouvait encore gagner sa vie... Il vint une année très fâcheuse et la famine fut si grande, que ces pauvres gens résolurent*

*de se défaire de leurs enfants... Le bûcheron dit à sa femme, le cœur serré de douleur : "Tu vois bien que nous ne pouvons plus nourrir nos enfants ; je ne saurais les voir mourir de faim devant mes yeux, et je suis bien résolu de les mener perdre demain au bois, ce qui sera bien aisé car, tandis qu'ils s'amuseront à fagoter, nous n'avons qu'à nous enfuir sans qu'ils nous voient..."*

## **Dans ces moments là...**

Autrefois l'espérance de vie était courte (même si certains individus pouvaient vivre jusqu'à un âge très avancé). La mortalité périnatale et la mortalité infantile étaient très élevées. Il fallait faire beaucoup d'enfants pour en garder quelques uns. À ces époques on pouvait, si la maladie n'avait pas décimé la descendance, voir des familles de 7, 9, 11 enfants.

Pour avoir peu d'enfants il fallait, il aurait fallu, que les couples répriment leurs pulsions sexuelles. Certains y parvenaient et pouvaient avoir un enfant unique, deux ou trois enfants. Mais ce n'était pas facile. Le désir était là.

Lors de l'élan sexuel on peut oublier les conséquences possibles de celui-ci. Un médecin de famille disait à un père de famille nombreuse : "Mais, Emile, tu sais bien que tu as trop d'enfants. Pourquoi ne réfrènes-tu pas tes élans ? - Ah Docteur ! C'est que dans ces moments-là, j'ai le sentiment que je peux bien en élever un de plus..."

Au cours du dernier siècle, beaucoup de choses ont évolué. L'alimentation s'est améliorée, l'hygiène a été mieux prise en compte, la médecine a beaucoup progressé, l'espérance de vie a augmenté.

Mais, comment concilier ce progrès de la longue vie et "la nécessité de ne pas avoir plus d'enfants que l'on en peut assumer ?"

Comment concilier les pulsions sexuelles, les élans de l'amour et la nécessité de ne pas avoir plus d'enfants que l'on en peut assumer ?

Depuis la nuit des temps, avec des fortunes très inégales, les humains ont tenté, par divers moyens, de pouvoir assouvir ces élans sans pour autant avoir à affronter de nombreuse grossesse. C'est le principe de contraception.

Après avoir été bien peu efficace, dans les années cinquante, et au-delà, celle-ci, heureusement, a fait d'immenses progrès.

## **Contraception**

Assouvir ses pulsions sexuelles et éviter d'avoir plus d'enfants que l'on en peut élever. Les humains ont cherché des solutions à cette contradiction par

divers moyens : l'abstinence (dont on sait qu'elle ne facilite pas l'épanouissement sexuel), le retrait (descendre en marche), les tentatives d'avortement, l'abandon des enfants, l'infanticide (il s'agit de supprimer les nouveau-nés !) et, principal objet de notre réflexion, la contraception.

Dans les temps anciens, malgré de grands efforts d'imagination elle était d'une efficacité très relative. À ces époques n'étaient connus, ni les spermatozoïdes, ni les ovules, ni la fécondation. En revanche les gens se rendaient bien compte que les hommes laissaient un peu de liqueur dans le vagin de leur compagne lors des relations sexuelles et ils savaient aussi que les relations sexuelles pouvaient entraîner la survenue de grossesses.

Beaucoup des moyens utilisés étaient basés sur la mise en place dans le vagin de substances diverses qui devaient empêcher la pénétration, dans le corps de la femme, de la liqueur fécondante. Les produits utilisés étaient très variés : pommades à base d'excréments de crocodile ou d'éléphant ou autres (pour ne citer que les plus pittoresques à nos yeux), mélanges de poudre de plomb et d'huile d'olive, bicarbonate de soude, alcool, mixtures de racines et de fruits diverses, bouchons vaginaux faits d'herbes ou d'algues imprégnées de diverses substances.

Il a été tenté aussi de dénaturer le sperme, ou de l'évacuer de la cavité vaginale avec des solutions administrées par irrigation vaginale de diverses manières.

Les générations de l'avant-guerre utilisaient la poire à lavement et le bock. Celui-ci était accroché au mur, souvent au dessus d'une bassine, ou du bidet (quand il y en avait un), et relié à une canule par un tuyau. Par ce moyen on injectait dans le vagin, avant ou après les rapports, des solutions d'eau claire, d'eau savonneuse, de vinaigre, de savon, d'acides citriques et autres.

Il y avait aussi des tentatives de contraception par voie générale, administration de produits divers, la plupart du temps inefficaces et parfois très dangereux.

Le préservatif masculin est également très ancien. On en trouve des témoignages dans les cultures égyptienne et grecque. Ils étaient fabriqués en cuir, en lin, ou faits avec des intestins ou des vessies animales.

Le premier préservatif en caoutchouc a été mis sur le marché en 1840 (Goodyear). Il était à usages multiples et devait donc être lavé après chaque usage.

À partir des années 1920 l'évolution des méthodes contraceptives a été très rapide et a progressivement rendu celle-ci réellement efficace. Ces progrès ont été conditionnés par les découvertes scientifiques mais aussi par l'évolution de la philosophie, des contraintes religieuses et des lois. La contraception n'avait en effet pas bonne presse et a eu du mal à s'affranchir de ces diverses tutelles, auxquelles elle était soumise.

En 1924 est apparue la méthode "Ogino" qui était basée sur la date supposée de l'ovulation en fonction de la longueur des cycles, lorsque ceux-ci étaient réguliers. Les relations ne pouvaient avoir lieu qu'après la date supposée de celle-ci. Cette méthode était si contraignante qu'elle était approximativement appliquée et si aléatoire que de très nombreux enfants étaient dits "bébés Ogino".

Peu après, l'ovulation a pu être repérée par la prise quotidienne de la température matinale. Les relations étaient possibles après l'ascension de celle-ci, ce qui donnait au cours de chaque cycle une période de permission sexuelle d'une dizaine de jours.

En 1930 furent commercialisés les premiers préservatifs à usage unique en latex. À la même époque furent mis au point les premiers stérilets\*. Les contraceptions très anciennes par capes cervicales et diaphragmes furent également repensées et rendues plus efficaces.

La pilule fut mise au point vers 1954 (Pincus à Porto Rico). Elle était très fortement dosée.

En corrélation avec l'évolution des mœurs, en 1960 ont été créés les premiers Centres de Planning Familial. En 1967 la loi Neuwirth autorisa l'importation et la fabrication de contraceptifs. En 1973 il y eut la création du MLAC (Mouvement pour la libéralisation de l'avortement et de la contraception).

En 1974, les moyens contraceptifs furent remboursés par la sécurité sociale et les mutuelles.

En 1962 furent commercialisés les premiers stérilets en plastique, en 1969 les stérilets au cuivre.

En 1992 furent mis au point les premiers préservatifs féminins. Ceux-ci ne sont pas d'une utilisation très facile et sont principalement utilisés par les

\* En fait ce mode de contraception était connu depuis l'Antiquité. Les bédouins introduisaient des cailloux dans l'utérus des chamelles afin que celles-ci ne deviennent pas enceintes pendant les traversées du désert.

femmes qui font commerce de leurs charmes.

La pilule du lendemain a été élaborée en 1999.

En 2001 ont été commercialisés les premiers implants sous-cutanés à la progestérone.

En 2002, les stérilets à la progestérone.

En 2003, fut mise au point la stérilisation tubaire par voie vaginale grâce à la mise en place de dispositifs dans les trompes utérines.

En 2011-2012 la loi autorisa les sages-femmes à prescrire les contraceptions et vers la même époque les infirmières, et en particulier les infirmières scolaires, à renouveler les prescriptions, même sans autorisation des parents pour les mineures.

Aujourd'hui, on peut dire que la contraception, sauf si on oublie de prendre sa pilule, est très efficace.

En fonction du contexte les couples peuvent trouver, sauf cas particuliers, les modes de contraception adaptés à leur cas. Ceux-ci évoluent dans le temps, en fonction de leur âge et de leur contexte de vie.

Depuis les années 70, pour la première fois depuis les temps les plus reculés - grande première dans l'histoire de l'humanité - la sexualité et la procréation peuvent être dissociées\*.

Les relations amoureuses et la conception d'enfants ne sont plus obligatoirement liées.

L'aventure du Petit Poucet et de ses frères ne serait presque plus concevable.

Obstétrique

\* Ceci n'est vrai, bien sûr, que dans les pays dits "développés". Dans ceux qui sont en voie de développement, beaucoup de choses n'ont pas changé.





# La grossesse, un gigantesque programme

L'utérus, niché entre les deux ovaires, au cœur du ventre des femmes, est - nous l'avons vu - une petite poche musculaire qui comporte, pendant la plus grande partie de sa carrière, une cavité presque virtuelle. Il ne fait guère parler de lui sauf lors de la survenue périodique des règles où il peut devenir douloureux.

Quelquefois tout change. Un des ovules de la femme est rejoint, dans une des deux trompes utérines, par un spermatozoïde d'un homme.

"Branle-bas de combat !". Un processus prodigieux se met alors en route qui montre toutes les capacités de ce petit organe qui paraît si discret, et de l'organisme maternel qui l'entoure.

Au centre de ce processus se trouve l'embryon qui quelques semaines plus tard, deviendra fœtus.

Celui-ci, au sein du corps maternel - comme il le sera après la naissance - est une personne distincte aussi bien de sa mère que de son père. La combinaison des gènes de l'ovule maternel à ceux du spermatozoïde paternel a créé un être complètement nouveau.

Encore que... souvent il aït, des traits ou des capacités qui font penser à son père, d'autres à sa mère. D'autres à sa grand-mère, bien qu'il ne l'ait pas connue, ou à un arrière grand oncle, mort depuis très longtemps. Parfois, à un homme ou une femme, que la famille ignore\*.

L'organisme maternel devrait rejeter cette greffe de tissus qui ne lui appartient pas. Dans le cas de la grossesse, la mise en jeu de phénomènes immunitaires complexes permet que ce processus de rejet ne se produise habituellement<sup>†</sup> pas. Nous en parlerons quand sera venu le temps d'évoquer le placenta.

## **Zygote - Embryon - Fœtus - Nouveau-né**

Lors de la conception, la cellule germinale femelle - l'ovule - est une sphère qui mesure environ quelques 100μ (microns) de diamètre.

Cet ovule est pénétré par un spermatozoïde beaucoup plus petit (5 μ sur

\* On dit familièrement "le Facteur". Pourquoi lui ?

† " Habituellement " : il arrive fréquemment que les choses ne se déroulent pas comme il le faudrait

3  $\mu$ , pour sa tête, partie qui contient le noyau), avec un flagelle, structure motrice très fine, qui mesure environ 45  $\mu$  de longueur. Le flagelle se détache lors de la fécondation et n'entre pas dans l'ovule.

L'ensemble de l'ovule, pénétré par le spermatozoïde constitue une cellule unique que l'on appelle zygote.

Rapidement, cette première cellule se divise en deux cellules identiques. Celles-ci se divisent à leur tour : 4 cellules, 8, 16, 64, etc. Cet amas cellulaire est un embryon.

Au début ces cellules sont toutes semblables, amassées en une boule microscopique ressemblant à une minuscule mûre (morula).

Peu à peu, elles vont se différencier. Elles donneront trois grandes familles de tissus : le cerveau et la peau (ectoderme), les muscles et les os (mésoderme), les viscères, l'appareil circulatoire (endoderme). Tout ceci, peu à peu va s'organiser et prendre la forme d'un petit d'homme en réduction, avec un petit corps mince et voûté et, proportionnellement, une très grosse tête.

Quelques jours après la fécondation, l'œuf a habituellement\* gagné la cavité utérine et s'implante dans la muqueuse de celle-ci. Cela s'appelle la "nidation".

Peu après, au 14<sup>e</sup> jour après l'ovulation, à la date des règles manquantes, il mesure à peu près 1,5 millimètre de diamètre.

Deux mois après la conception, les organes embryonnaires sont à peu près tous en place et ce petit embryon a la forme d'un bébé en miniature. Il mesure un peu plus de deux centimètres de la tête aux fesses et pèse environ deux grammes. A trois mois il mesure cinq centimètres et pèse vingt grammes, à six mois 22 cm et mille grammes. A neuf mois un peu plus de trois kilos et quelques cinquante centimètres de la tête aux pieds.

Ce processus de construction, minutieusement programmé, est un phénomène universel et mystérieux. Il permet la continuité trans-générationnelle de la vie.

La croissance de l'utérus, qui à terme remplit le ventre de la femme enceinte du diaphragme au périnée, est proportionnelle à celle de l'embryon puis du

\* Lorsque la migration est ralentie la grossesse peut se développer dans la trompe. Cela s'appelle "grossesse extra-utérine". Ceci peut avoir des conséquences graves. Ce phénomène n'est pas exceptionnel.

foetus\*et, peu à peu il devient cette vaste poche qui contient le fœtus, le placenta et le liquide amniotique. En moyenne, un bébé de 3500 g, 1,5 litre de liquide amniotique, 500g de placenta, cela fait, un contenu de 5500 grammes environ. A la fin de la grossesse, la hauteur utérine que l'on mesure à travers la peau, du pubis au fond utérin, est de 30 à 35 centimètres.

Parallèlement, afin d'apporter au fœtus l'oxygène et les nutriments dont il a besoin, afin d'éliminer le gaz carbonique et les déchets dont il doit se débarrasser, les petits vaisseaux sanguins qui irriguaient le petit utérus d'une femme non enceinte sont devenus d'énormes artères et veines qui, au voisinage du terme, ont un débit de plus de un demi-litre par minute.

L'embryon puis fœtus - organisme en construction - a rapidement tous les organes qui le composeront pendant toute sa vie, mais ceux-ci sont immatures. L'imperfection de leur fonctionnement est palliée par la présence d'un volumineux organe transitoire, le placenta. Cette véritable usine assure tous ses besoins : échanges et synthèses. Au milieu de ce chantier, l'enfant est bien tranquille.

Dans sa poche d'eau il flotte doucement, bouge de temps à autre. Les mouvements de sa mère sont amortis par le liquide. Les sons extérieurs lui parviennent, très atténués.

En revanche il entend plus nettement les bruits intérieurs du corps de sa mère : le lancinant souffle artériel émanant de l'artère aorte et des artères utérines, les pulsations du cœur maternel tout proche, les gargouillements intestinaux de sa maman. Plus la grossesse avance plus la poche du liquide amniotique proportionnellement diminue et le bébé, au voisinage du terme, a perdu beaucoup de son champ de mobilité.

Dès qu'il est constitué, il prend des habitudes de grand. Très précocement son cœur se met à battre et peu de temps après lui-même se met à bouger. Au début la mère ne perçoit pas ces mouvements. Elle ne les ressent que vers le milieu de la grossesse.

En revanche, grâce à l'échographie on peut voir l'activité du cœur embryonnaire quelques jours après la conception, avant même de voir l'embryon lui-même. Les mouvements embryonnaires sont visibles quelques jours plus tard.

\* Embryon : nom donné dans l'espèce humaine, au produit de la conception pendant les trois premiers mois. ; à partir du quatrième mois, l'embryon devient fœtus.



# La naissance

## **"Poussez, poussez, poussez encore !"**

Lorsque le temps de la grossesse est passé - deux cent quatre vingt jours environ - dix lunaisons - vient celui de l'accouchement.

C'est un brutal bouleversement du chantier.

Pourquoi la patiente se met-elle en travail ce jour-là, à cette heure-là ?

En ce début de troisième millénaire, les hommes sont parvenus à connaître assez bien la structure de l'atome, à déposer une sonde sur Mars, ils ont même découvert l'Amérique, mais ils ne connaissent pas précisément les mécanismes de l'entrée en travail. C'est un mystère ! Ce vieux machin du déterminisme de l'accouchement, de la délivrance, de la mise bas, est un secret, un secret de femmes.

Quoi qu'il en soit, l'organisme s'y était préparé. Depuis plusieurs semaines l'utérus avait changé de structure. Le col se ramollissait et commençait à se détendre. Les contractions utérines habituellement non douloureuses de la grossesse se multipliaient.

Le petit aussi se préparait.

En général\*, depuis pas mal de temps déjà, il avait la tête en bas alors qu'auparavant c'étaient ses fesses, son siège, qui se trouvait là ; il s'était retourné. Depuis quelques semaines la présentation avait souvent pris contact avec le bassin.

Lorsque l'accouchement se met en route, les contractions utérines se multiplient et deviennent progressivement de plus en plus douloureuses.

A un moment variable la poche des eaux se rompt.

La tête du fœtus doit trouver des arrangements avec le bassin maternel pour en franchir la partie la plus étroite.

Le col utérin doit s'effacer et s'ouvrir jusqu'à un diamètre de dix centimètres, pour que la tête fœtale puisse passer.

Le bébé, peu à peu, descend dans la cavité vaginale et lorsqu'il appuie sur le périnée de la patiente, celle-ci ressent une envie de pousser irrésistible.

L'effort conjugué des contractions et des efforts expulsifs<sup>†</sup> permet de solliciter le périnée afin qu'il s'ouvre à son tour et laisse passer la tête fœtale.

\* Certains enfants ne se retournent pas et naissent les fesses en premier, en siège;

† Contraction utérine, pression équivalente à 8 kg ; efforts de poussée, 12 kg ; poussée totale sur le fœtus lors de l'expulsion : 20 kg.

Après le passage de la tête l'accouchement du reste du corps ne pose habituellement pas de problème particulier.

Le petit est né.

Une histoire nouvelle commence pour lui, et aussi pour sa mère, et pour son père.

Les choses ne seront plus jamais comme avant.

## **Le placenta, une étrange merveille**

Comment le petit a-t-il pu vivre en milieu fermé pendant neuf mois, alors que son organisme n'était pas encore fonctionnel et qu'il n'avait aucun contact direct avec l'extérieur ? Grâce au placenta.

Constitué de cellules d'origine embryonnaire celui-ci est un organe qui "appartient" au fœtus. On ne peut le voir, sauf à utiliser des procédés complexes. Il est difficile d'imaginer son aspect, à l'état naturel, dans l'utérus maternel.

Sa constitution et sa forme évoluent au fil de la grossesse.

Par l'échographie on peut le localiser, analyser sa structure et surveiller sa croissance.

Par ailleurs, on le voit aisément lorsqu'il est extériorisé, après l'accouchement, et qu'il a été recueilli dans une vulgaire cuvette en plastique.

On constate lors de cet examen qu'il ressemble à une espèce de galette qui mesure à peu près vingt centimètres de diamètre et trois ou quatre centimètres d'épaisseur.

Mais ce que l'on voit alors n'est pas le placenta vivant. C'est un peu comme si l'on devait imaginer une montgolfière dans le ciel à partir d'un ballon dégonflé étalé dans un champ.

Un de ses côtés, celui qui adhère à l'utérus, est une surface spongieuse imbibée de sang, divisée en lobules que l'on appelle des "cotylédons". L'autre côté, est plus joli. Sa couleur est bleu-violacé. Cette face est centrée par le cordon qui se divise, à sa surface, en ramifications de vaisseaux qui courent sous des membranes brillantes.

Malgré cet aspect assez banal, le placenta est un organe extraordinaire.

Temporaire, il dure ce que dure la grossesse.

L'embryon, qui deviendra fœtus, enfermé dans la capsule ovulaire, ne peut ni se nourrir ni respirer. Le placenta constitue l'interface entre son organisme et celui de la mère.

Cette interface permet le passage de l'oxygène et des nutriments de la circulation de la mère vers celle du fœtus. Elle permet le passage du gaz carbonique

et des substances de déchets du sang du fœtus vers le sang maternel. Par ce biais, il peut utiliser, pour subsister et assurer son développement, les organes de sa mère : ses poumons, ses reins, son foie, etc.

Le placenta envoie également à l'organisme maternel les substances hormonales qui sont nécessaires à son adaptation aux différents stades de la grossesse.

Evolutif, il modifie ses fonctions au fur et à mesure des besoins de l'embryon puis du fœtus.

Il permet, par ses propriétés immunitaires, la tolérance de l'embryon puis du fœtus par l'organisme maternel alors qu'en théorie, la présence fœtale, assimilable à une greffe devrait être impossible.

Lorsque vient le moment de la naissance, le nouveau-né doit acquérir son autonomie : respirer avec ses propres poumons, et assurer toutes ses fonctions métaboliques\*.

Le placenta n'a plus donc d'utilité et, peu après la naissance de l'enfant, il sera expulsé de l'utérus. Cette expulsion modifie profondément l'imprégnation hormonale du corps maternel et provoque, entre autres, la synthèse de la prolactine qui induit la montée de lait.

Il est à remarquer que cette expulsion n'est pas toujours simple. Ceci sera évoqué plus loin.

Par la suite le placenta a des destins divers. Dans beaucoup d'espèces animales, il est mangé par la mère. Ceci serait l'élément déclencheur de la montée de lait.

Chez les humains, il existe des ethnies où, rituellement, il peut en être de même. Dans certaines sociétés, il est enterré sous le seuil de la porte de la maison ou sous le sol de la case. Il peut être placé au sommet d'un arbre proche de la maison. Ainsi il serait source de fécondité et de prospérité.

La liste des rituels relatifs aux traitements du placenta est infinie...

## **Destin trivial**

Dans nos pays son destin est beaucoup plus trivial.

Il y a quelques années les placentas étaient congelés pour le compte de sociétés pharmaceutiques ou fabricants de cosmétiques qui les récupéraient régulièrement dans chaque maternité et les utilisaient pour la fabrication de produits de beauté ou de médicaments. Ils étaient achetés quelques francs. La somme réunie au fil de l'année allait généralement vers une "caisse noire" que

\* Métabolisme : ensemble des modifications chimiques qui ont lieu dans l'organisme.

gétait le service. L'argent était ensuite utilisé de diverses manières. Il pouvait, par exemple, servir à organiser un repas de service en fin d'année. J'ai connu une maternité où ce repas s'appelait le "Placenta diner". Il pouvait également servir à acheter les cadeaux destinés aux jeunes employé/es qui se mariaient ou aux autres, moins jeunes, qui partaient en retraite.

Depuis les épidémies de vache folle, Creutzfeldt-Jakob, et autres affaires de sang contaminé, ceci n'est plus possible. Les placentas ne sont plus récupérés et n'alimentent plus de caisses noires.

Ils restent quelques quarts d'heures dans la cuvette en plastique où ils ont été recueillis, flottant sur un mélange de sang maternel et foetal et de liquide amniotique. Par la suite, assimilés à des déchets biologiques, ils finissent incinérés. Sans aucun égard.

Et, pourtant, nous leur devons beaucoup !

## **Retour à la case départ**

L'enfant né, l'accouchement n'est pas fini. Une opération délicate doit avoir lieu : le placenta que nous venons d'évoquer doit se détacher de la paroi utérine et l'utérus se rétracter sans que la patiente ne perde trop de sang. Cela s'appelle : « la délivrance ».

La nature a bien prévu ce processus. Dans la demi-heure qui suit l'accouchement, grâce aux contractions utérines et à la constitution entre le placenta et l'utérus d'une poche de sang extensive, le placenta se décolle.

Dans les temps anciens, la femme aurait accouché allongée, ou accroupie ou dans une autre position, puis, l'affaire faite, avec l'aide de ses parentes ou de ses proches, elle se serait relevée et le placenta serait sorti tout seul du vagin, par gravité, et serait tombé sur le sol. On l'aurait sans doute ramassé et enterré ou utilisé pour quelques-uns des rituels déjà évoqués.

Dans les conditions actuelles, la patiente étant allongée sur le dos, il faut aider un petit peu le déroulement du processus.

La délivrance la plupart du temps se fait sans difficulté.

C'est cependant un phénomène délicat, critique, qui peut mettre en jeu la vie de la patiente. L'hémorragie de la délivrance a toujours été - beaucoup plus autrefois qu'aujourd'hui - une source de grand danger pour les mères. Complication fréquente, elle concerne 5 à 10 % des accouchées.

C'est actuellement la première cause de mort maternelle en France



Encore quelques jours, quelques semaines pour que l'utérus cicatrise. Le vagin et le périnée se remettent des distensions et meurtrissures qu'ils ont subies.

Peu à peu l'utérus se rétracte, maigrit, jusqu'à redevenir ce petit organe ordinaire qui ne fait plus guère parler de lui.

Qui ne fait plus parler de lui, sauf le signal des règles qui, toutes les quatre semaines, indique que les ovaires ont repris leur fonctionnement normal et que, temporairement, dans l'utérus il ne se passe rien d'important.

## **Spécificités humaines**

L'accouchement chez les plantigrades, et en particulier chez l'humain, est plus délicat que dans d'autres espèces.

Chez les quadrupèdes, la paroi ventrale du tronc est sensiblement horizontale. Les viscères abdominaux reposent sur cette paroi. Lors de la grossesse, il en est de même pour l'utérus et le ou les fœtus qu'il contient. De ce fait, ces éléments n'appuient pas sur le périnée qui est peu musclé. La cavité et le canal du bassin peuvent se permettre d'être presque rectilignes, sans faire obstacle à la descente du fœtus, car celui-ci n'y accède pas naturellement avant la mise-bas.

Chez les plantigrades qui, par nature, se tiennent principalement debout, il n'en va pas de même. Le poids des viscères - et, en cas de grossesse, celui de l'utérus et du fœtus plus les annexes - reposent sur une petite surface qui limite la cavité abdominale vers le bas : le périnée. Celui-ci est par ailleurs traversé par trois canaux qui s'abouchent à l'extérieur : vagin, urètre, canal anal, qui fragilisent sa continence. Pour pouvoir retenir les éléments pesants intra abdominaux, il doit être solide.

Cette résistance met en particulier en jeu les muscles qui entourent le vagin et qui constituent le diaphragme musculaire pelvien, sorte de hamac qui soutient l'ensemble du contenu abdominal.

Par ailleurs, la filière du bassin que doit emprunter le fœtus lors de l'accouchement est très incurvée, de telle manière que le poids des viscères et du fœtus, pendant la grossesse n'appuie pas directement sur le périnée mais sur les éléments solides du bassin osseux et que la tête fœtale ne puisse pas descendre par le simple effet de la gravité. En effet le canal du bassin fait, dans sa partie initiale, un angle d'environ 40° par rapport à la verticale et la présentation fœtale est orientée, elle, verticalement, vers les os pubiens.

Chez le fœtus humain, le développement du cerveau est plus important que chez les autres plantigrades. Ceci se traduit par un crâne plus volumineux, proportionnellement au reste du corps. Cette croissance céphalique doit être limitée, avant la naissance, pour rester compatible avec les dimensions du bassin.

Dans la plupart des espèces, le développement cérébral, après la naissance est très inférieur à celui du fœtus humain, comme s'il s'était presque entièrement réalisé pendant la grossesse et achevé à la fin de celle-ci.

Chez l'humain, la croissance cérébrale et céphalique se poursuit après la naissance, après que l'obstacle du bassin a été franchi.

C'est sans doute pour cette raison aussi que le petit d'homme est beaucoup plus tardivement autonome que les autres petits mammifères ; il dépend longtemps des soins parentaux. Sa maturation cérébrale est très longue.

Tout se passe comme si, pour des raisons mécaniques, il était obligé de naître avant terme, avant que sa tête ne soit trop grosse, et de poursuivre sa croissance hors du ventre maternel.

## **Adaptation des tissus pelviens**

Au cours de la naissance, le petit doit parcourir la concavité du bassin. Chez la femme dans nos pays la position habituelle d'accouchement, est allongée sur le dos. Ainsi, l'enfant progresse d'abord obliquement vers le bas (vers le sol), puis, contraint par la forme du sacrum, obliquement vers le haut et enfin, verticalement.

Afin de permettre son passage les tissus vulvo-vaginaux ont une grande capacité d'ampliation.

L'ensemble du périnée, juste avant le dégagement, coiffe la tête fœtale. L'orifice vulvaire est orienté vers le haut. La distance entre la pointe du coccyx et la commissure postérieure de la vulve s'allonge considérablement.

Lors de la sortie de l'enfant, et en particulier de celle de la tête fœtale, les tissus du plancher pelvien doivent se dilater jusqu'à dix centimètres de diamètre environ. Leur sollicitation est encore plus importante en cas de gros enfant, de présentation du siège, d'extraction instrumentale, etc.

Après la naissance, le périnée, sous réserve que grâce à sa souplesse, il ait développé une ampliation suffisante, reprend à peu près sa morphologie initiale.

Si ce n'est pas le cas - tissus peu souples, mauvaise position de la tête, extraction instrumentale, poussée d'expulsion trop brutale - une déchirure peut s'être produite qui peut être étendue, complexe et parfois difficile à réparer. Il faut préciser que ces cas sont rares.

## Épisiotomie

Une solution alternative pour éviter une excessive dilatation du périnée et une déchirure de celui-ci est de pratiquer une épisiotomie : incision de la musculature du périnée à la partie postéro latérale de la vulve, qui permet d'augmenter la capacité de dissension du périnée.

Cette intervention est ancienne (milieu du XVIIIe siècle). Elle fut beaucoup utilisée, parfois systématiquement, au cours de la seconde moitié du XXe siècle.

Par la suite il y eut une période de réflexion à propos de ce geste : utile ?

Nuisible ? Vulnérant physiquement et psychologiquement pour les jeunes mères ? Actuellement la tendance est à chercher à en faire diminuer le taux. En France on en serait à 30 % pour les primipares et 14% pour les multipares. Pour beaucoup, ces chiffres seraient très excessifs. Il semble qu'ils pourraient être considérablement diminués sans inconvénients.

En effet, le bénéfice de l'intervention n'est pas évident. Une déchirure du périnée, naturelle, cicatriserait mieux que cette incision dirigée. Dans certains pays et, en France dans certaines équipes obstétricales, les taux d'épisiotomies sont très faibles (4%).

Elles sont réservées aux enfants prématurés pour que leur tête fragile n'ait pas à assurer la dilatation vulvo-vaginale. Elles sont pratiquées aussi dans les cas de gros bébés, de présentations du siège et d'extractions instrumentales.

Si la patiente a eu une analgésie péridurale, la suture est faite sous l'effet de cette analgésie, sinon est pratiquée une anesthésie locale.

Les suites sont, habituellement simples...



# Femme - Mère Homme - Père

## Porter l'enfant à venir

La femme, mammifère femelle, est habituellement\* capable de mettre en œuvre le processus extraordinaire de la grossesse, qui permet la création d'un être nouveau. Ceci implique un bouleversement transitoire profond de son corps et du fonctionnement de celui-ci.

Une toute jeune femme, une jeune fille devenue adulte, lorsqu'une grossesse débute, devient peu à peu une femme enceinte, une femme grosse, une femme gigogne, une mère, ce qu'elle prouve en construisant elle-même, dans son corps, un enfant†.

Dans les couloirs des maternités, dans les salles d'attente des consultations on voit toutes ces patientes au voisinage du terme qui déambulent avec leur ventre projeté en avant qu'elles caressent d'une main protectrice, les épaules rejetées en arrière, les reins creusés. Elles s'efforcent, avec difficulté, de ramener leur centre de gravité, porté par la grossesse vers l'avant, entre leurs pieds, afin de pouvoir tenir debout. Ceci leur donne une démarche dandinante bien particulière.

Pour les patientes le temps des grossesses est parfois fort bien vécu : « je ne me suis jamais sentie aussi bien que pendant mes grossesses », entend-on parfois. Pour d'autres il en va différemment : « pendant mes grossesses, je ne me supportais pas ».

Au début de la grossesse beaucoup de femmes, il est vrai, sont très gênées par la fatigue, les nausées, les besoins fréquents d'uriner, les troubles du sommeil. En fin de grossesse par les douleurs lombaires, la fatigue, les contractions, parfois les jambes lourdes, des douleurs hémorroïdaires, et souvent le stress de l'accouchement à venir.

Il y a aussi ce sentiment que certaines vivent très bien et que d'autres, au contraire, n'apprécient pas du tout : celui de devenir des êtres biologiques, organiques, "des vaches‡".

Pendant les mois des grossesses, puis pendant les semaines qui suivent la naissance, elles ont un statut bien particulier. Elles vivent une vie centrée sur l'enfant, à venir puis venu.

Elles sont devenues différentes des autres femmes qui ne vivent pas le même

\* Habituellement : il y a des cas de stérilité.

† N'est évoqué ici que l'aspect biologique de la maternité. Une femme qui a élevé un enfant qu'elle n'a pas elle-même conçu et porté est aussi, bien sûr, une mère.

‡ On retrouve la même différence de sensibilité en ce qui concerne l'allaitement maternel.

événement à la même période. Elles attirent curiosité, intérêt, sympathie et amusement et parfois jalousie.

Elles attendrissent leur entourage qui les assimile, peut-être, au bébé qu'elles portent.

## *Gigognes\**

*Ce mystérieux prodige de la grossesse nous fait réfléchir à la continuité du lignage des femmes.*

*Mammifères comme les autres, elles ont comme eux des organes bien particuliers, l'utérus et les seins (les glandes mammaires).*

*L'utérus, nous l'avons vu, habituellement vide, a la singulière propriété de se transformer - un certain nombre de fois au cours de la vie, moins nombreuses aujourd'hui qu'hier - en fabrique d'être humain.*

*Les seins ont la particularité de produire un lait particulièrement bien adapté aux besoins de l'enfant.*

*Il suffit qu'une cellule germinale de la femme soit rejointe par celle d'un homme, quelque part entre l'ovaire et l'utérus, pour que le processus se mette en route.*

*Une petite structure qui ne pèse que fort peu va devenir - si rien ne contrarie le processus - un bébé de 3500 g, un peu plus un peu moins. Un bébé avec une tête, des bras, des jambes, des petits poings fermés, des yeux étonnés ; cette allure candide, innocente et douce qu'ont la plupart des petits mammifères.*

*Pour peu que ce petit enfant soit une fille, il porte aussi en lui cette petite poche à faire les enfants qui se transmet, chez les filles, de génération en génération.*

*Ainsi, au cours d'une soirée de mariage, l'aïeule, assise dans son fauteuil, à en elle un vieil utérus dans lequel a séjourné à une époque, sa fille qui elle même a, plus tard, porté la mariée avant que celle-ci ne devienne cette jeune femme qui dans son utérus portera peut-être une fille, qui elle-même... ; à moins évidemment qu'elle n'ait que des garçons !*

*Il en va de même pour les seins d'une mère qui en principe nourriront sa fille qui elle-même nourrira ses propres enfants.*

*Femmes gigognes, comme ces poupées qui s'emboîtent les unes dans les autres, de la plus grosse à la plus petite. Chaînonns successifs ; comme les ombilics qui portent la trace de l'ancien cordon qui reliait un être à sa mère, qui elle-même avait un ombilic qui, à une époque l'avait elle-même reliée à sa*

\* Serait une altération de Cigogne, cet oiseau étant un symbole de la maternité. Série d'éléments s'emboîtant les uns dans les autres..

*propre mère.*

*Pour ce qui concerne les hommes, ils participent au processus mais ils sont en dérivation par rapport à cette continuité féminine, celle des corps, gigognes, qui nous fait suivre le fil des générations.*

*La femme a un organisme complet.*

*Elle est co-conceptrice de l'embryon, comme l'homme, mais aussi gestionnaire de la grossesse. De plus elle est également capable d'assurer la nutrition de l'enfant pendant les premiers mois, parfois les premières années, de sa vie.*

*C'est sûr l'homme en fait moins que la femme.*

## ***Cabane et utérus***

*Dans une cabane, il n'y a pas d'eau courante, pas d'électricité, pas de téléphone. Une cabane, c'est comme une maison, assez petite et reliée à rien. C'est un abri isolé, fermé. Un monde clos.*

*Une cabane, c'est un peu comme une île déserte où on devrait vivre séparé des autres. D'ailleurs - dans une île déserte - s'il vient un habitant, il se construit souvent une cabane.*

*Et l'île déserte, qui intéresse tant les enfants, est un isolat au milieu de l'eau. Ici encore, l'ambiance utérine n'est pas loin.*

*Les bébés, dans les ventres des mères vivent tout seuls, isolés du monde, bien au chaud. Là où ils sont, il n'y a pas d'électricité, pas de téléphone ; par contre, de l'eau, il y en a !*

*L'utérus est comme une cabane, comme une île, dans le corps d'une mère.*

*N'est-ce pas ce souvenir de la première cabane, de la cabane maternelle, de l'île initiale, qui fait que les enfants ont la passion de ces espaces isolés et clos.*

*Peut-être est-ce parce qu'ils ne peuvent pas oublier cette première habitation, où ils étaient si tranquilles, si autonomes et si protégés qu'ils aiment ces lieux clos.*

## **L'homme constant**

Et l'homme, le conjoint. Par rapport à la femme il lui manque, - il lui manquera toujours - quelque chose.

Il est désespérément constant : il n'a pas de règles et ne connaît pas l'attente de celles-ci ; son ventre ne se dilate pas sous la pression irrésistible de l'émergence d'une vie ; il n'a pas de montée de lait et ses seins ne gonflent pas ; il ne connaît pas le jaillissement nourricier qui lui ferait mouiller sa chemise ; il ne connaît pas les douleurs de l'enfantement ; il n'a jamais eu les

lochies du post-partum\* qui l'auraient obligé à se garnir comme il l'aurait fait antérieurement lors de ses menstruations.

Paradoxalement, avant que les progrès de la biologie aient permis de mieux comprendre le processus de reproduction, il était couramment admis que c'était l'homme qui apportait la graine et que celle-ci, après avoir été déposée dans le ventre de la femme au cours d'une relation sexuelle, devait germer.

Dans beaucoup de cultures, y compris dans la nôtre, il n'est pas rare que l'infertilité d'un couple soit automatiquement attribuée à la femme. Dans ce cas, elle peut être répudiée, sans que son conjoint ne se pose la question de savoir si cette stérilité ne serait pas de son fait.

En réalité, l'homme participe au processus de reproduction mais, « il ne dépose pas sa graine dans le ventre de la maman », comme on le dit parfois aux enfants.

Ce qu'il apporte, c'est une demi-graine, une cellule germinale, un spermatozoïde, comparable à un grain de pollen fertilisant. Ce spermatozoïde, ainsi que les millions d'autres qui l'accompagnent sont produits par les testicules, eux-mêmes situés dans les bourses†.

La femme, au niveau de ses ovaires, élabore également des cellules germinales, tout à fait comparables à celles de son conjoint, les ovules. Lors de l'ovulation, l'un d'eux est expulsé dans sa cavité abdominale.

Si toutes les conditions sont favorables, deux de ces cellules germinales, mâle et femelle, fusionneront.

Ainsi, l'homme participe à la reproduction de l'espèce en apportant la moitié des gènes du noyau cellulaire. La femme, outre ces gènes nucléaires, en apporte d'autres qui lui sont propres, les gènes mitochondriaux‡. L'homme ne peut apporter de gènes équivalents qui proviendraient de ses propres cellules. Ceux-ci sont éliminés lors de la constitution du spermatozoïde.

En revanche, ce sont les spermatozoïdes de l'homme qui déterminent le sexe. Lors de la division de l'ADN, pour constituer les cellules germinales, la femme apporte exclusivement des chromosomes X. L'homme élabore des

\* période qui suit l'accouchement.

† Celles-ci sont situées à l'extérieur du corps car, pour quelque mystérieuse raison, les spermatozoïdes ne supporteraient pas la chaleur qui règne à l'intérieur de celui-ci.

‡ Les mitochondries sont des petites structures situées dans le corps des cellules (le cytoplasme). Les ovules transmettent celles des cellules de la mère. En revanche les spermatozoïdes ne transmettent pas celles des cellules du père.



spermatozoïdes portant des chromosomes X ou Y. Si l'ovule rencontre un spermatozoïde X, l'enfant conçu sera une fille. Si c'est un Y, ce sera un garçon.

Après la fécondation, l'homme n'est plus qu'un compagnon, un futur père tandis que la femme - du début à la fin de la grossesse - assure, dans son corps, le développement de l'embryon puis du fœtus.

Le conjoint, il peut bien aller à la chasse, faire de la politique, se bagarrer, se faire tuer à la guerre, se dilater l'estomac en buvant de la bière, faire amoureusement pousser des radis dans son jardin potager, ou veiller au bien-être de son chien. Tout cela, il peut en effet le faire - sa femme aussi d'ailleurs - mais, jamais il ne connaîtra, ni les changements d'état, ni la plénitude, ni les souffrances, ni les joies que vit sa moitié.

Par ailleurs, des études génétiques pratiquées systématiquement sur de larges échantillons de nouveau-nés, selon divers protocoles, montreraient que pour 1 à 3 % - voire plus - des couples, le père biologique ne serait pas le père présumé.

## **SECRETS DE FILIATION Contre-chant Marie-hélène Ferrier**

Le gynécologue peut être amené à partager certains secrets de filiation. Lors de pratiques d'insémination avec sperme de donneur anonyme, il est en quelque sorte la 3ème personne de la trinité parentale ; les psychologues conseillent aux parents de ne pas taire à l'enfant ses origines. Certains parents, toutefois, préfèrent assumer le secret. Le médecin est alors le seul interlocuteur avec qui ils peuvent parler de l'ambiguïté de cette conception, à la fois heureuse et douloureuse.

Ou bien, avec la précision des échographies précoces, à + ou - 2 jours, il se trouve parfois que la date de début de grossesse ne corresponde pas, de façon certaine, avec la présence au foyer du procréateur légitime ; il vaut mieux alors savoir garder sa langue et rester évasif quand le « père » s'étonnera de cette discordance.

### **Continuité**

Les femmes, lorsqu'elles sont enceintes, voient leur ventre augmenter progressivement de volume. Au voisinage du terme, il peut paraître énorme. Tout

le monde voit bien, alors, qu'elles sont habitées. Elles-mêmes en prennent progressivement conscience au fil de la grossesse et encore plus lorsqu'elles perçoivent les mouvements de cet être qu'elles ont en elle. On appelle cela les « mouvements actifs » : expression médicale.

Ce fœtus, comme le placenta, est abstrait : on ne le voit pas, sauf à l'échographie. Lorsqu'on le voit, c'est qu'il est né. Ce n'est plus un fœtus, c'est un nouveau-né, un bébé.

La société fait commencer la vie officielle des enfants à leur naissance. Le bébé vient au monde lors de sa naissance.

En fait, c'est faux. Il y a une continuité entre le zygote initial et le bébé qui naît

À trois mois de grossesse l'embryon est constitué et devient fœtus.

A la naissance ce fœtus devient nouveau-né puis en grandissant deviendra nourrisson, enfant, etc.

Cet évènement a certainement été un moment important pour lui. Il a dû ressentir, pendant le travail, des sensations particulières, dont nous ne connaissons pas la nature.

Après la naissance, l'arrêt de la circulation placentaire et la mise en place d'un nouveau circuit du flux sanguin, l'impérieuse nécessité de déployer ses poumons pour respirer, ont dû également lui faire de l'effet. Mais, devenu grand, il ne peut raconter tout cela. Donc, de ce vécu que nous avons tous connu, nous ne pouvons rien dire.

Dans le ventre de sa mère le fœtus est soumis à certaines stimulations sensorielles que nous avons déjà évoquées.

Dès qu'il est né, les sensations, perceptions, sollicitations, sont différentes : la lumière, des bruits nouveaux, le regard des proches, l'odeur des parents, le goût du lait, le contact de ceux qui le soignent, les paroles qui lui sont dites... que de choses nouvelles.

La naissance est bien une période de grands changements mais, malgré cette transition, le petit nouveau-né, dans son berceau, est bien le même être que cet embryon puis fœtus qui était, quelques moments avant, dans le ventre de sa mère. La naissance n'est pas sa venue au monde, c'est son apparition au monde.

# Les nouveau-nés

## Ils émergent de leur premier abri

Dans les maternités, on voit transiter beaucoup de nouveau-nés au moment où ils émergent de leur premier abri. Pour les parents, ces bébés sont des personnes, des êtres uniques dont l'histoire est plongée dans leur propre histoire.

Pour nous qui les côtoyons tous les jours, ils se ressemblent tous un peu.

Certes, il en est de plus gracieux que d'autres à notre goût. Certains ont des traits plus fins, plus délicats que d'autres. Certains nous paraissent trop gros. Ils ressemblent à des petits Bouddhas. D'autres trop maigres. Ils ressemblent à des Pierrots malades.

Tous ces bébés, même s'ils bougent, s'ils têtent, s'ils ouvrent les yeux, ont l'air un peu absent. Nous ne connaissons pas leur histoire. Ils sont animés mais impersonnels.

C'est juste une vie. Un miracle de vie. Leur histoire est là, présente, latente, quelque part. Elle est étroitement corrélée à celle de leurs parents.

Mais nous, nous ne la connaissons pas.

Des vies, il y en a de plus heureuses que d'autres... Et pour ce bébé-là, nous ne savons pas comment ça se passera...

## Le nouveau-né, animé ou inanimé

Le nouveau-né est dans les bras de sa mère, de son père. Il a le visage rouge et les cheveux humides, comme un sportif qui sortirait d'un stade. Ses yeux ronds sont ouverts. On lui a mis dans les yeux des gouttes d'un collyre de couleur variable. Celui-ci a débordé alentour et il ressemble un peu à un panda. Gêné par la lumière, il cligne ses paupières d'un air absent et appliqué. Sa bouche, minuscule et charnue, fait des petits mouvements de succion. Il cherche à téter.

Cette bouche animée, ces narines minuscules, sont l'entrée d'un mystérieux dédale de conduits ramifiés, de cavités, de poches, qui ne sont eux mêmes que des éléments d'une machinerie infiniment complexe, mettant en jeu une multitude de mécanismes, de sécrétions hormonales, d'influx nerveux, de mouvements de molécules.

A voir, tous les jours, le renouvellement de ce miracle : l'apparition répétée de tous ces petits enfants, tous semblables, tous différents, on s'interroge parfois sur le mystère de cette perpétuelle fabrication en série qui produit des

êtres autonomes, spontanément animés ; des êtres qui ne sont, ni télécommandés, ni manipulés ; des êtres vivants.

C'est un miracle que tout soit conforme : le cerveau, le diaphragme, les reins, le cœur. Que les molécules s'arrangent entre elles, comme ça, sans directives. C'est un miracle qui se produit presque toujours

Parfois ce n'est pas le cas.

Un enfant mort, c'est presque pareil. Il y a tout, presque tout, mais la vie, à un moment, s'est retirée.

L'enfant, tiède au début - de la tiédeur du corps de sa mère, de la tiédeur de la vie qui avait préexisté - peu à peu devient froid puis glacial. Glacial comme le froid du tiroir réfrigéré qui lui sert de berceau, à la morgue.

On l'a habillé, comme un vrai bébé, mais ce n'est plus un vrai bébé.

Ses chairs étaient souples, soyeuses, tendres ; elles sont devenues raides, dures. Sa peau était rose, elle est devenue blanche, avec des taches violettes.

Presque tout est conforme. Il manque juste une petite pièce, ou même, elle est là, cette pièce mais elle a été abîmée, et ça ne marche plus. Les molécules ne sont plus gouvernées, elles ne peuvent plus travailler. Il n'y a plus d'animation.

Ce n'est presque rien - un petit défaut de rien du tout - mais c'est irréversible.

### ***Comme si on pouvait escamoter la mort !***

*Vers 1970, dans une petite maternité de la région parisienne, une jeune femme avait donné le jour à une petite fille. Cette patiente était portugaise et vivait en France depuis peu.*

*L'enfant, malheureusement, était mort-née. Dans ce cas la cause en était un décollement prématuré du placenta\*.*

*Le lendemain de l'accouchement, la patiente et son mari, entourés par les autres membres de leurs familles, avaient organisé autour de cette naissance-mort, une cérémonie familiale dans la chambre de la patiente à la maternité.*

*Ils avaient habillé la petite fille d'une robe blanche, longue et décorée de broderies comme le sont les robes de baptême d'autrefois. Ils avaient disposé*

\* On dit aussi hématome rétro-placentaire : décollement anormal du placenta par rapport à l'utérus au cours de la grossesse. Ceci entraîne la constitution d'un hématome entre le placenta et l'utérus. Les symptômes en sont des saignements et une hypertonie utérine. C'est un accident grave qui est souvent fatal pour l'enfant et peut menacer la vie de la mère.

*autour d'elle des bouquets de fleurs et des images pieuses.*

*N'ayant pas d'appareil photo, ils avaient fait venir un photographe professionnel pour qu'il fasse des portraits de l'enfant dans ce décor de cérémonie.*

*Nous, jeunes Français pragmatiques et bornés, n'avions pas compris ce rituel qui nous avait semblé morbide. Nous l'expliquions par une combinaison d'archaïsme culturel et de religiosité superstitieuse.*

*A l'époque, beaucoup d'entre nous, futurs professionnels de la naissance, pensions que dans ce contexte le mieux était d'en faire le moins possible. Pourquoi montrer l'enfant ? Pourquoi préciser le sexe ? Pourquoi donner un prénom ?*

*Nous pensions que toutes ces visions, toutes ces précisions, risquaient de cristalliser les souvenirs autour de l'enfant mort. Nous pensions, grave erreur semble-t-il, que le mieux était, en quelque sorte, d'escamoter la mort.*

*Comme si c'était possible...*

*Un enfant non vu, non identifié. Un enfant qui ne serait jamais né. Un enfant qui serait vite oublié...*

*Nous pensions bien faire !*

*Les psychologues, les pédiatres, les psychiatres et la réflexion collective de la société, on beaucoup fait évoluer ces idées.*

*Cette famille portugaise de 1970, fidèle aux traditions, était bien "en avance" sur nous.*

*Elle respectait les étapes successives de ce qui s'était passé : la naissance de l'enfant puis, sa mort ; une naissance-mort rendue très présente pas le rituel et sauvegardée concrètement par les photos.*

*Celles-ci seraient peut-être encadrées et placées en un lieu visible de la maison, ou peut-être rangées dans un tiroir.*

*Ainsi, cette petite fille prendrait toute sa place dans la famille et, peu à peu, ses parents parviendraient, peut-être plus facilement que sans rituel, à surmonter, sinon à accepter sa mort.*

*En nos temps modernes, cela s'appelle : « faire le travail de deuil ».*

*Celui-ci est nécessaire, bien que non suffisant, pour aider les proches à survivre le mieux possible après la disparition d'un être cher. A l'époque, nous n'en avions pas la même perception.*

## **Destins précaires des embryons**

Les avortements ou fausses couches sont définis par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme des arrêts de grossesses survenant avant 22

semaines d'absence de règles (soit 4 mois et demi à partir de l'ovulation) ou avec un fœtus ou embryon de moins de 500g.

Parmi ceux-ci/celles-ci, il en est de spontanés, on parlera habituellement de "fausses couches".

Il y en est qui sont provoquées, on parlera habituellement "d'avortements".

## **Fausses couches**

La nature n'est pas très vigilante vis-à-vis des grossesses débutantes.

Le développement d'un embryon est si complexe que les erreurs de construction sont très fréquentes et que le développement embryonnaire aboutit souvent à une impasse.

Un des motifs d'appel les plus fréquents, lors des gardes des obstétriciens, est la menace de fausse couche ou la fausse couche.

En pratique, la majorité d'entre elles sont précoces, avant 10 semaines. Des fausses couches plus tardives peuvent survenir, elles sont plus rares et aussi plus compliquées sur le plan médical.

Elles sont plus fréquentes chez les toutes jeunes filles, âgées de moins de 18 ans, ou chez les femmes de plus de 35 ans. L'âge où elles sont le plus rares se situe entre 20 et 25 ans.

La cause la plus fréquente est représentée par les anomalies chromosomiques : chromosomes manquants ou chromosomes en surnombre, ceci étant lié à une anomalie de répartition lors de la constitution des gamètes ou lors de la fusion de ceux-ci (la fécondation).

Il y a de nombreuses autres causes mais elles sont, statistiquement, beaucoup plus rares.

En pratique, une jeune femme enceinte, le sachant ou ne le sachant pas, présente des saignements plus ou moins abondants ; l'échographie permet de voir qu'il y a une grossesse et permet souvent de préciser si celle-ci est évolutive ou non.

Si l'on considère toutes les grossesses qui débutent, même celles qui ne sont pas connues des patientes, le taux naturel d'avortements serait, selon certaines statistiques, d'environ 50 %. La femme sait ou ne sait pas qu'elle est enceinte. Des examens biologiques - s'ils avaient été pratiqués - auraient montré qu'elle l'était. A l'échographie de 8 semaines, on ne voit pas de sac gestationnel évolutif.

Si on ne prend en compte que les grossesses formellement reconnues : la

patiente a un retard de règles appréciable, elle ressent éventuellement des signes dits "sympathiques" (nausées, fatigue), elle a un test de grossesse positif. Cette même patiente, quelque temps plus tard, présente des saignements. (Elle peut aussi n'en pas présenter). L'échographie faite vers 8 semaines montre que la grossesse n'est plus évolutive. De cette manière, le taux d'avortements est encore de l'ordre de 20 %, une grossesse sur cinq.

Les saignements peuvent apparaître alors que la grossesse est déjà arrêtée depuis plusieurs jours ou semaines, ou, au contraire, alors qu'elle est toujours évolutive.

Plus le terme des grossesses avance et plus la fréquence des fausses couches diminue.

Généralement, les complications sont rares. Ces fausses couches spontanées précoces ne mettent pas en danger la vie des patientes. L'expulsion se fait spontanément et les saignements cessent progressivement.

Parfois, surtout à des termes plus tardifs, l'expulsion peut poser des problèmes. Elle est incomplète et sera complétée par l'administration de médicaments spécifiques ou par une évacuation par aspiration ou curetage.

Du fait que nous, professionnels de la santé, sommes fréquemment confrontés à ces cas de saignements précoces de la grossesse nous aurions tendance à considérer ces avortements comme des incidents bénins ; des incidents de parcours normaux au cours d'une vie de femme - et à l'exprimer dans nos propos : « Ne vous en faites pas, c'est très courant... ». « Vous êtes jeune, vous en aurez d'autres... ».

Pour les jeunes femmes et leurs conjoints, il en va, souvent, différemment. Pour eux, cette grossesse - surtout si c'est la première - est un projet dans lequel ils se sont investis psychologiquement. En général ils ignorent que les fausses couches sont fréquentes. Dès que les patientes se savent enceintes, par anticipation elles imaginent, bien légitimement, une grossesse de déroulement normal puis l'accouchement et l'enfant à venir.

Il faut donc veiller à garder une réelle conscience de ce que peut ressentir le couple.

Le praticien doit dire la nouvelle de l'arrêt de la grossesse avec tous les ménagements possibles. Il doit laisser la femme exprimer ses sentiments et, en fonction de ceux-ci, il doit lui expliquer ce qu'il en est de ces arrêts de grossesses, accidentels mais très fréquents. Il doit l'accompagner dans le processus de renoncement qu'elle doit mettre en œuvre. Il doit envisager avec elle un

avenir positif pour les grossesses qui suivront.

Ceci est relativement aisé lorsqu'il s'agit d'une première fausse couche, surtout si la femme a déjà des enfants. Parfois, l'arrêt de la grossesse - qui n'était pas très bien venue - est une source de soulagement.

En revanche la situation est beaucoup plus douloureuse et compliquée si la femme n'a pas encore d'enfants, et, a fortiori, si cet avortement - et cela, compte tenu de la fréquence des fausses couches, n'est pas exceptionnel - n'est pas le premier.

Elle l'est encore plus dans les cas des fausses couches à répétition liées à une cause particulière ou dans le cas des couples traités pour stérilité qui pensent que leur problème de fertilité est résolu. Il ne l'est pas et tout le processus est à remettre en œuvre, sans aucune certitude d'arriver à un résultat positif.

## **Refus d'enfant**

La suppression des enfants non désirés, avant ou après leur naissance - soit par avortement, soit par infanticide précoce, soit par abandon - sont des pratiques aussi anciennes que l'humanité. Toujours le Petit Poucet...

Dans le monde il y aurait 44 millions d'avortements provoqués par an, la moitié par interruption volontaire légale (IVG) et la moitié par avortements clandestins. Il a été évalué qu'une femme sur quatre, devenant enceinte, choisirait d'avorter.

Avant l'année 1975, et la loi Veil relative à l'interruption volontaire de grossesse, une autre loi, datant de 1920, stipulait que les femmes ayant eu recours ou ayant pratiqué un avortement seraient condamnées à la peine de mort. Pour ce motif, en 1943, Marie-Louise Giraud, considérée comme une avorteuse, fut guillotinée. Elle fut la dernière à subir ce sort pour ce motif.

Ces avortements provoqués ont fait, font, beaucoup de victimes : des femmes blessées dans leur corps par l'acte d'avortement ou dans leur cœur par la réprobation publique ; des femmes mortes, pendant ou après un avortement provoqué clandestin. Ceux-ci, en effet, se compliquent très souvent.

Les praticiens de ma génération en ont vu beaucoup, au début de leur pratique : des femmes fébriles, des femmes frissonnantes, des femmes jaunes comme la chair d'un melon, des femmes au visage diaphane comme une feuille d'albâtre, et s'en souviennent.



Lorsque j'ai commencé à exercer la spécialité, vers les années 1970, les interruptions volontaires de grossesse faites en milieu médical n'existaient officiellement pas. Les femmes des milieux aisés se rendaient en Suisse, en Angleterre ou en Hollande où c'était légal. Les moins favorisées avaient recours à l'avortement provoqué clandestin.

Beaucoup de consultations, lors des gardes, étaient motivées par des complications de ce geste qui avait été pratiqué clandestinement, par la patiente elle-même ou par une personne de son entourage ou par une faiseuse d'anges ou par un professionnel plus qualifié, sage-femme, médecin ou autre, mais dans un environnement technique souvent précaire.

Les avortements clandestins sont plus fréquents dans les pays pauvres en particulier l'Afrique, l'Inde, certains pays d'Amérique Latine et beaucoup d'autres.

Ils le sont également dans ceux qui, bien que riches, n'ont pas légalisé l'IVG.

Les méthodes qui étaient utilisées en France, avant la loi sur les IVG et celles qui sont utilisées aujourd'hui dans les pays où celle-ci n'a pas été légalisée sont assez comparables.

Il peut s'agir de l'absorption de produits chimiques divers et variés, de plantes, parfois très toxiques. Ils peuvent provoquer des maladies très graves.

Il peut s'agir de produits ou de plantes administrés par voie vaginale ou insérés dans le col de l'utérus. Ceux-ci peuvent être caustiques et très vulnérants pour les voies génitales.

Parfois sont utilisées des aiguilles diverses, à tricoter ou autres. Elles provoquent très souvent des perforations utérines et d'autres lésions, de la vessie, de l'intestin qui peuvent être mortelles.

Chaque année dans le monde (chiffres de l'OMS) 45 000 femmes décèdent après un avortement clandestin : une toutes les huit minutes.

La mortalité à la suite d'avortements clandestins serait de l'ordre de 3% ou plus. Par IVG, elle serait de 1 pour 100 000.

Dans les pays où l'IVG est légale - la France par exemple - ces avortements et leurs complications sont devenus très rares.

L'avortement clandestin étant responsable de 15 % des décès liés à la grossesse et l'accouchement, sa disparition ferait diminuer d'autant la mortalité des mères.

Il est par ailleurs responsable aussi de beaucoup d'infirmités : fuites urinaires et anales par fistules, stérilité, douleurs pelviennes chroniques, ainsi que de conséquences sociales : déshonneur, exclusion, misère.

Depuis la nuit des temps les femmes tentent par tous les moyens, de supprimer les grossesses qu'elles ne peuvent accepter. Le fait que l'avortement soit interdit ne modifie guère leur choix.

Dans ces conditions, si interruption de grossesse il doit y avoir, autant que ce soit dans de bonnes conditions techniques, sans danger pour la femme.

## **Avortements provoqués**

Il en existe trois types : les avortements provoqués hors cadre légal (clandestins), les interruptions volontaires de grossesse (IVG) et les interruptions médicales de grossesse (IMG) que l'on appelle aussi parfois, improprement, avortements thérapeutiques.

### ***La bonne volonté ne suffit pas***

*Vers 1970, je faisais un remplacement en médecine générale dans les environs de Paris et n'étais alors que bien peu expérimenté en gynécologie. Une patiente, proche de la quarantaine, se présenta à la consultation. Le port d'un sarrau, du genre de ceux que l'on achète au marché, en lieu et place d'autres vêtements, révélait des moyens modestes. Elle venait consulter car, mère de six enfants, elle savait qu'elle en attendait un septième qui, compte tenu de sa situation socio-économique, était inacceptable pour elle.*

*Elle me demandait d'« arrêter sa grossesse » : ce n'était pas légal, je ne l'avais jamais fait, je ne connaissais pas la procédure adéquate. Il était inutile de l'adresser dans un établissement d'hospitalisation : aucun, ou presque, ne pratiquait, à l'époque, ce type d'intervention.*

*Je percevais bien que cette patiente ne pouvait pas assumer cette nouvelle grossesse ; qu'il aurait absolument fallu faire quelque chose. Elle n'avait pas les moyens de se rendre - selon l'usage de ce temps dans les milieux aisés - en Hollande ou en Suisse.*

*Que faire ? Dans un cabinet médical, les moyens sont limités. Pouvais-je braver l'interdit et - si je décidais de le faire - comment agir efficacement ? Vraiment, je ne savais que faire ...*

*Pensant toutefois ne pas pouvoir la laisser repartir sans essayer de l'aider, je décidai de faire une tentative. C'était pure improvisation ! Je désinfectai soigneusement la cavité vaginale. J'introduisis une sonde en caoutchouc jusqu'au fond de l'utérus - ce seul geste constituait, à l'époque, la transgression*

*d'un fort tabou : qu'allait-il se passer ? La femme allait-elle se mettre à saigner « à flot » ? Allait-elle faire un malaise ? Y aurait-il des complications infectieuses ?*

*Je tournais et je déplaçais la sonde, je la retirais et la réintroduisais. Il ne se passait rien ; elle devait glisser entre la paroi de l'utérus et l'embryon. Il ne se passait rien,... vraiment rien, mais je pensais ne pas pouvoir faire plus.*

*Ceci avait-il décollé la grossesse qui s'évacuerait d'elle-même ? C'est peu probable mais, que pouvais-je faire d'autre sans aller vers l'aventure ?*

*Je dis à la patiente de se rhabiller, de rentrer chez elle. Je lui conseillai, si elle se mettait à saigner, si elle avait de la fièvre ou si elle avait des douleurs, de se rendre à l'hôpital. Je lui recommandai de ne pas dire ce qui lui avait été fait : on croirait qu'il s'agissait d'un avortement spontané... Peut-être réaliserait-on qu'il s'agissait d'un avortement « clandestin », comme on disait à l'époque ; ça n'avait guère d'importance, c'était si fréquent que personne ne s'en émouvait vraiment.*

*Peut-être, la grossesse continuant tranquillement à évoluer, irait-elle voir une faiseuse d'anges, sans doute plus hardie que ce jeune médecin remplaçant inexpérimenté. Celle-ci saurait-t-elle faire précisément ce qu'il fallait, ou ferait-t-elle n'importe quoi avec des risques de complications dangereuses pour la santé de cette femme, voire menaçantes pour sa vie ?*

*Plus probablement, la femme se sera résignée et n'aura rien tenté de plus.*

*Sept à huit mois plus tard, elle aura accouché de son septième enfant. Cela ne lui aura pas ôté la vie, mais en aura peut-être alourdi le poids.*

## **Interruptions volontaires de grossesse (IVG)**

Pour ces raisons de santé publique, et sous la pression de l'évolution des idées et des mœurs, l'avortement a été progressivement légalisé dans de nombreux pays. En France ce fut en 1975 : la loi Veil.

Que l'on y soit favorable ou non - pratiqué légalement si la loi le permet, ou illégalement si elle ne le permet pas - l'avortement est une réalité universelle.

Cette loi, permettant d'éviter bien des deuils, des misères et des chagrins, était donc nécessaire.

La signification profonde de l'acte qui consiste à priver de vie un tout petit d'homme ou un amas de cellules (en fonction des convictions de chacun), n'est pas évidente. L'âpre débat public qui s'est élevé à ce propos, autour de 1975 en est la preuve.

Les trois religions issues de la tradition biblique condamnent fermement cet

acte et font tout ce qui est possible pour obtenir son interdiction dans les pays où il est légal.

On peut avoir, parfois, le sentiment qu'il est considéré comme plus grave que le meurtre qui - au cours des guerres ou lors des exécutions judiciaires - semble assez bien toléré.

La nature, quant à elle - nous l'avons vu - n'est pas très vigilante vis-à-vis des grossesses. En effet les avortements spontanés sont extrêmement fréquents.

En fait, il ne s'agit pas d'une discussion rationnelle. C'est un choix lié à une conviction. Le soignant, médecin ou autre, est en droit d'avoir une opinion personnelle, mais il ne doit ni juger, ni décider pour les autres.

La position de celui qui a une conviction est claire : il est contre la loi relative à l'avortement, il n'en fait pas. Il est pour la loi, ce qui ne signifie pas qu'il soit pour l'avortement - personne n'est pour l'avortement, qui n'est qu'une solution de secours - il accepte de l'appliquer. Mais, dans tous les cas, il n'y a aucune légitimité à ce qu'un praticien impose son avis.

La position de celui qui honnêtement, en conscience et en connaissance de cause, estime ne pas avoir de certitude à ce sujet, est simple aussi ; il accepte d'être un simple technicien qui s'efface derrière le législateur dont les décisions reflètent, théoriquement, la morale générale et la volonté des citoyens de son pays en l'époque concernée.

En France sont pratiquées environ 220 000 IVG par an (Nombre des naissances en 2015 : 800 000).

La technique en est facile à mettre en œuvre. On peut utiliser la méthode médicamenteuse, ou la technique chirurgicale qui sont extrêmement simples.

La méthode médicamenteuse s'adresse aux femmes qui ont des grossesses inférieures à 9 semaines de retard de règles. Elle consiste en la prise de deux médicaments à 48 heures d'intervalle.

Pour la technique chirurgicale, elles doivent prendre un médicament pour assouplir leur col en vue de l'intervention. Ensuite, celui-ci est dilaté avec des lamineires \* et / ou des bougies<sup>†</sup>, dont le diamètre correspond à l'âge de la

\* Les lamineires sont des tiges d'algues du même nom qui sont déshydratées - ce qui réduit considérablement leur diamètre - et stérilisées. Elles sont placées, la veille de l'intervention, dans le col de l'utérus et, sous l'effet de l'humidité du corps, elles se réhydratent et reprennent leur diamètre initial. Ceci permet une dilatation très progressive du canal du col de l'utérus.

† Bougies de Hégar : tiges métalliques de diamètre croissant par millimètres qui sont introduites dans le col utérin et permettent, sa dilatation

grossesse, puis une aspiration endo-utérine est pratiquée avec une canule. Dans 75 % des cas, les patientes choisissent de faire l'intervention sous anesthésie générale.

Il y a peu de complications. Le taux de décès, nous l'avons vu, est très bas, inférieur à celui que génèrent les grossesses menées à terme.

Actuellement, l'acte est pris en charge par la Sécurité sociale.

Aujourd'hui, l'année 1975 est loin. Les luttes du M. L.F., du M.L.A.C. et des "343 salopes" sont anciennes. La loi Veil existe, votée, confortée, bardée de tous ses décrets d'application et adaptée aux temps nouveaux. Les techniques de l'interruption de grossesse, chirurgicales ou médicales, sont bien codifiées, bien connues de tous, efficaces.

Une patiente lambda, estimant devoir avoir recours à l'IVG, ne rencontrerait-elle aujourd'hui aucune difficulté pour résoudre son problème ?

Ce n'est pas si sûr.

En effet, il est très difficile, en bien des lieux, de faire pratiquer une IVG dans les délais légaux. Beaucoup de praticiens refusent de le faire.

Les administrations hospitalières font parfois appel, pour ces actes, à des médecins vacataires - souvent non spécialistes - de bonne volonté ou un peu militants, mais elles n'en trouvent pas toujours.

Ces refus sont parfois liés à une clause de conscience - religieuse ou philosophique - qui ne peut, évidemment, être contestée.

Souvent, cependant, il ne s'agit pas de cela. La raison en est plutôt que l'IVG est un acte négatif, facile à réaliser, ennuyeux, sans prestige. Le bruit du moteur de la pompe d'aspiration et les gargouillements de vidange dans le tuyau sont terriblement triviaux.

Par ailleurs, la loi relative aux interruptions volontaires de grossesse précisait initialement que celles-ci devaient être réalisées avant 12 semaines d'aménorrhée révolue. Par la suite, le délai a été prolongé jusqu'à 14 semaines.

En théorie, cela ne pose pas de problème particulier. En pratique, à ce terme, contrairement à ce qu'il en est à 12 semaines, le contrôle après l'aspiration permet de voir nettement l'anatomie de l'embryon : sa tête, ses bras, ses jambes, sa cage thoracique. Il faut bien reconnaître que c'est assez troublant.

Nous sommes bien d'accord, faire une IVG n'est pas passionnant. En faire plusieurs à la suite, est vraiment fastidieux, presque gênant ! Il y a mieux à

faire...

Enlever des utérus fibromateux, des ovaires kystiques, ce n'est pas toujours vraiment nécessaire, ni toujours bien vécu par les patientes, mais c'est tellement plus gratifiant !

Dans tous les métiers il y a une part d'activités moins gratifiantes que d'autres. Il faudrait les assumer toutes avec un zèle égal.

La loi Veil Contre-chant Marie - Hélène Ferrier

Dans les années 70, lorsqu'a été votée « la loi Veil », autorisant en l'encadrant la pratique de l'IVG, ils n'étaient pas nombreux les gynécos à passer à la pratique, d'une part pour le côté basses œuvres, geste inintéressant, de l'acte et surtout parce qu'ils partageaient le conservatisme du corps médical de cette époque, très hostile à cette nouvelle étape de l'amélioration du sort des femmes.

Ceux qui pratiquèrent les premières IVG légales, pas forcément gynécos d'ailleurs –mais le geste n'est en général pas très difficile à apprendre - étaient souvent considérés comme des moins que rien, des renégats, des salauds.

## **Ambiguïté**

*Madame et monsieur Lopez constituaient un couple tout à fait comme il faut. La patiente était clerc de notaire et son mari, ingénieur. Je les ai suivis pendant plusieurs années, lors de quatre grossesses et pour la surveillance gynécologique de madame Lopez. Son mari l'accompagnait presque toujours. Dans la majorité des cas il en est ainsi au cours de la première grossesse. Pour les suivantes, les patientes viennent plus souvent seules, probablement parce que les conjoints gardent les enfants. Ce n'était pas le cas pour ce couple.*

*Leur allure paraissait assez stricte. Ceci était particulièrement vrai pour le conjoint. La femme, derrière une attitude assez conformiste, laissait transparaître une plus grande fantaisie, peut-être une plus grande fragilité. C'est du moins la perception que j'en avais.*

*Quelque temps après la naissance de leur dernier enfant, la patiente vint consulter. Cette fois, son mari ne l'accompagnait pas. Elle avait préféré venir seule. Par rapport à son attitude lors des précédentes consultations, elle paraissait toute défaite. Son maintien s'était affaîssi.*

*Elle me dit qu'elle était malheureuse, très malheureuse. Dans un récit entrecoupé de pleurs et de reniflements, le mouchoir à la main, elle m'expliqua qu'elle débutait une nouvelle grossesse. Ayant déjà plusieurs enfants, elle ne*

*pouvait se tromper sur ce point. Les femmes savent ces choses-là. De toute manière, le test de grossesse était positif.*

*Fatiguée d'avoir porté et élevé ses quatre enfants, elle ne se sentait pas prête à recommencer. Elle aurait voulu éviter cette grossesse. Par ailleurs elle précisa, et cela semblait la contrarier, que son mari accueillait avec joie cet heureux événement et s'investissait dans cette perspective.*

*Je pense que, quelque part dans sa tête, si elle avait été plus libérée, elle aurait peut-être envisagé de recourir à une interruption volontaire de grossesse. Mais, son éducation, son milieu, sa conception de la vie, peut-être sa religion, l'optimisme de son mari, rien ne l'y autorisait.*

*Le premier trimestre, pour de nombreuses patientes, n'est pas une période facile : fatigue, nausées, moral fragile. Chez madame Lopez, fort logiquement, ce fut particulièrement vrai. Elle était épuisée, angoissée, déprimée.*

*Quelque temps plus tard, elle revint consulter, toujours seule. Elle semblait plus sereine. Elle avait accepté sa grossesse. Peu à peu, les choses semblaient rentrer dans l'ordre. Elle allait, en apparence, de mieux en mieux.*

*Lors du rendez-vous pour la deuxième échographie elle était de nouveau accompagnée par son mari. J'avais le sentiment qu'il s'agissait d'un examen de routine. Il était parfaitement normal.*

*A la fin de celui-ci, la patiente alla se rhabiller et, tandis qu'elle s'était éloignée le mari me dit à voix basse : « elle ne va pas bien ; elle est déprimée, très déprimée ».*

*Lorsqu'elle revint s'asseoir, il lui dit d'une voix persuasive : « Dis au docteur que ça ne va pas. Que tu as fait une bêtise », et il se tourna vers moi : « elle a avalé une plaquette de pilules – les vingt et une d'un coup ». Je me suis efforcé de leur expliquer que, médicalement, ce n'était pas bien grave. Bien sûr, sur le plan moral, ce n'était pas insignifiant.*

*La suite de la grossesse s'est bien passée. La patiente a accouché d'un enfant qui était bien constitué et allait bien.*

*Elle a dû ensuite rentrer à la maison et les choses de la vie reprendre leur cours normal, tel qu'on l'entend habituellement : bien conduire sa vie, refouler les sentiments trop dérangeants.*

*Il est probable que si, dans ce contexte, elle avait fait une interruption volontaire de grossesse, celle-ci aurait pu être la source d'un conflit conjugal, d'un sentiment de culpabilité et, peut-être, de troubles dépressifs plus forts que ceux qu'a pu générer cette grossesse non désirée en son début.*

*Dans ce type de situation, le médecin doit se montrer parfaitement attentif, disponible, et en même temps, absolument neutre. Il doit s'efforcer d'aider la patiente à trouver sa propre vérité, et à tout prix éviter d'influencer sa décision. Cela demande du temps, de l'écoute, de la réflexion, de la parole. Ce n'est certes pas de la grande médecine mais c'est une médecine très importante.*

*Par ailleurs, le dialogue avec le médecin peut - doit - être prolongé par des conversations avec d'autres interlocuteurs, variables selon les contextes : conjoint, évidemment, mais aussi psychologue, sage-femme, conseillère conjugale.*

*La prise d'une plaquette de pilules en une seule fois a - me semble-t-il - la signification d'une tentative d'avortement en même temps qu'une tentative - très théorique - de suicide. Elle peut symboliser la contraception qui aurait dû être prise et qui aurait permis d'éviter cette grossesse. Elle signifie aussi une tout aussi symbolique tentative d'avortement.*

*Ce type d'expression d'un mal-être par des prises massives de pilules n'est pas exceptionnel.*

*Dans ces actes, il n'y a pas une réelle volonté de mourir : les patientes savent bien que ce n'est pas dangereux.*

*Lorsqu'elles sont enceintes, le but n'est généralement pas non plus abortif : elles savent aussi, pour la plupart, que la pilule n'a pas cet effet.*

*Elles savent, par ailleurs, que le recours à l'IVG, médicamenteuse ou chirurgicale, est possible.*

*Sans doute ce geste est-il un message adressé au conjoint ? A l'entourage ? A soi-même ?*

## **Interruptions médicales de grossesse(IMG)**

L'interruption médicale de grossesse (IMG) ou avortement thérapeutique (ITG) est légale quelque soit l'âge de la grossesse. Elle est strictement encadrée par la législation et la procédure de décision est très précise.

Selon la loi elle "peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire\* attestent, soit que la grossesse met



en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic".

Initialement la majorité des IMG étaient pratiquées pour motif maternel.

A partir des années 80, grâce à la possibilité grandissante de dépister les anomalies fœtales (échographie, examens sanguins, examens du liquide amniotique et du placenta), les indications embryo-fœtales sont devenues dominantes.

La technique de ces actes varie en fonction de l'âge de la grossesse.

Au cours des premiers mois, on utilise les mêmes techniques que pour les IVG.

Plus tard, si le fœtus est vivant, ce qui est généralement le cas, il faut pratiquer un fœticide c'est-à-dire, provoquer sa mort, avant de provoquer l'accouchement. Ce n'est moralement pas simple...

Lorsque l'indication est maternelle, le risque principal est lié à la maladie de la mère. Lorsque l'indication est fœtale, les risques, avec les moyens actuels, sont faibles.

Ces actes n'en sont pas moins compliqués sur le plan éthique, surtout si la grossesse est avancée, et peuvent laisser aux parents des sentiments compliqués (deuil, culpabilité, regrets) qui ne sont pas sans conséquences pour leur avenir psychologique.

\* S'il s'agit d'une IMG liée à une anomalie embryo-fœtale grave, l'un de ces médecins doit faire partie d'un Centre de Diagnostic Prénatal Pluridisciplinaire



# La grossesse ici et ailleurs, hier et aujourd'hui

La grossesse et l'accouchement sont des phénomènes naturels mais aussi, potentiellement dangereux, tant pour l'enfant que pour la mère. De nos jours, dans les pays dits développés, la survenue d'une grossesse et la perspective d'une naissance n'éveillent cependant pas, dans l'esprit collectif, de fortes craintes.

## Au fil des temps anciens

Depuis les origines du temps humain, les femmes mettent au monde des enfants.

Pendant des siècles, des millénaires, elles l'ont fait comme ça venait ; à la maison, au bord d'un chemin, dans un coin du champ dans lequel elles travaillaient.

Elles pouvaient accoucher seules. Si elles avaient eu plusieurs enfants elles savaient bien ce qu'il fallait faire.

Souvent elles étaient entourées par des parentes, des amies, des voisines. Parfois elles faisaient appel à des femmes d'expérience, des matrones.

Les hommes, qui avaient pourtant pris une part active à la conception étaient très généralement exclus de cette aventure. Traditionnellement ils attendaient dehors, dans la pièce d'à côté, ailleurs.

Depuis bien longtemps, les humains se sont interrogés sur les manières possibles d'améliorer ce processus naturel qui ne se passait pas toujours bien.

Les premières "sages-femmes" - des professionnelles de la naissance éduquées et brevetées - sont apparues au XVe siècle.

Il y eut par la suite des sages-femmes enseignantes novatrices.

A ces époques, l'implication des médecins - à l'époque tous des hommes - dans le domaine de l'accouchement était rare. Pour quelles raisons ? Pudeur ?

Éviter le péché de chair par pensée ? Tabou ?... Cette situation n'évolua vraiment qu'à partir du XVIIe siècle.

Il y a bien sûr des exceptions. Citons en particulier Ambroise Paré qui, au XVIe siècle, publia de nombreux écrits relatifs à l'accouchement.

Entre les temps des origines et nos jours, la pratique obstétricale a beaucoup évolué, s'est beaucoup perfectionnée. Quelles que soient les convictions que l'on peut avoir vis-à-vis de la médicalisation actuelle de l'obstétrique, il

est indéniable que, pour diverses raisons - hygiène, mode de vie, moyens médicaux - les statistiques des temps anciens et celles d'aujourd'hui ne sont pas du tout les mêmes.

Les sages-femmes ont joué un rôle extrêmement important dans cette évolution en particulier au XVIIIe siècle.

L'une d'elles, Madame du Coudray (1712-1790) a, pendant vingt cinq ans, comme une nomade, parcouru de nombreuses régions de France pour enseigner la pratique des accouchements dans les lieux éloignés des facultés.

Pour rendre ses cours plus réalistes, plus efficaces, elle avait inventé des mannequins en bois, cuir et toile qui figuraient l'abdomen de la femme enceinte, ainsi que ses voies génitales et son bassin. Elle avait également imaginé la fabrication d'un fœtus et d'un placenta. Ce matériel d'enseignement aurait été breveté par le roi Louis XV. Elle le transportait de villes en villages, au fil des routes et des campagnes. De cette manière elle pouvait montrer à ses élèves, accoucheuses de province, les moyens de remédier à certaines difficultés de l'accouchement.

À Paris, à la fin du XVIIIe siècle, une autre sage-femme, Madame de la Chapelle (1769-1821), fit aussi beaucoup pour le développement de la pratique obstétricale. Elle écrivit un traité : « Pratique des Accouchements », qui eut un grand retentissement. Elle contribua à faire évoluer les techniques de l'accouchement et les modalités de l'enseignement de l'obstétrique. En 1795, elle fut chargée de créer, dans les locaux de l'ancienne abbaye de Port-Royal, "l'Hospice de la Maternité", lieu de formation des sages-femmes.

L'ensemble de l'œuvre de ces femmes et l'intérêt que progressivement les médecins portèrent à cette discipline la fit considérablement évoluer et sortir des brumes du temps. Cependant, jusqu'au début du XXe siècle, les grossesses - sauf cas particuliers - n'étaient pas surveillées.

Par ailleurs, en raison de la forte mortalité en milieu hospitalier, les femmes préféraient, lorsqu'elles le pouvaient, accoucher à domicile. L'accouchement à l'hôpital ne concernait que les femmes les plus démunies

## **Les Hôpitaux, refuges des femmes pauvres**

Autrefois, dans les hôpitaux - hospices, il n'y avait pas de services de maternité identifiés. Les femmes étaient mêlées, toutes pathologies confondues, sans classement par maladies, dans les mêmes services, les mêmes dortoirs (salles communes) : femmes jeunes, femmes très âgées, femmes contagieuses (à l'époque, ce concept n'était pas connu) et celles qui ne l'étaient pas, enfants

en bas âge.

Elles étaient souvent mises à plusieurs dans un même grand lit, dans ces vastes salles peu ou pas chauffées. Les conditions d'hygiène y étaient déplorable.

C'étaient des lieux où ne venaient accoucher que les indigentes, les femmes abandonnées, sans ressources, sans logement, les mères célibataires, les prostituées.

Celles-ci étaient sous-alimentées, carencées, épuisées par la misère, souvent déjà malades par ailleurs. Les taux de mortalité des mères et des enfants y étaient extrêmement élevés.

Les femmes qui disposaient d'un minimum de moyens n'y accouchaient absolument jamais. Elles accouchaient à domicile où - pour des raisons alors inconnues - les risques étaient incomparablement moindres que dans ces lieux de misère.

## **"Les enfants Trouvés"**

Beaucoup des enfants qui naissaient dans ces lieux étaient par la suite abandonnés, et devenaient des "enfants trouvés". En effet environ 80 % des femmes qui y avaient accouché, faute de moyens, abandonnaient leur enfant.

En ces temps, il n'existait à Paris qu'une seule structure destinée à prendre particulièrement en charge les enfants abandonnés, les femmes enceintes et les accouchées : "L'institution des enfants trouvés", qui avait été fondée en 1638 par Saint Vincent de Paul, confiée aux "filles de la Charité" et qui était destinée à ces femmes déshéritées, à ces enfants abandonnés.

En principe cet hôpital avait trois buts principaux : être un refuge pour les femmes enceintes démunies, devenir une au sens moderne du mot -service n'accueillant que des femmes enceintes et des accouchées - et enfin (madame de la Chapelle, à partir de 1795), constituer un terrain d'étude pour les élèves sages-femmes sous la gouverne de praticiennes expérimentées.

## **Les fièvres puerpérales**

Les éventualités qui peuvent conduire à la mort d'une femme en couches sont nombreuses.

En ces temps, la principale, dans les collectivités sanitaires où avaient lieu des accouchements, était ce que l'on appelait la "fièvre puerpérale".

Les femmes qui avaient accouché, développaient une fièvre sévère, qui s'aggravait rapidement. Leur état général se dégradait très vite et, généralement,

elles mouraient. Il s'agissait d'une infection par un facteur - on ne peut pas dire "microbe" car ceux-ci n'étaient pas encore connus - dont on ne comprenait pas le mode d'action ni le mode de propagation.

À l'époque, faute d'hygiène, il se répandait très facilement d'une femme à l'autre dans les milieux collectifs.

La mortalité maternelle, dans les hôpitaux, pouvaient être effrayante. Souvent situés entre 5 et 10 % elle pouvait atteindre, en cas d'épidémie, des taux de l'ordre de 80 %.

Lors des accouchements à domicile, on l'a vu, le risque de contamination était beaucoup plus faible, et la mortalité beaucoup plus basse.

À partir du milieu du XIXe siècle il y eut, un immense progrès relatif à cette mystérieuse maladie des accouchées.

Ce fut la découverte vers 1850, par un médecin autrichien, Ignace Semmelweis, d'un moyen efficace pour éviter la contamination d'une femme accouchée par une autre atteinte de cette maladie fébrile mystérieuse.

À Vienne il y avait à cette époque deux maternités. Dans l'une le taux de mortalité par fièvres puerpérales était de l'ordre de 20 %. Dans l'autre de 3 %. À première vue, ces deux établissements paraissaient assez semblables. Quel pouvait être le motif de cette disparité ?

Entre les deux services apparaissait une différence : celui où le taux de mortalité était faible était exclusivement consacré à l'enseignement aux élèves sages-femmes tandis que celui où elle était élevée accueillait des étudiants en médecine.

À l'époque les conditions d'hygiène, dans le milieu médical, étaient très sommaires. Les chirurgiens opéraient en redingote et le personnel soignant ne se lavait que très rarement les mains. Il n'y avait pas de gants, pas de bavettes, pas de champs opératoires, pas de stérilisation du matériel. Plusieurs patientes, relevant de maladies différentes, étaient examinées successivement à mains nues, par le même médecin, la même sage-femme, sans aucun lavage préalable.

De l'une à l'autre étaient utilisés les mêmes instruments, sans désinfection. Les concepts d'asepsie et d'antisepsie n'étaient alors pas connus.

Tandis que Semmelweis réfléchissait aux causes possibles de cette fièvre puerpérale, un de ses amis, qui pratiquait des dissections, vint à mourir d'une fièvre tout à fait comparable à celle des accouchées, survenue à la suite d'une blessure qu'il s'était fait en pratiquant une l'autopsie d'un cadavre.

Semmelweis comprit alors que la différence de mortalité entre les deux maternités de Vienne était probablement liée au fait que les sages-femmes, contrairement aux étudiants en médecine, ne disséquaient pas de cadavres.

Il réalisa que les mains des soignants véhiculaient probablement les éléments responsables de la transmission de la maladie d'une patiente à l'autre.

Il s'efforça d'imposer des mesures susceptibles d'éviter ces transmissions inexpliquées. Il préconisa, en particulier, l'obligation entre l'examen de deux patientes, d'un lavage des mains avec des solutions antiseptiques (à l'époque, le chlorure de chaux).

Du fait de l'application de ces méthodes la mortalité maternelle diminua considérablement. Par exemple, à la maternité Port-Royal de Paris, elle fut diminuée par 10 entre 1860, date de l'application des mesures d'hygiène préconisées par Semmelweis, et 1890.

Malgré cela, Semmelweis subit beaucoup de critiques, rencontra beaucoup d'oppositions, et ne parvint pas vraiment à faire accepter ses théories par la majorité de ses pairs.

Il est dit qu'il fut maladroit dans l'exposition de ses idées novatrices. Il eut beaucoup de contradicteurs, d'ennemis, et connut une fin tragique en hôpital psychiatrique.

Vers 1878 Louis Pasteur identifia ce fameux agent pathogène ennemi des accouchées, pressenti par Semmelweis : une bactérie considérée aujourd'hui comme banale, le streptocoque.

L'application rigoureuse de règles d'hygiène simples puis, beaucoup plus tard - vers 1945 - l'utilisation éventuelle d'antibiotiques auxquels le microbe est généralement sensible firent pratiquement disparaître les fièvres puerpérales.

## ***Mort ou vif***

*En des temps plus anciens - mais pas si anciens que cela - à portée de grand-mère - un médecin de campagne assistait une femme en travail.*

*Celui-ci avait lieu à la maison, c'était normal à l'époque.*

*L'accouchement, probablement, présentait quelques difficultés.*

*Plus que toute autre chose, la patiente redoutait d'être transportée - on ne parlait pas de transfert en ces temps-là - à l'hôpital.*

*Le médecin eut alors ces paroles apaisantes : « Ne t'en fais pas, Jeanne-Marie, mort ou vif, je l'aurai ».*

*C'étaient des temps où la nature, comme aujourd'hui, faisait beaucoup de*

*bêtises. Comme aujourd'hui, mais avec beaucoup moins de moyens, les médecins faisaient ce qu'ils pouvaient pour réparer. S'ils n'y arrivaient pas, c'est que la nature avait été la plus forte.*

*Nul ne pourrait regretter ces époques où l'impuissance imposait un fatalisme absolu (cette situation perdure encore aujourd'hui dans de nombreux pays du monde).*

*Aujourd'hui, ce type de confiance absolue n'existe plus guère.*

*La nature fait toujours des bêtises mais - en obstétrique du moins - elles sont souvent réparées et les accidents deviennent trop rares pour que le public en ait une vraie conscience - même s'il en a la connaissance.*

*Si un accident survient, imparé sinon imparable, c'est que le médecin est peu compétent ou qu'il a fait une erreur. C'est parfois vrai.*

*Autrefois, ce dernier ne faisait que tenter de réparer les erreurs de la nature. Les difficultés venaient à lui, imposées. Il fallait y faire face. Aujourd'hui, beaucoup d'actes médicaux, diagnostiques ou préventifs, sont délibérément entrepris : diagnostic anténatal, stérilisations tubaires, interruptions de grossesse, médicales ou volontaires, etc.*

*Le médecin va au devant des ennuis et il aimerait, fort légitimement, trouver un moyen de se mettre à l'abri des incidences médico-légales de son activité.*

*La plupart font signer des papiers : formulaires de consentement avec exposé des risques, pour toutes les interventions : "lu et approuvé ; signez ici". Des éditeurs bienveillants nous proposent même de nous vendre des formulaires pré rédigés.*

*Est - il correct d'aller dans cette direction ?*

*Aux toutes jeunes femmes qui viennent nous voir, récemment émoulues de l'adolescence, fières de dire qu'elles sont enceintes, faut-il imposer cette douche de*

*froidueur et de vérité : « toute grossesse qui débute expose à 30 % d'avortements, 3 % de malformations, 1 % de mortalité périnatale, 2 morts maternelles pour 10 000 grossesses, sans parler du reste... ». On devrait peut-être le dire, puisque c'est vrai... et que toute patiente a le droit d'être informée. Mais, sur le plan humain, c'est délicat. !*

*Il faudrait alors ajouter : « Mais ne vous en faites pas, mort ou vif, nous l'aurons ». Cela ne se dit plus guère.*



# Evolution récente de la pratique obstétricale

## Surveillance de la grossesse

Après la seconde guerre mondiale de grands efforts ont été faits pour améliorer la santé publique en général et en particulier celle des femmes enceintes et des tout-petits : assurance sociale, protection maternelle et infantile, allocations familiales, médecine scolaire, mise en place du carnet de santé, contrôle social de l'état des femmes, développement du suivi médical des nouveau-nés, congé postnatal de quatre semaines, indemnisation des femmes sans ressources.

Dans ce mouvement, la surveillance des grossesses a beaucoup évolué. Elle est aujourd'hui très codifiée et quasi obligatoire, le bénéfice des allocations de maternité étant subordonné au respect des règles de surveillance.

La procédure comporte les consultations prénatales, une au premier trimestre puis une tous les mois.

Trois échographies, vers 12 semaines, 22 semaines et 32 semaines

Des examens biologiques de dépistage : groupe et rhésus sanguin, dépistage de la syphilis et de la toxoplasmose, recherche du sucre et de l'albumine dans les urines, surveillance de la tension artérielle.

Dépistage du diabète de grossesse et de l'hypertension artérielle.

Dépistage du risque de trisomie 21.

L'organisation des accouchements et le choix du lieu d'accouchement ont changé progressivement, mais radicalement.

En raison de la mortalité des femmes et des enfants en milieu hospitalier, il y avait eu jusqu'en 1945 une forte incitation à l'accouchement à domicile et le lieu naturel des naissances était, nous l'avons vu, le foyer familial. Fils de médecin - en 1943 - je suis né à la maison.

Après la guerre, grâce aux mesures de prévention, à l'application de règles d'hygiène strictes, puis de l'apparition des antibiotiques, le problème des infections puerpérales passa au second plan.

Par ailleurs il apparut que la nécessité de moyens techniques complexes lors de l'accouchement devenait de plus en plus importante

De très nombreuses maternités furent créées. Certaines, au domicile d'une sage-femme ou d'un médecin, ne comptaient que quelques lits. En cas de difficulté il était fait appel au médecin ou au chirurgien le plus proche, qui venaient

assister l'accouchement ou opérer dans cette petite clinique.

D'autres, plus importantes, étaient intégrées à des hôpitaux ou de grandes cliniques.

Peu à peu, la législation évolua et chaque maternité dut disposer des moyens techniques nécessaires pour pratiquer une obstétrique adaptée aux moyens du moment et permettant de diminuer les risques de l'accouchement pour les enfants et pour les mères.

Dans les années 1950, 55 % des femmes accouchaient à domicile, en 60, 20 % et après 1970, 2 %.

Actuellement il y a un regain d'intérêt pour les accouchements à la maison de la part d'un nombre croissant de futures mères. La mise en place d'un tel système - tel qu'il existe aux Pays Bas - demande de profondes modifications d'organisation.

Une solution, souvent adoptée actuellement, est la création de salles de naissance non médicalisées, au voisinage immédiat d'un service de maternité classique. Ainsi, la patiente peut accoucher dans un milieu naturel, et en cas de difficulté, disposer rapidement des moyens de la technique médicale moderne.

## **Les secrets de la vie intra-utérine**

Dans les temps anciens, le petit d'homme, de la conception à la naissance, vivait son destin, dans le ventre de sa mère, en grand secret.

Son développement ne pouvait être imaginé qu'à travers les éléments de l'examen clinique, en particulier le développement du ventre maternel, c'est-à-dire de l'utérus sous-jacent. S'il était trop faible cela pouvait signifier une grossesse plus jeune que prévu ou une insuffisance de croissance. S'il était trop important, il pouvait s'agir d'une grossesse plus âgée ou de jumeaux ou d'un gros bébé.

Ceci était compliqué par le fait que les femmes de ces époques ne savaient, souvent, ni lire ni écrire. Elles n'avaient pas de calendrier à la maison. Elles ne pouvaient donc pas dire avec précision l'âge de leur grossesse. Les praticiens, médecins ou sages-femmes, qui exercent actuellement dans les pays en développement sont confrontés à cette difficulté de l'imprécision du terme.

La perception par la mère des mouvements actifs signifiait qu'il devait aller bien. S'il ne bougeait plus, c'était une source d'inquiétude. Peut-être les mouvements existaient-ils mais n'étaient pas perçus alors que l'enfant allait très bien ou peut-être l'enfant ne bougeait-il plus parce que la grossesse était

arrêtée.

Le constat du bien ou mal aller ne pouvait véritablement se faire qu'après la naissance, après un accouchement, parfois laborieux, voire très vulnérant ou mortel pour la mère, pour l'enfant ou pour les deux.

## **Voir l'enfant dans le ventre de sa mère**

L'échographie est un examen merveilleux, qui dans la joie et la bonne humeur, permet de voir l'enfant dans le ventre de sa mère, bien avant la naissance.

Précédant l'inscription à l'état civil, précédant la présentation à l'entourage, précédant un éventuel baptême, elle permet les premières incursions de ce nouvel être, en temps que personne, dans la société.

Pendant les millénaires et les siècles qui ont précédé les années 1970, cet examen n'existait pas. Le fœtus, sauf à utiliser des procédés très compliqués et imparfaits, ne pouvait guère être examiné.

La technique d'examen par analyse de la réflexion d'échos émis par un cristal stimulé électriquement (effet piézo-électrique) a été étudiée au cours de la première guerre mondiale, dans le but de détecter dans l'immensité des océans, les sous-marins ennemis. Par la suite pour apprécier la profondeur des mers et la présence d'icebergs. Puis localiser les bancs de poissons.

Le fœtus n'est-il pas une sorte de sous-marin ? Ou de poisson ?

Vers 1950, un médecin et un ingénieur britannique ont étudié les possibilités d'utiliser cette technique pour l'exploration médicale.

Vers 1970, lorsque j'ai commencé à étudier la spécialité, l'échographie n'en était qu'à ses premiers balbutiements : auscultation des bruits du cœur par ultrasons (ce qui se fait aussi très aisément avec un bon vieux stéthoscope ordinaire) et échographie dite unidimensionnelle. Cette dernière ne permettait pas de voir le fœtus mais pouvait préciser le diamètre de sa tête et, dans une certaine mesure de localiser le placenta. Ceci pouvait être important en cas d'hémorragie.

En revanche, aucune étude morphologique n'était possible. Beaucoup de malformations, de maladies, ainsi que le sexe fœtal, ne pouvaient pas être diagnostiqués avant la naissance. En plus, il y avait fort peu d'appareils. Dans mon souvenir, pour toute la région parisienne il n'y en avait qu'un.

À partir des années 1975 on a assisté à un développement rapide de l'échographie comme outil de diagnostic. La mise au point de la technique à deux

dimensions a permis de visualiser des images de l'embryon puis du fœtus par coupes successives.

Dans les années 1985 - 1990, l'échographie Doppler a permis d'étudier les flux sanguins fœtaux et placentaires et d'analyser le fonctionnement cardiaque.

Vers 1995 l'échographie en trois dimensions a permis de visualiser le fœtus en volume. Ceci donne des images très réalistes. En revanche, au niveau de l'analyse anatomique, sauf cas particuliers où elle est très utile, l'étude en deux dimensions est plus précise.

L'échographie apporte tellement dans la surveillance de la grossesse, qu'elle est devenue systématique à 12, 24, et 32 semaines.

Par l'analyse de la longueur entre la tête et les fesses de l'embryon puis, chez le fœtus, du diamètre de la tête, de la circonférence de l'abdomen, et de la longueur de certains segments osseux elle permet de vérifier l'âge de la grossesse et la croissance du fœtus.

Elle permet de dépister précocement les grossesses gémellaires, d'étudier, s'il en est besoin, la position fœtale. Elle permet aussi la localisation du placenta (très importante en cas d'hémorragie) et l'analyse de sa structure.

Elle permet également une analyse approfondie de la morphologique du fœtus et une recherche assez précise d'éventuelles malformations.

Grâce à l'échographie, de nombreux diagnostics anténataux sont possibles afin d'organiser la naissance et la prise en charge du nouveau-né, ce qui a complètement transformé la surveillance de la grossesse.

Nous n'évoquons ici que l'échographie prénatale. Il faut savoir qu'aujourd'hui l'échographie est également très utilisée en gynécologie (échographie par voie abdominale ou par voie vaginale ou rectale). Il est également possible de l'utiliser pour la surveillance des seins, en complément de la mammographie. Nous ne développerons pas ses utilités pour l'étude de très nombreux organes en dehors du champ de nos spécialités.

C'est donc un examen complémentaire médical comme les autres - ni plus ni moins - qui vise à rechercher des problèmes médicaux.

Mais, le fait de pouvoir visualiser le fœtus dans le ventre de la mère, de pouvoir précocement préciser son sexe, a un caractère fascinant.

Bien souvent les familles y introduisent - ou tentent d'y introduire - beaucoup des éléments qui entourent les cérémonies sociales et religieuses de nos sociétés : présence de la famille, séance des photos, enregistrements vidéos, etc.

Dans ce contexte de joie, d'animation et de questions - souvent futiles en apparence : - « est-ce un garçon ou une fille ? », « est-ce qu'il suce son pouce ? » - le climat serein nécessaire à une bonne pratique de l'examen est parfois difficile à instaurer et à faire respecter.

Presque toujours ces futurs bébés sont de beaux bébés, des bébés roses, filles ou garçons, avec ce qu'il faut, où il faut, mais ce n'est pas toujours le cas. Si ce l'était, l'échographie anténatale n'aurait pas de raison d'être.

Parfois, malheureusement, l'échographiste croit percevoir une anomalie : « En est ce bien une ? », « est-elle certaine ? », « de quelle nature est-elle ? », « comment l'annoncer ? ».

Il ne dit plus rien. Il passe et repasse sur la zone qui le préoccupe.

La famille s'inquiète de ce silence soudain devenu grave.

« Vous voyez quelque chose d'anormal ? », et il faut bien se décider à dire, avec toutes les nuances verbales possibles, ce que l'on voit, ce que l'on devrait voir et que l'on ne voit pas ou, plus difficile, ce que l'on croit voir, sans en être certain.

Rarement, c'est encore bien pire : l'échographiste n'a rien vu d'anormal, et tout le monde se retire satisfait.

Le petit enfant continue à mûrir, dans le ventre maternel, gardant le secret de l'anomalie - parfois grave (les plus graves ne sont pas toujours les plus visibles) - méconnue.

L'échographie n'est ni un rite ni un divertissement. C'est un examen médical qui a permis à la surveillance et à la prise en charge des grossesses de beaucoup progresser. Il serait difficile d'imaginer revenir à la situation de 1970, une obstétrique sans échographie.

En revanche on peut être troublé par l'apparition de studios d'échographie à but non médical. On y fait pour les familles des photographies et des vidéos du bébé in utéro, sans recherche diagnostique. Il paraît que cela coûte assez cher.

## ***Madame Sibiril***

*Madame Sibiril, qui devait avoir à peu près quarante-six ans, vint en consultation.*

*C'était, cette fois encore, il y a fort longtemps, avant le temps de l'échographie.*

*Elle pensait avoir un fibrome. L'examen n'était pas très facile en raison d'un certain degré de surpoids et d'une paroi abdominale épaisse.*

*Je l'examinai et eus le sentiment que, comme elle le pensait, elle avait un volumineux fibrome.*

*Quarante huit ans. L'idée d'une éventuelle grossesse ne m'effleura pas l'esprit. Oui, je sais, cela paraît énorme !*

*Je soumis son cas à mon collègue chirurgien qui conforta mon opinion et nous décidâmes de l'opérer.*

*À l'ouverture de l'abdomen, il fut aisé de constater que Madame Sibiril était enceinte\*.*

*Cette constatation faite, nous refermâmes la paroi abdominale "sur la pointe des pieds".*

*Quelques mois plus tard la patiente accoucha d'un beau bébé.*

*Elle devait être consciente qu'en l'occurrence j'avais commis une grave erreur, mais ne me fit aucun reproche.*

*Elle aurait pu...*

## **Madame Traoré**

*J'étais encore bien jeune dans le métier et faisais fonction d'interne. Nous avions en charge la surveillance d'une patiente fort sympathique originaire du Mali, Madame Traoré.*

*Le développement de son utérus laissait penser qu'elle était au voisinage du terme de la grossesse. Avec son charmant accent africain, elle affirmait être enceinte de sept mois. La hauteur utérine était très supérieure à la moyenne pour une grossesse de ce terme, et même pour une grossesse à terme.*

*La patiente avait peut-être une paroi abdominale épaisse ? Je ne m'en souviens plus. Comme je ne me souviens plus des éléments précis concernant ce cas. J'y ai souvent pensé, par la suite, au long de ma vie professionnelle mais n'avais, à l'époque, rien noté.*

*Madame Traoré était-elle enceinte de sept mois, avec un très gros bébé ou de neuf mois ? À cette époque l'échographie n'était pas un examen réalisable en médecine courante. La patiente était affirmative sur la date de son terme.*

\* Cette confusion ne dut pas être exceptionnelle dans l'histoire de la médecine. En l'évoquant on parle vulgairement de "fibrome à pattes".

*Le bébé grandissait dans le secret de la cavité utérine.*

*Je ne sais plus pourquoi, le médecin de la patiente, persuadée qu'elle était à terme, décida de lui faire une césarienne. Je me souviens bien de l'intervention.*

*Lors de l'extraction de l'enfant nous le trouvâmes fort petit. Ceci ne correspondait pas du tout à la hauteur de l'utérus. L'opérateur me demanda de faire la délivrance. Mettant ma main dans le fond de l'utérus, je constatai que s'y trouvait un deuxième bébé, bien petit lui aussi.*

*Les deux enfants furent pris en charge par le service de pédiatrie et eurent une évolution favorable.*

*La patiente nous fit remarquer qu'elle avait bien dit qu'elle n'était pas à terme. Elle n'intenta pas d'actions judiciaires. À l'époque ça se faisait peu.*

*Aujourd'hui, grâce à l'échographie, cette histoire de se reproduirait pas.*

*L'erreur paraît grossière et on peut avoir le sentiment que c'était de la "médecine de nuls". Je suis bien d'accord sur ce point.*

*Pourtant, le praticien en cause était reconnu compétent et nous avons beaucoup réfléchi au cas de cette patiente.*

*Si le diagnostic de jumeaux avait été évoqué, il aurait été possible de faire une radiographie du contenu utérin - ça pouvait se faire - pour le vérifier.*

*Rétrospectivement ceci paraît énorme, et pourtant...*

## ***L'échographie de la secrétaire***

*A une époque où l'échographie n'était ni aussi répandue ni aussi perfectionnée qu'aujourd'hui, beaucoup de médecins, gynécologues, obstétriciens et radiologues s'initiaient à cette pratique. Notre service avait été désigné comme terrain de stages l praticiens en formation.*

*Une jeune collègue cardiologue qui participait à l'une de ces sessions vint un jour accompagnée de sa secrétaire. Elle m'expliqua que celle-ci était enceinte de douze semaines environ et qu'elle souhaitait lui faire, avec ma collaboration, une échographie. Elle n'a pas ajouté, mais c'était implicite : juste pour voir... Une échographie affective ou ludique.*

*Sans doute aurais-je dû refuser que l'examen soit réalisé dans ces conditions. Il aurait fallu - au risque de les décevoir toutes les deux - que je propose à la secrétaire de prendre un véritable rendez-vous en vue d'un examen réalisé dans les conditions habituelles. En fait, par souci de leur complaire, j'acceptai qu'elle lui fasse cet examen. J'ai eu tort*

*Elle le fit aussi bien que ses connaissances du moment le lui permettaient. Elle mesura les paramètres habituels. Elle n'avait rien vu de particulier.*

*Lorsqu'elle eut terminé son examen elle me céda sa place pour que je le poursuive et le contrôle. Pour ce qui me concerne, j'avais l'impression, et la suite de l'examen le confirma, que cette jeune femme était porteuse d'un enfant malformé. Un anencéphale, il n'avait pas de voûte crânienne et son cerveau, non protégé, ne pouvait se développer normalement.*

*Ce fœtus n'était en aucun cas viable. La patiente devrait donc subir une interruption médicale de grossesse ou, si elle ne le souhaitait pas, accoucher d'un enfant qui ne vivrait que quelques instants.*

*Tous les trois, la patiente, la stagiaire et moi-même étions confrontés à un grave quiproquo.*

*Une échographie - que l'on pourrait qualifier d'examen de curiosité, une échographie ludique- la faisait basculer en un instant, sans aucune préparation préalable, d'un contexte d'insouciance à une situation dramatique.*

*Comment gérer ce changement d'état ?*

*Comment informer la patiente du grave problème auquel elle allait être confrontée ?*

*Comment passer d'un contexte amical et ludique à un autre, médical, et dramatique ?*

*C'est impossible ! Il faut absolument éviter ces situations.*

## **Et surveiller son état**

D'autres modes de surveillance permirent, peu à peu, de mieux suivre l'état du fœtus dans le ventre de sa mère.

La possibilité d'entendre les bruits du cœur du fœtus par écoute à l'oreille, peau à peau, doit être connue depuis fort longtemps. L'auscultation par l'intermédiaire d'un stéthoscope fut découverte au début du XIXe siècle (René Laennec).

Les progrès les plus importants débutèrent à partir des années 1960.

En 1967 fut découvert l'examen "cardiotocographique" ou "monitoring"\*,

\* Kardia : cœur ; tokos : accouchement ; graphein : inscrire. . Appareil permettant l'enregistrement continu et simultané du rythme cardiaque fœtal et des contractions utérines au cours de l'accouchement. Il vise à dépister précocement les signes de souffrance fœtale. Monitoring est le mot familier habituellement utilisé pour désigner cet appareil : c'est une forme anglicisée de Monitorrage : "surveillance par un procédé électronique de l'état d'un patient", ici, le fœtus.



enregistrement simultané des contractions utérines, du rythme cardiaque fœtal et des mouvements actifs du fœtus. Pour le rythme cardiaque fœtal sont mesurés sa fréquence moyenne, les accélérations et ralentissements ainsi que la corrélation des variations du rythme avec les contractions utérines et les mouvements du fœtus. C'est un examen en continu.

En ce qui concerne les contractions, les éléments de l'analyse sont - sous la forme d'un graphique - le tonus de base, leur fréquence, leur intensité et leur durée.

Avec de l'expérience, il est généralement assez facile d'analyser ces enregistrements.

Ces examens sont réalisés, si c'est nécessaire, pendant le troisième trimestre de la grossesse. Ils permettent d'apprécier l'état de l'enfant dans l'utérus maternel. C'est très important dans certains cas de grossesses pathologiques : hypertension artérielle maternelle, diabète, et de nombreuses autres maladies.

Ils sont pratiqués également dans les cas de termes présumés dépassés. En effet, il n'est pas toujours facile de connaître le terme réel de la grossesse et l'on sait que les termes réellement dépassés peuvent être dommageables à l'enfant. Un rythme cardiaque normal est un élément rassurant qui peut permettre d'attendre, tout en restant très vigilant.

Ce monitoring est particulièrement important pendant le travail. Toutes les femmes qui ont accouché connaissent bien le bruit de l'appareil et ont vu le ruban de papier qui se déroule.

Au delà de cette image rituelle, il permet de surveiller le bien-être fœtal pendant le travail.

Il faut cependant savoir que, comme souvent en médecine, il a des limites. Des enfants qui vont très bien peuvent avoir des altérations de tracé et ceux qui vont mal un tracé parfaitement normal. Dans les cas où celui-ci s'altère, une décision d'extraction rapide peut-être prise, soit par déclenchement du travail, soit par césarienne, soit par extraction instrumentale.

Il peut-être utile, pour la prise de décision, de faire appel à d'autres mesures : le pH, les lactates et les gaz du sang du fœtus\*. Ces techniques d'analyse ne sont utilisables qu'au cours du travail, après rupture de la poche des eaux. Ce sont de bons indicateurs du bien-être de l'enfant. Les prélèvements

\* Techniques mises au point vers 1961

se font au niveau du cuir chevelu du bébé. Bien que ce soient les meilleurs paramètres pour apprécier l'état fœtal, ces examens sont assez compliqués en ce qui concerne la technique de prélèvement et de ce fait n'ont pas connu, à ce jour la diffusion qu'ils pourraient mériter.

## **Techniques de surveillance peu à peu abandonnées**

D'autres techniques de surveillance ont été beaucoup utilisées puis, peu à peu abandonnées...

Vers les années 1970 - 1980 des milliers et des milliers d'échantillons de pipi de femmes enceintes ont transité à travers la France, pour être acheminés vers des laboratoires spécialisés pour les dosages hormonaux. Il s'agissait dans ces cas de l'œstriol. Son taux était un bon reflet du fonctionnement placentaire en fin de grossesse, et en particulier dans les cas de dépassements de terme. Les jeunes mères recueillaient scrupuleusement leurs urines sur 24 heures et des échantillons de celles-ci partaient vers ces laboratoires lointains. Par la suite, l'intérêt de cette analyse a été remis en cause et les voyages du pipi ont peu à peu cessé. La médecine va et vient. La sécu assume.

Autre examen, l'amnioscopie. Le liquide amniotique dans lequel baigne le fœtus est habituellement clair. Si, en fin de grossesse on regarde la poche des eaux à travers le col, (cela s'appelle pratiquer une "amnioscopie\*" et l'appareil nécessaire pour le faire un amnioscope), on la voit normalement bleu-pâle.

En cas de difficulté, en particulier un manque d'oxygène, le fœtus peut expulser du méconium<sup>†</sup> et le liquide amniotique se teinte, devient jaune, ou marron. Cela se voit bien à l'amnioscopie.

Après des années de pratique, à partir des années 2005 - 2010 cet examen a été délaissé par beaucoup d'équipes. La corrélation entre la couleur du liquide et l'état de l'enfant n'était pas décisive.

Bien qu'encore parfois pratiquée, l'amnioscopie a été abandonné par la majorité des équipes au profit d'autres examens, en particulier l'analyse cardiocardiographique précédemment évoquée, beaucoup plus pertinente. Et pourtant, combien de centaines de milliers, de millions d'amnioscopies ont été pratiquées dans nos maternités. Rien n'est éternel en ce monde.

\* Comme on peut mirer les urines, on peut mirer le liquide amniotique à travers les membranes.

† Equivalent de selles, expulsé par le fœtus avant la naissance. A la différence des selles du nouveau-né, le méconium fœtal est stérile.

## Apprécier l'état du nouveau-né

Apprécier l'état du nouveau-né, autrefois, c'était facile : on regardait le bébé, on le manipulait un peu, on voyait s'il respirait et puis, on attendait de voir comment il évoluait.

Maintenant tout a changé. Dès la naissance, en fonction de son aspect et de son comportement ; en fonction de la mesure des gaz du sang par un prélèvement dans une des deux artères du cordon ombilical, il est noté.

Ses notes sont définitivement inscrites dans son "cahier de naissance", le dossier d'accouchement.

Cet état est quantifié en fonction de divers paramètres.

Paramètres cliniques : le score d'Apgar\*. Il consiste à apprécier de manière quantitative l'état du nouveau-né sur 5 critères : la coloration, le pouls, les réactions aux stimulations, le tonus musculaire, la respiration. Ces critères sont notés de 0 à 2. Un APGAR parfaitement normal est coté 10. Un chiffre en dessous de 7 est le témoin d'une détresse.

Le deuxième élément qui permet de quantifier par une note l'état du nouveau-né est l'étude du sang du cordon dans lequel on dose le pH, le taux d'acide lactique et la pression partielle du gaz carbonique.

Ceci est important car des infirmités motrices cérébrales sont présentes chez 1 à 2 % des nouveau-nés à terme.

Dans 10 à 20 % des cas, ces troubles sont liés à une asphyxie pendant le travail.

Dans ces cas, la mise en évidence d'anomalies des gaz du sang permet, a posteriori, d'imputer cette infirmité motrice cérébrale à une asphyxie au cours du travail.

Dans 80 à 90 % des cas, les lésions sont apparues pendant la grossesse et préexistaient au travail. Dans ces cas, où l'épisode de détresse est ancien, les gaz du sang sont tout à fait normaux.

Ce mode d'analyse permet de montrer que, dans ces situations, l'état fœtal était déjà altéré avant l'admission et que les séquelles neurologiques n'étaient pas liées à l'accouchement. Actuellement, cette pratique est systématique. Le résultat a une valeur médico-légale très importante et ces examens sont nécessaires, en notre époque où les recours judiciaires sont si fréquents.

\* Etabli par une anesthésiste américaine, Virginia Apgar, vers 1952

## ***Destins***

*Dans un service de maternité chaque chambre est un monde clos, territoire d'une jeune mère qui comporte, un berceau pour le bébé, quelques éléments de mobilier, un téléphone, des prises électriques et des arrivées de fluides médicaux, souvent un cabinet de toilette avec douche.*

*Les séjours après accouchement durent habituellement peu. Entre deux et cinq jours le plus souvent, souvent moins, parfois plus.*

*Chaque nouvelle patiente crée dans la chambre qu'elle occupe une unité de vie qui lui est propre. Certaines s'installent fort peu, d'autres recréent un cadre personnalisé.*

*Aujourd'hui, cette jeune accouchée est ingénieur à France-Telecom. Son mari a la même fonction chez Alcatel. Le bébé, dans son berceau, est un petit nouveau-né comme les autres. Peut-être deviendra-t-il ingénieur plus tard ? Peut-être pas ? Le plus important serait qu'il soit heureux.*

*Dans cette autre chambre, cette jeune patiente a beaucoup de problèmes économiques et sociaux. Elle n'a pas de travail, pas de conjoint, pas vraiment de domicile. Elle est – terrible expression - « un cas social ».*

*Les puéricultrices ont le sentiment qu'elle a des difficultés pour s'occuper de son bébé. Peut-être est-elle un peu dépressive ? Ou immature ? Comment s'autoriser à utiliser ces mots, compte tenu des difficultés qu'elle doit surmonter dans son existence.*

*L'assistante sociale passera la voir cet après-midi pour essayer de résoudre avec elle quelques uns de ses innombrables problèmes.*

*Sans doute demandera-t-on aussi l'avis de la psychologue qui pourrait l'aider à gérer sa situation.*

*Le bébé, dans son berceau, est un petit nouveau-né comme les autres. Sans doute aura-t-il la vie plus difficile que d'autres.*

*Peut-être deviendra-t-il ingénieur plus tard ?*

*Ou aura-t-il un autre destin ?*

*Le plus important serait qu'il soit heureux, lui aussi.*

# Dangerosités

## Risques maternels

Dans nos pays, aujourd'hui, la grossesse et l'accouchement ne posent - la plupart du temps - que peu de problèmes. Une mère a un faible risque de mourir du fait de ses maternités.

La mortalité maternelle se situe aux environs de 1 décès pour 10 000 grossesses. Chaque femme pouvant avoir plusieurs enfants, cette probabilité varie en fonction du nombre des grossesses. On peut estimer que 1 femme sur 4000 décèdera du fait de ses maternités.

Soulignons que l'âge intervient beaucoup dans le risque de mort maternelle : l'âge où la mortalité est la plus faible se situe entre 20 et 24 ans. Entre 35 et 39 ans elle est 3 fois plus élevée et, entre 40 et 45 ans, 8 fois plus.

Dans les temps plus anciens, la situation était bien différente.

Les chiffres exacts ne sont pas connus. Ils variaient considérablement selon les années et les saisons, en fonction des apparitions d'épidémies.

Lors d'une grossesse, le risque de mort maternelle se situait, selon les pays et les statistiques, entre 1 et 10 pour 100 grossesses, ceci incluant les morts au cours de la grossesse et les morts au cours de l'accouchement ou dans les jours suivants. Parfois ce taux pouvait être beaucoup plus élevé.

Entre les années 1940 et les années 1970, la mortalité maternelle est passée de 8 p 10 000 à 1,5 pour 10 000. Elle a été divisée par 5.

De plus, la mortalité liée à la gravidité, hier comme aujourd'hui, ne se limite pas aux grossesses normales et accouchements ; il y a aussi les grossesses anormales : grossesses extra-utérines, fausses couches. Il y a les maladies que peuvent présenter les femmes enceintes : hypertension artérielle, diabète, tuberculose, etc. Beaucoup de ces accidents, de ces maladies, sont aujourd'hui bien souvent curables, mais ce n'était alors pas le cas.

Par ailleurs, les femmes avaient au cours de leur vie des grossesses beaucoup plus nombreuses qu'aujourd'hui - entre six et dix - ce qui multipliait le risque d'autant : au XVIIIe une femme sur cinq mourait, dit-on, du fait des grossesses, des accouchements et de leurs complications.

Aujourd'hui dans les pays pauvres, dans des situations comparables - à l'état de nature presque absolu - les chiffres sont assez proches de ceux de notre

XVIIe siècle.

Dans le monde, de nos jours, 600 000 femmes décèdent chaque année du fait d'une grossesse. 98 % de ces décès concernent des femmes résidant dans des pays en voie de développement.

À côté des morts maternelles, il faut prendre en compte aussi les très nombreuses femmes qui survivent à leurs accouchements avec des handicaps invalidants qui les excluent de la société : descentes d'organes, fuites d'urines, pertes des matières et autres, liés à des délabrements importants du périnée.

Ces invalidités sont gênantes pour la famille et les proches et celles qui en sont porteuses peuvent devoir s'éloigner du groupe dont, dans le meilleur des cas, elles ne sont plus qu'un satellite.

Actuellement les causes les plus fréquentes de mort maternelles sont les hémorragies de la délivrance (18%), les embolies\*, les complications de l'hypertension artérielle et les infections. Sur le plan statistique, la France se situe dans un bon rang mais il est dit que la moitié des morts maternelles seraient évitables.

## Risques pour les enfants

Aujourd'hui, dans les pays dits développés, les statistiques de mortalité des enfants sont bien meilleures qu'autrefois. Un enfant qui est dans le ventre de sa mère, au troisième trimestre de la grossesse, a une forte probabilité de naître vivant et, par la suite, de bien se développer et grandir. La mortalité des fœtus et enfants entre six mois de grossesse et sept jours de vie (mortalité périnatale) se situe aux alentours de 7 morts pour 1000 naissances.

Autrefois, il en allait bien différemment (Les premières statistiques remontent au XVII / XVIIIe siècle). Un enfant sur vingt environ décédait dès le premier jour. Un sur sept au cours de la première semaine. La mortalité concernant les enfants entre la naissance et un an était de l'ordre de 15 à 25 p 100 (elle était beaucoup plus importante pour les enfants abandonnés ou placés en nourrice). Sur l'ensemble des enfants qui naissaient vivants, moins de la moitié l'étaient encore à l'âge de vingt ans.

Dans les pays en voie de développement, la situation est, aujourd'hui, assez comparable.

\* Oblitération brusque d'un vaisseau sanguin, en particulier pulmonaire, par un caillot entraîné par la circulation.

## Enfants malades, enfants malformés, enfants morts

Pourquoi un enfant, à la naissance, est-il malade, malformé, mort, ou naît-il vivant mais meurt-il quelque temps après ? Pourquoi certaines familles doivent-elles subir ces déviations d'un processus habituellement jugé naturel et harmonieux ?

Les causes sont diverses, innombrables. Certaines sont très fréquentes, d'autres tout à fait exceptionnelles. Mais les cas exceptionnels sont si nombreux que tous réunis, ils deviennent fréquents.

Ces troubles de santé du nouveau-né sont de types divers : prématurité, insuffisance de croissance intra-utérine, maladies infectieuses, malformations, dysfonctionnements cardiaques, rénaux ou autres...

Le trouble, la maladie, peuvent survenir pendant le premier trimestre de la grossesse, plus tard au cours de celle-ci, ou au cours du travail.

Les causes peuvent en être une maladie de la mère : hypertension artérielle, diabète, troubles du fonctionnement du foie maternel, des pathologies très fréquentes chez la femme enceinte.

Il peut s'agir d'accident placentaire : décollement prématuré du placenta ou hémorragies placentaires.

Il peut s'agir d'anomalies génétiques apparues de novo ou à transmission familiale. Parmi celles-ci certaines sont chromosomiques ; la plus connue est la trisomie 21 dans laquelle chaque cellule de l'enfant, au lieu de deux chromosomes 21, comme il est normal, en compte trois. Ceci est lié à une anomalie de la répartition des chromosomes lors de la constitution des gamètes.

Il peut s'agir d'anomalies géniques : anomalies de la répartition des gènes.

Elles peuvent être liées à la mutation aléatoire d'un gène lors de la gamétogénèse ou de la constitution du zygote. Elles apparaissent alors de novo.

Elles peuvent avoir une transmission familiale. Dans ce cas, elles peuvent n'être présentes que chez un des deux parents, on les dit alors dominantes (ex : hémophilie). Elles peuvent n'apparaître que si elles sont présentes chez les deux parents. On dit alors qu'elles sont récessives (ex : mucoviscidose).

Ceci n'est qu'une approche très schématique des faits. Dans la réalité il y a de très nombreuses éventualités possibles.

Il peut s'agir d'infections maternelles : toxoplasmose, cytomégalo­virus (CMV), rubéole, syphilis, listériose, et beaucoup d'autres...

Il peut s'agir de causes nutritionnelles, génératrices de carence. La plus courante est le déficit en acide folique qui favorise les défauts de fermeture de la moelle épinière (spina bifida)

Il y a des causes toxiques : l'alcool, le tabac, les drogues. Les pesticides et beaucoup d'autres produits. Les médicaments : Thalidomide, Distilbène, Dépakine, Médiator, etc.

Les radiations ionisantes

Les traumatismes qui peuvent provoquer des lésions placentaires ou utérines, ou des hémorragies.

Il y a les anoxies\* et les traumatismes liés au travail et à l'accouchement.

Les présentations anormales entraînant des anomalies de l'accouchement et des expulsions trop longues, des procidences du cordon\*\*.

Les extractions instrumentales, qui peuvent générer des lésions, en particulier au niveau de la boîte crânienne et du cerveau.

Il faut souligner que, dans un grand nombre de cas, on ne peut définir les causes du mal subi par l'embryon, le fœtus ou le nouveau-né. Quelque chose n'a pas bien fonctionné, mais quoi ? Et pourquoi ?

## ***Laparoschisis***

*Lors d'une garde dans un hôpital de la région parisienne, j'avais été appelé pour un accouchement qui ne se déroulait pas normalement. On était, dans ce cas comme dans le précédent, à l'époque pré-échographique.*

*Je fis une césarienne et constatai que l'enfant, un garçon, présentait une grave malformation au niveau de l'abdomen. Sa paroi abdominale n'était pas complètement fermée et une partie de ses viscères abdominaux étaient extériorisés, anomalie qui porte le nom compliqué de laparoschisis\*.*

*L'enfant avait été transféré dans un service de chirurgie néonatale puis opéré mais, par la suite, il avait présenté des complications et n'avait pas vécu.*

\* Défaut de développement localisé de la paroi abdominale en un endroit distinct de l'ombilic et créant chez le fœtus une éviscération.



*Quelques années plus tard cette patiente revint me voir en consultation en Bretagne. De prime abord je ne la reconnus pas.*

*Elle savait qui j'étais et me rappela le contexte de son premier accouchement : « C'est vous qui m'aviez suivie lors de la naissance de mon petit Antoine qui avait cette grave malformation au niveau de l'abdomen et qui était décédé secondairement ». Oui, du petit Antoine et surtout de sa malformation, je me souvenais parfaitement et toute l'histoire me revint en mémoire.*

*Au cours de l'interrogatoire elle me précisa que, après la naissance de ce premier enfant, elle en avait eu deux autres qui n'avaient posé aucun problème.*

*Elle semblait s'être assez bien remise de ce premier deuil.*

### ***Un jumeau acardiaque***

*Dans la région parisienne, alors que j'étais de garde, une patiente avait accouché de jumeaux. C'était en un temps où l'échographie n'était pas utilisée en pratique habituelle et où le diagnostic anténatal n'était pas ce qu'il est aujourd'hui.*

*Ce diagnostic de gémellité n'avait pas été établi pendant la grossesse. Le premier enfant, né sans difficulté était un petit garçon, tout à fait bien constitué et vigoureux.*

*Le second, dont l'existence ne fut reconnue qu'après la naissance du premier, était en revanche très petit et très mal formé : il n'avait pas de tête, son corps n'était qu'une boule de chair avec une ébauche de membres inférieurs accolés et, au pôle opposé quelques cheveux. Il s'agissait de ce que l'on appelle un « acardiaque ». Ces enfants n'ont pas de cœur et pas de tête. Leur vascularisation est assurée par leur jumeau qui les transfuse. Cette anomalie est rare (1 pour 35 000 grossesses). Ce bébé, si mal formé, sans tête ni cœur, ne vécut évidemment pas.*

*Psychologiquement et affectivement, ce type de situation est complexe et douloureux pour les parents. Il y a la joie de la naissance d'un enfant qui va bien et le chagrin de la non-viabilité et de la mort du second.*

*L'ambiguïté est d'autant plus grande dans ce cas que, à l'époque - du fait de l'absence d'échographie et du contexte - l'existence de ce second fœtus n'avait pas été reconnue.*

*De ce fait, dans l'esprit de la mère et du père, dans le même instant il prit existence et mourut.*

*La patiente eut des suites de couches simples. Son moral et celui de son*

*mari semblaient tout à fait satisfaisants. Au septième jour - les séjours en maternité étant plus longs à l'époque qu'aujourd'hui - la patiente rentra chez elle avec son fils.*

*Par la suite, je ne l'avais plus revue.*

*Quelques années plus tard, ayant quitté la région parisienne et exerçant en Bretagne, une patiente vint me voir pour une consultation systématique de gynécologie, une patiente que je pensais ne pas connaître.*

*Elle était accompagnée par un petit garçon d'une dizaine d'années. En prenant son rendez-vous elle avait probablement eu connaissance de mon nom par la secrétaire. Dans sa tête elle avait fait le rapprochement entre le médecin qui l'avait accouchée dix ans plus tôt et celui qu'elle allait voir en consultation.*

*En ce qui me concernait je n'avais pas fait le même rapprochement.*

- *« Vous ne me reconnaissez pas ? Et vous ne reconnaissez pas mon fils ? » Non, je ne les reconnaissais pas du tout.*
- *« C'est vous qui m'avez accouchée à B. en 1973. Vous ne vous en souvenez pas ? C'étaient des jumeaux, et le deuxième n'avait pas de cœur... ».*

*Oui, maintenant, je me souvenais très bien.*

## **Injustices génétiques**

Tous nous sommes porteurs d'anomalies génétiques qui à ce jour, dans les trois ou quatre générations de notre lignage que nous connaissons, ne se sont pas manifestées.

Elles n'en sont pas moins présentes dans notre patrimoine génétique et pourraient apparaître - un jour ou l'autre - pour peu que nous rencontrions le conjoint qui serait porteur du même gène anormal.

Par ailleurs, en dehors de la génétique, les causes d'anomalies ou de maladies du nouveau-né sont infinies, souvent mystérieuses.

A priori, la question de savoir "de quel côté ça vient" paraît bien vaine.

Et pourtant...

### **"Notre famille..."**

*Lorsque que naît un enfant, on attend bien légitimement de lui qu'il soit "comme il faut".*

*Malheureusement, il arrive parfois qu'il ne le soit pas, qu'il soit porteur d'une malformation ou d'une maladie génétique ou d'une autre maladie grave.*

*La situation est très douloureuse pour les parents.*

*Dans ce contexte, la réaction des grands-parents d'un côté et de l'autre, est parfois surprenante.*

*Il n'est pas rare qu'ils demandent à nous rencontrer pour évoquer avec nous la difficulté à laquelle est confronté le couple de leurs enfants et eux-mêmes comme grands-parents.*

*Ils nous disent leur déception, leur souffrance.*

*Ils s'interrogent sur la cause de ce mal. Pourquoi ceci est-il arrivé, pourquoi est-ce arrivé dans notre famille ?*

*Souvent, aussi, ils jugent utile de préciser que cette anomalie ne vient pas de leur côté ; qu'il n'y a jamais eu de cas de ce type dans leur famille.*

*Disant cela ils font implicitement porter la responsabilité du désordre survenu sur l'autre lignage.*

*Il arrive parfois que nous rencontrions successivement, à leur demande, les grands-parents des deux côtés et que - cela nous étonne toujours - les deux nous disent la même chose : "C'est pas nous, c'est les autres".*

*Ces propos traduisent la culpabilité ressentie vis-à-vis de la naissance d'un enfant présentant une anomalie.*

*Ceci rejoint le concept de tare familiale : « une famille de tarés ».*

*"Ce type de problème, ça peut se voir chez les "cas sociaux", chez les "pauvres", chez les "pauvres", mais pas chez nous !"*

*Non seulement les jeunes parents sont malheureux mais en plus, ils seraient coupables. Pire, l'un des deux serait coupable de la souffrance de toute la famille, mais lequel ?*

*Et il est absolument vrai que, dans les contacts sociaux, ces parents malchanceux font souvent l'objet d'un certain mépris, de rejet. Ils sont considérés comme différents, certainement un peu coupables : leur famille n'est pas conforme. Elle n'est pas "clean". Elle est marquée par le destin.*

*En fait ils gênent. Il faudrait les sortir de la famille, du voisinage, du paysage. Les grands-parents montrent à travers leurs propos qu'ils partagent cette vision et cherchent à échapper à cette culpabilité.*

*Il est regrettable que nous ne soyons pas plus conscients de ce que le destin peut tous nous frapper de toutes sortes de malheurs.*

*Dans ces cas, tous nous avons besoin du soutien, de la compréhension et de l'amitié des autres. De leur empathie.*

*Et il vaudrait mieux éviter de se demander "de quel côté ça vient".*

## **Les malfaçons, les aléas**

Les aléas sont des événements dépendants d'un hasard, favorable ou non. Il est habituel qu'un train arrive à l'heure prévue, sans encombre. Parfois il peut avoir du retard ou être soumis à un autre aléa sans gravité.

Il arrive aussi parfois - c'est tragiquement plus grave - qu'un train déraile ou percute un autre train, ou un obstacle sur la voie. Ceci peut entraîner de nombreux morts et blessés parmi les passagers, le personnel ou les voisins de l'accident. Des enquêtes approfondies s'efforcent de déterminer les causes de cet accident. Fortuit ou erreur du constructeur, du conducteur, des gestionnaires du réseau ferré...

Dans la pratique médicale, qu'il s'agisse de la médecine de la chirurgie ou de l'obstétrique il en va de même.

En médecine et en chirurgie il y a souvent des dangers particulières liées à la maladie qui font qu'une issue imparfaite ou défavorable peut être relativement comprise, admise. Elle peut être liée, en grande partie, à la maladie initiale.

En obstétrique il n'en va pas de même. La grossesse est un phénomène naturel qui habituellement se déroule normalement. Qui - dans la culture moderne - doit se dérouler normalement.

C'est souvent le cas. Le bébé se présente dans une bonne position. Le placenta est bien placé. La grossesse dure à peu près neuf mois et se termine par un accouchement tout à fait normal suivi d'une délivrance spontanée avec des pertes de sang minimales. Les suites de couches sont simples. L'allaitement ne pose pas de problème et le nouveau-né se développe bien.

Malheureusement, à tous les stades, parfois, souvent, il n'en va pas ainsi.

Il ne serait pas possible d'énumérer toutes les complications qui peuvent survenir depuis la conception jusqu'à la fin des suites de couches, puis de la période néonatale. La variété en est infinie. Certaines sont fréquentes et bien connues, d'autres sont exceptionnelles et ignorées par beaucoup. Certaines sont imparables, inévitables. D'autres peuvent être prises en charge avec des

résultats parfaits, sans séquelles. D'autres enfin peuvent être corrigées partiellement, avec des résultats plus ou moins satisfaisants.

Dans la qualité de la prise en charge de ces cas interviennent le hasard et les capacités des équipes soignantes, et, parmi elles, celles des obstétriciens.

Ceux-ci peuvent être plus ou moins efficaces. Entre en jeu la valeur de leurs études. Certains auront eu un cursus universitaire beaucoup plus chevronné que d'autres.

Indépendamment des diplômes et titres universitaires, cela dépend aussi de leur âge et de leur expérience, de leur capacité d'analyse des situations et de leur bon sens.

Par ailleurs - comme les marins, les menuisiers, les musiciens, et tous les autres professionnels - à formation égale, diplôme égal, âge égal, expérience égale, certains peuvent être beaucoup plus performants que d'autres. Plus doués.

Cela dépend aussi de la chance : tel praticien ne résoudra pas le mardi un problème de la même manière qu'il l'aurait fait le jeudi : la fatigue, la densité des actes à réaliser ce jour-là, le moral, la chance interviennent.

Parfois personne n'aurait pu mieux faire que ce qui a été fait.

Parfois le praticien peut être plus ou moins responsable d'un accident non résolu ou d'une complication. Il peut avoir fait un mauvais geste, un mauvais choix thérapeutique.

Dans certains cas un autre praticien aurait pu résoudre le problème.

Par ailleurs, la bonne pratique fait appel à des qualités techniques et à des qualités humaines. On peut avoir les unes sans avoir les autres. Un praticien peut être apprécié parce qu'il est empathique, bienveillant, alors que techniquement, ses moyens sont limités. Tel autre est techniquement très habile mais si froid, si laconique, si désagréable qu'il n'est guère apprécié des patients. Certains, malgré cela, parviennent à se faire une réputation. "C'est un bon médecin, mais alors, il faut se le faire... Froid, distant, il n'explique rien..., mais il paraît qu'il est très bon..."

Et chacun nous, en son âme et conscience, ne sait pas trop où il se situe. "Suis-je techniquement bon ?" "Suis-je assez empathique ?" "Suis-je un "bon médecin" ? Comment le savoir ?

Quoi qu'il en soit, il peut nous arriver d'être responsables - il nous arrive parfois d'être responsables - de malfaçons aux conséquences plus ou moins graves, pouvant aller jusqu'à la mort induite d'un enfant, d'une mère. C'est rare, très rare, mais au cours d'une carrière - avec des conséquences de gravité diverse - il est rare que de tels événements ne surviennent pas.

Parfois, le fatalisme des patients, leur indulgence, leur bonne volonté, leur sympathie, font que le responsable n'est pas inquiété.

À l'inverse d'autres patients n'admettent pas la survenue d'une complication, d'une issue défavorable. Ils sont absolument persuadés que le praticien a commis une erreur. Dans ces cas ils entament des procédures judiciaires.

Parfois elles sont fondées et aboutissent à une juste évaluation des responsabilités.

Parfois elles sont infondées car l'évolution défavorable était imparable. La responsabilité du médecin, de la sage-femme, de l'infirmière est dégagee.

Le risque médico-légal, le risque d'avoir à subir un procès, a une incidence sur nos pratiques. Nous redoutons les risques, nous ouvrons le parapluie, nous essayons d'éviter les situations à risque et de contourner les cas à difficultés potentielles. La conséquence la plus visible en est l'augmentation du taux de césarienne au cours des cinquante dernières années.

Beaucoup sont providentielles, d'autres, absolument inutiles.

Selon la philosophie professionnelle des équipes et le caractère des praticiens la marge de précaution est variable. Parfois elle devient déraisonnable. L'ouverture du parapluie est trop large.

Parler des accidents médicaux, ou obstétricaux en général ne pose guère de problème.

Il est plus difficile d'évoquer nos propres erreurs et leurs conséquences. Chacun de nous a, quelque part dans un endroit de sa tête, le souvenir d'un jour où il n'a pas su donner à son action toutes les chances de succès. D'un jour où il n'a pas su faire le meilleur choix. D'un jour où il s'est trompé. D'un jour où il a nui. D'un jour où un concours de circonstances a été malheureux.

Chacun de nous a le souvenir de préjudices qu'il n'a pas su éviter, qu'il a provoqués.

Il est difficile pour nous d'en parler, ce n'est pas l'usage ; nous aurions honte de dire une maladresse, un manquement, une faute.

Avec un peu de malchance, notre responsabilité légale aurait pu être mise en cause.

## **Le médico-légal Contre-chant Marie-Hélène Ferrier**

Il peut arriver, et c'est fréquent, qu'après une carrière « sans faute », l'erreur, l'enchaînement de circonstances, le défaut de jugement, aboutissent à l'accident : le décès de l'enfant lors de l'accouchement, la naissance d'un enfant fortement handicapé, ou pire, le décès maternel, devenu heureusement rarissime à notre époque.

C'est alors le passage par la case « justice », une épreuve à laquelle aucun de nous n'est préparé. Même si la littérature médicale recense et relate ces affaires, nul n'en sort indemne

Qu'on soit ou non croyant, chacun a une conscience, peut-être encore plus sévère et impitoyable que la justice « des hommes ». Vous voilà traduit devant des experts, des juges, avec l'impression d'être un criminel, et même s'il faut sauver les apparences et se défendre avec des arguments rationnels, vous avez au fond de vous un immense dégoût, une nausée, un sentiment d'indignité, d'imposture, d'incapacité qui ne vous quittera plus pendant des années et qui détruira certains.

Certes pour des parents, avoir un enfant handicapé est une épreuve « à perpétuité », oublier la mort d'un enfant à naître est impossible.

Le drame est, dans un autre registre, partagé et vécu dans ses tripes par le médecin.

## **Madame Ferreira**

*Dans la pratique chirurgicale, il était habituel d'étancher les saignements par aspiration et par des tamponnements à l'aide de compresses. Celles-ci ont la propriété d'être très absorbantes. De ce fait, si le saignement est assez abondant, elles sont rapidement saturées de sang. Dans ce cas elles peuvent devenir difficiles à voir.*

*Au niveau des blocs chirurgicaux, de nombreuses précautions sont prises pour prévenir le risque qu'il n'en soit laissé aucune dans la région opérée\*.*

*Elles sont rigoureusement comptées avant le début de toute intervention. Le nombre en est noté soigneusement. Après l'intervention elles sont toutes retirées, posées sur un champ opératoire et soigneusement séparées, dépliées et comptées de nouveau. Leur nombre est additionné à celui de celles qui n'ont*

\* Actuellement, dans ce contexte les compresses sont de moins en moins utilisées.

*pas été utilisées. Le chiffre retrouvé doit impérativement être le même que ce lui qui avait été initialement noté.*

*Malgré toutes ces précautions, il peut malheureusement arriver - il arrive parfois - qu'une compresse soit laissée à l'intérieur du corps d'une opérée après l'intervention. Cela peut entraîner des troubles sévères.*

*C'est grave, c'est impardonnable, ça ne devrait pas arriver.*

*Malgré cela, compte tenu du grand nombre des interventions chirurgicales qui sont réalisées chaque jour dans un pays comme la France, cela arrive.*

*J'ai été témoin de deux cas de ce type, dont celui que j'évoque ici.*

*Vers les années 1970, une sympathique patiente portugaise, Madame Ferreira, avait accouché par césarienne. L'intervention avait été faite par un de mes collègues, faisant alors fonction d'interne en spécialité comme moi. Peut-être l'avais-je aidé au cours de l'intervention ? Je ne m'en souviens plus. Si je l'avais aidé, nos responsabilités sont partagées.*

*Les suites opératoires au cours des premiers jours furent simples. Le bébé se portait parfaitement bien.*

*En revanche, quelques jours plus tard, la patiente présenta un problème de suppuration au niveau de sa cicatrice.*

*La pratique chirurgicale de ces années n'était pas celle d'aujourd'hui : moins de moyens techniques, que ce soit au niveau des instruments, des antiseptiques utilisés et de la qualité des fils ; moins de rigueur dans les procédures d'intervention et dans les protocoles de surveillance. De ce fait, les complications postopératoires, et, en particulier, les abcès de paroi étaient beaucoup plus fréquents qu'aujourd'hui.*

*Préoccupés par ce cas, nous l'avions soumis à notre chef de service. Celui-ci, pensant à une simple suppuration de paroi, recommanda un renforcement des soins locaux avec les produits antiseptiques utilisés à l'époque.*

*Malgré cela, la situation ne s'améliorait guère. La paroi, bien que la patiente gardât un excellent état général, suppurait toujours, et de plus en plus.*

*Au cours des soins, quelques jours plus tard, nous vîmes apparaître, en un point de la cicatrice désunie, le coin d'une compresse. La patiente comprit parfaitement ce qui se passait. La compresse fut extraite.*

*La jeune accouchée fut gardée quelques jours supplémentaires, le temps que sa paroi soit suffisamment cicatrisée pour qu'elle puisse rentrer chez elle.*

*Les choses évoluèrent favorablement dans un délai raisonnable (jugement de*



*médecin évidemment ; la patiente, pour sa part, a dû trouver le temps long...).*

*Elle savait très bien qui l'avait prise en charge pour le déroulement de son travail et qui lui avait fait la césarienne.*

*Tous les matins, lorsque nous passions pour la visite, elle regardait le collègue qui l'avait opérée dans les yeux et, d'un air enjoué, avec son fort accent portugais elle lui disait en souriant : « C'est vous qui l'avez faite, la connerie, docteur, c'est vous qui l'avez faite, la connerie... ».*

*Elle ne fit, par ailleurs, jamais aucun reproche à ce praticien ni à moi, nous traitant toujours avec cordialité et humour.*

*Sa paroi cicatrisa peu à peu correctement et elle put enfin sortir avec son enfant.*

*Par la suite elle ne porta pas plainte, ni auprès de l'administration hospitalière, ni auprès de la justice, ce que, fort légitimement, compte tenu du préjudice subi, elle eût pu faire.*



# Grossesses multiples

Les truies, lorsqu'elles sont enceintes, n'hésitent pas à porter une douzaine de porcelets ; les tatous habituellement quatre, tous du même sexe ; les chiens 2 à 3 mais parfois plus ; les juments n'ont très généralement qu'un poulain.

Chez les humains les mamans ne portent habituellement qu'un petit mais il arrive, dans environ 1,5% des cas, qu'elles en portent deux. Très rarement, il peut arriver qu'elles en portent plus que deux. Ces grossesses vont rarement jusqu'au terme.

Les jumeaux peuvent être de deux types. Le plus souvent ils sont hétérozygotes. Lors de l'ovulation la maman a libéré deux ovules. Ceux-ci ont été fécondés par deux spermatozoïdes, un pour chaque ovule. Il y a donc deux patrimoines génétiques distincts, comme entre des frères, des sœurs, ou des frère et sœur. Il ya deux placentas et deux poches des eaux distincts. Les sexes des deux enfants peuvent être les mêmes ou différents.

Cependant, ils ont été élevés dans le même utérus pendant neuf mois. Ils sont nés à quelques quarts d'heure d'intervalle. Il ont passé leur petite enfance ensemble avec, dans l'imaginaire de leurs parents, de leur entourage, et dans le leur, l'image de la gémellité. Ils peuvent se ressembler beaucoup ou fort peu. Ce ne sont que des jumeaux de grossesse, mais ce sont quand même des jumeaux.

Le taux de gémellité varie en fonction des époques (1 % en 1800 et 1900, 1,3 % en 1919, 0,9 % en 1972, 1,6% aujourd'hui.

Indépendamment des problèmes de fertilité, des âges tardifs et des traitements que cela peut induire, il varie naturellement en fonction de l'âge des mères (0,5 % à 20 ans, 3 fois plus à 37 ans).

Par ailleurs, la fertilité naturelle diminuant avec l'âge, les traitements par stimulation de l'ovulation sont plus fréquents chez les femmes de plus de 35 ans, et ils entraînent également une augmentation de la fréquence des ovulations multiples.

Aujourd'hui, pour des raisons diverses - études longues, priorité donnée à la carrière, recherche d'une vie autonome prolongée - l'âge auquel les femmes font leurs enfants recule. Ceci augmente la fréquence des recours aux traitements inducteurs de l'ovulation.

Ainsi, augmentation naturelle du taux de gémellaires liée à l'âge et augmentation des traitements inducteurs de l'ovulation, ces deux éléments se conjuguent pour faire augmenter le taux de jumeaux avec l'âge des mères.

Le cas des vrais jumeaux ou jumeaux homozygotes est très différent. Un œuf unique résultant de la fusion d'un seul ovule par un seul spermatozoïde s'est divisé très précocement. Il s'agit donc du même individu qui s'est dupliqué. Les deux enfants - cela n'a rien de péjoratif - sont des clones\*. Ils ont les mêmes gènes, la même hérédité. Le taux des grossesses homozygotes, beaucoup plus constant en fonction des époques, que celui des grossesses hétérozygotes, est aux environs de 1 p 250 naissances, et n'est pas influencé par les traitements.

Ces jumeaux outre qu'ils sont deux enfants issus du même œuf vivent ensuite, habituellement, la même petite enfance. Tout ceci fait qu'ils se ressemblent physiquement presque absolument et, que, psychologiquement ils sont très semblables.

Ces grossesses ne sont pas toujours simples. Il peut y avoir deux ou un placenta, une ou deux poches des eaux. Il peut y avoir transfusion d'un enfant au détriment de l'autre par communication des circulations sanguines dans les placentas. Il peut aussi arriver que ce processus de division de l'œuf ne soit que partiel. On arrive alors à la constitution - exceptionnelle<sup>†</sup> - de siamois.

L'utérus humain est théoriquement prévu pour porter un enfant. Ses capacités d'augmentation habituelles correspondent à ce contexte. En cas de gémellité des difficultés peuvent apparaître : menaces d'accouchement prématuré et accouchements prématurés, difficultés d'apport en oxygène et nutriments pour les enfants (retards de croissance).

Par ailleurs la surface placentaire est beaucoup plus étendue que la normale, il peut s'insérer partiellement au voisinage du col de l'utérus, ce qui peut entraîner des complications hémorragiques.

L'accouchement n'est pas toujours simple. Les deux fœtus n'ont pas la libre disposition de la cavité utérine. De ce fait leur positionnement l'un par rapport à l'autre ou par rapport à l'utérus et au bassin peuvent poser problème.

Il est fréquent que le premier se présente la tête en bas, mais il n'en est pas toujours ainsi. Le second peut aussi se présenter par la tête et parfois aussi par le siège. Parfois c'est plus inhabituel, ils ont des positions transversales.

Du fait de ces particularités, le recours à la césarienne est beaucoup plus fréquent que dans les grossesses uniques.

Dans les contextes, de sous médicalisation déjà évoqués (temps anciens, pays en voie de développement), où la pratique d'une césarienne est problématique,

\* Groupe d'individus, ou de cellules, de même constitution génétique issus d'un seul individu ou d'une seule cellule.

† Une grossesse sur 75 000 environ.

la personne responsable de l'accouchement peut être amenée à pratiquer des manœuvres parfois efficaces mais aussi dangereuses.

Lors de l'allaitement, nous verrons plus loin les difficultés qui se posent souvent. Dans le cas des jumeaux ceci est encore plus vrai. Parfois la mère peut nourrir ses deux enfants de son propre lait. Parfois elle doit avoir un recours partiel ou total à celui d'une nourrice ou, actuellement dans nos pays, à l'allaitement artificiel.

Elever conjointement deux nouveau-nés, deux bébés, deux enfants en bas âge est extrêmement "lourd". Si le milieu socio économique permet de faire appel à des aides extérieures, si la famille élargie est proche et présente, s'il y a un conjoint et qu'il s'implique dans la prise en charge, cela ne pose pas trop de problèmes. Dans le cas contraire, la jeune mère peut-être traumatisée par cette épreuve qui est parfois génératrice de dépression, de "burn out" comme on dit aujourd'hui, qui peuvent longtemps marquer la personnalité de la jeune mère.

Au cours de l'élevage de ces petits, certains par plaisir, par jeu, par souci de bien faire, "gémellisent"\* leurs enfants (mêmes vêtements, couleurs assorties, mêmes coiffures, etc.). Autrefois c'était la règle.

D'autres s'efforcent au contraire de les "dégémelliser"† pour qu'ils soient plus autonomes l'un par rapport à l'autre.

Cette deuxième attitude est la tendance actuelle. On pense aujourd'hui que c'est préférable. Qu'en sera-t-il demain ?

## ***Jumeaux trisomiques***

*Madame et Monsieur Davis, un couple de jeunes Anglais qui habitaient notre région.*

*Ils étaient aimables, sympathiques, beaux. Si bien qu'ils semblaient inaccessibles au malheur.*

*Mme Davis attendait des jumeaux.*

*C'était dans des temps déjà anciens où les performances de l'échographie ne permettaient pas de voir les petits signes qui permettent aujourd'hui de faire un diagnostic anténatal de trisomie 21 et la patiente n'avait aucun facteur de risque qui puisse justifier un diagnostic anténatal (amniocentèse pour analyse des chromosomes)*

\* Ce mot n'existe pas.

† Celui-ci n'existe pas non plus...

*Elle accoucha normalement de ses deux enfants. Malheureusement tous les deux semblaient trisomiques et les examens pratiqués le confirmèrent.*

*Ce fut terrible pour les jeunes parents. Ils ne pouvaient supporter l'idée de ces deux enfants qui présentaient le même lourd handicap\*.*

*Lorsque nous parlions de ce couple nous pensions, sans le dire : "ils sont trop beaux, trop "bien mis" trop jeunes, pour supporter une telle situation\*" : deux trisomiques pour une première naissance...*

*Les jours qui suivirent l'accouchement furent très difficiles.*

*Ils réfléchirent, en parlèrent entre eux, avec leurs familles, avec les intervenants du service.*

*Ils finirent par décider d'abandonner leurs enfants.*

*Il y a en effet des fondations qui peuvent les prendre en charge et il y a des familles, sans doute peu nombreuses, qui proposent de les adopter.*

*Le départ de ce jeune couple, sans les enfants, fut un moment très triste.*

\* Les vrais jumeaux sont issus d'un même zygote, d'un même œuf. Il s'agit en fait d'un embryon qui s'est divisé en deux précocement. Dans ce cas, il est logique que les deux enfants aient des chromosomes identiques. Et s'il y a une anomalie à leurs niveaux, elle est présente chez les deux enfants.\*\*\* Adopter volontairement un enfant handicapé, est-il moins difficile qu'élever un enfant personnel ayant le même handicap ?\*Nous disions cela mais ça n'a aucun sens !\*\*\* Il y a des familles qui, par charité, par sens du devoir, adoptent des enfants handicapés. Ils peuvent avoir par ailleurs des enfants à eux ou pas. Est-ce plus facile à assumer ? Il n'y a pas la culpabilité d'avoir conçu un enfant handicapé. Il y a le sentiment d'accomplir une action courageuse ? Peut-être que ça peut aider ?

# Dystocie, mot bizarre

## Nature et technique

La grossesse et l'accouchement ne sont pas des maladies. Comme la respiration, la circulation du sang et la digestion, ce sont des phénomènes naturels.

Dans ces conditions, en notre XXI<sup>e</sup> siècle occidental, on peut avoir le sentiment que ces événements sont soumis à un encadrement artificiel qui les apparente à une sorte de parcours du combattant inutilement médicalisé.

L'environnement sanitaire se serait, en quelque sorte, approprié un processus qui, livré à lui même fonctionnerait très bien.

Pendant la grossesse, les consultations, les échographies et les prises de sang surveillent le bon fonctionnement des mécanismes de la nature mais retirent à la maternité beaucoup de ses charmes.

Lors de l'accouchement, les perfusions, le monitoring et les autres moyens de surveillance facilitent le bon déroulement du processus mais donnent à la patiente le sentiment d'être dans un environnement chirurgical.

Ceci nuit au vécu de la venue au monde de l'enfant pour cette mère qui, bien légitimement, aspire à accoucher dans les conditions les plus naturelles possibles.

Effectivement, pour la majorité des femmes - la grossesse, dont le déroulement est strictement normal du début à la fin - est suivie par un accouchement parfaitement simple.

Tous les moyens techniques mis en œuvre - consultations, échographies, prises de sang, hospitalisation - ont été, constatons-nous rétrospectivement, absolument inutiles. Tous les résultats ont été strictement normaux.

Ces femmes auraient pu vivre leur grossesse sans contrôle et accoucher tranquillement à la maison, entourées de leurs parentes et voisines, avec quelques bassines d'eau chaude, quelques linges propres et un peu de fil pour lier le cordon ombilical.

Ne disposant pas d'analgésie péridurale, certaines auraient souffert, certes, - un peu, beaucoup - mais, comme disent souvent les patientes qui les ont subies ces souffrances-là sont en général - pas toujours - « vite oubliées ».

Pour résumer, tout se serait bien passé.

Cependant, en matière de grossesse et d'accouchement, la nature n'est pas toujours aussi bienveillante que l'on pourrait l'imaginer. Elle a le souci de la perpétuation de l'espèce, mais est beaucoup moins attentive aux cas individuels. Toutes les grossesses et tous les accouchements ne sont ni simples ni sans danger. En revanche, une surveillance adaptée et la mise en œuvre des moyens de correction nécessaires permettent parfois / souvent, d'éloigner le risque constaté.

De nos jours, l'absence de surveillance d'une grossesse et du déroulement d'un accouchement, nous replacerait "un peu" dans la situation de grand dénuement médical qui était la règle au cours des siècles passés, et qui l'est encore, aujourd'hui, dans les pays les plus démunis.

"Un peu" : en effet, aujourd'hui nous sommes bien nourris, nous connaissons bien les mesures d'hygiène fondamentales, nous avons l'eau courante, le savon, le chauffage central. Ce ne sont pas des progrès "médicaux" mais c'est beaucoup pour la sécurité de la naissance.

Ceux, parmi nous, qui ont exercé dans des pays où les infrastructures sanitaires et médicales sont extrêmement sommaires, en reviennent bouleversés. Aucun n'imaginait, avant de l'avoir vécu, qu'une telle situation était possible ; que la maternité pouvait faire autant de victimes devant lesquelles, faute des moyens les plus élémentaires, le médecin était impuissant.

Si l'on ignore ces réalités, comme c'est le cas pour un certain nombre de jeunes futures mères, les moyens techniques déployés semblent déplaisants et inutiles : ils sont générateurs d'inconfort et de stress. Ils dénaturent, en quelque sorte, la naissance : ils gâchent ce merveilleux moment de la venue au monde du petit d'homme et perturbent la communion familiale que crée cet événement. En plus, ils ont un coût pour la collectivité qui est loin d'être négligeable.

Ils sont cependant indispensables. Ils ont permis d'améliorer considérablement la sécurité des maternités\*. Chaque amélioration des statistiques représente des morts en moins, des séquelles maternelles et des handicaps infantiles en moins. Beaucoup de larmes versées en moins. Et finalement une économie financière.

L'hypertension artérielle, le diabète, les anomalies placentaires, les accouchements prématurés et les bébés trop petits, les enfants mal positionnés ou

\* Maternité : grossesse puis venue au monde de l'enfant.



trop gros, les bassins rétrécis ou déformés, les microbes dangereux, les hémorragies, sont des réalités indiscutables, non exceptionnelles, et qui peuvent avoir des conséquences désastreuses. Il faut donc être en capacité de les affronter et, si possible, de résoudre les problèmes qu'ils génèrent. Il ne faut pas oublier que, au-delà de tout angélisme, la naissance est pour un enfant, même aujourd'hui, un des moments les plus dangereux de son existence. Ces petits bébés tout mignons, tout roses, tout nus ; comment peut-on l'imaginer ?

Certes, la médecine n'est pas sans lacunes. Certes, les médecins et les sages-femmes, ne sont pas toujours, dans leur pratique professionnelle, exempts de faiblesses.

Pendant dans le domaine de l'obstétrique comme dans d'autres, la nature est en général plus dangereuse que la médecine.

Accouchement naturel, oui, quand c'est possible. Mais il faut veiller à ce qu'il soit bien encadré, car il est parfois absolument nécessaire de pouvoir disposer des moyens de sauvegarde nécessaires. Moyens techniques et humains et savoir les utiliser à bon escient.

## **Voie basse. Voie haute.**

Un enfant, après qu'il ait été introduit dans le ventre de sa mère lorsqu'il était tout petit, doit tôt ou tard en sortir, d'une quelconque manière. Ce n'est pas simple. Les femmes ont parfois un bassin petit, un utérus cicatriciel, ou une tension artérielle hors du commun. Les enfants peuvent avoir de grosses têtes, se présenter par les fesses, ou se grouper par deux dans le même utérus. Les placentas ne sont pas toujours disciplinés, ils s'implantent bas, se décollent à contre temps. Les membranes enfin peuvent se rompre avant l'heure, et les cordons procider \*. La nature n'est pas avare de facéties.

Certains obstétriciens croient devoir faire - ou font par goût - de la belle obstétrique (obstétrique : OB-STARE : se tenir devant. En gros, attendre, "poireauter").

La belle obstétrique : savoir patienter,... ne pas paniquer, éviter les interventions inutiles, savoir faire une application de forceps, conduire un accouchement par le siège, faire un accouchement de jumeaux, éviter les césariennes de principe et ne faire cette intervention qu'à bon escient. Rester en-dessous de la barre des 15 % ! Belle obstétrique, mais bonne obstétrique ?

D'autres ne supportent pas l'attente. Ils n'apprécient pas les incertitudes de l'obstétrique classique. Ils préfèrent la puissance de la voie haute\*. Le

\* Mot souvent utilisé par les accoucheurs pour désigner la césarienne.

contournement de l'obstacle par un geste rapide et efficace. Ce ne sont plus des "guette-au-trou". Leur taux d'interventions dépasse les normes. Mais, si leurs résultats étaient meilleurs, serait-ce si grave ?

C'est qu'ils ne vont pas toujours très bien nos petits nouveau-nés. Ils peuvent avoir été agressés par un accident de la grossesse, ils peuvent être fatigués par une maladie ou traumatisés par les difficultés de l'accouchement, par voie basse, mais aussi par voie haute. Les anciens parlaient avec optimisme d'enfants qui naissaient "étonnés".

Cette bonhomie n'est plus de mise, car c'est de "souffrance foetale" qu'il s'agit aujourd'hui.

Parfois, les enfants paraissent aller tout à fait bien mais les pédiatres - et c'est leur devoir - veillent. Bien conscients que la naissance est le moment le plus dangereux d'une existence habituelle (La mort mise à part !) ils n'aiment pas trop la belle obstétrique. Un enfant semble aller bien mais il a eu un forceps, une ventouse ou autre : une échographie ou un scanner cérébral\* mettant en évidence une hémorragie méningée asymptomatique, démasqueront cette apparence. Ceci entraînera le transfert de l'enfant en pédiatrie, l'inquiétude des parents, et parfois la mise en cause de l'obstétricien.

Les autorités universitaires de notre corporation nous rappellent sans relâche, au fil des congrès et des publications, que nous faisons trop de césariennes. Il a pu être question de pénaliser financièrement les services qui en feraient plus de 18 % ...

Ceci est-il bien fondé ? Ne s'agit-il pas d'une attitude de principe ?

Les juges et les experts (beaucoup parmi ces derniers sont les mêmes autorités universitaires que nous évoquions plus haut) ne tiennent pas du tout le même langage, et après l'arrivée de cette course difficile nous disent quel était le cheval gagnant et reprochent presque toujours à l'obstétricien l'absence d'intervention ou un retard dans la mise en œuvre de celle-ci.

Il n'y a plus beaucoup de candidats à la pratique de l'obstétrique et, nous dit-on, il y en aura de moins de moins. Bien sûr. Qui serait vraiment volontaire pour faire ce métier ? Etre souvent de garde, être appelé au milieu de la nuit, devoir prendre en quelques instants, après de longues attentes parfois, une décision souvent difficile, qui engage l'avenir d'un enfant, d'une mère, d'une

\* Moyens d'explorer un organe par des ultra-sons ou par des rayons X

famille. Etre traité ensuite de mauvais obstétricien qui a fait le mauvais choix. En gros, d'avoir travaillé comme un cochon.

Dommage, un bien beau métier !

La peur des juges et des experts conduit certains à ne plus pratiquer l'obstétrique enseignée et à faire des césariennes, beaucoup de césariennes, trop de césariennes, en lieu et place de tous les gestes obstétricaux. Ils ont des taux opératoires élevés, ils sont critiqués par leurs pairs, ils renoncent aux satisfactions de la belle obstétrique mais ils évitent des attentes, des inquiétudes, des nuits agitées (la césarienne faite à 18 H prévient le forceps de 3 heures du matin). Ils gagnent la reconnaissance des familles, une certaine dramatisation peut y aider : "heureusement que le Docteur a fait la césarienne à temps ». Mille dangers menaçaient l'enfant, et il a été sauvé.

Que doivent faire les accoucheurs ? Doivent-ils accepter de perdre leur âme en passant dans le camp des césarisateurs\* ou accepter d'être considérés, dès qu'il y a un problème - et il y en a - et ils sont parfois graves - et il y en aura toujours - comme des casseurs d'enfants, des imprudents qui font n'importe quoi alors que bien souvent ils ont fait de leur mieux en leur conscience, sinon en leur âme.

## Présentation du siège

Dans la présentation du siège (le bébé se présentant par les fesses), la tête du fœtus - partie la plus grosse, la plus dure, la plus fragile - arrive au niveau du bassin après l'extériorisation du tronc de l'enfant. L'élément déterminant de ce que nous appelons, dans notre jargon, « l'épreuve du travail » a lieu tard, alors que l'enfant est dehors, alors que le recours à la césarienne n'est plus possible. En ce sens, c'est toujours un pari.

Cette incertitude génère la petite angoisse qui accompagne l'accoucheur lorsqu'il est appelé pour un accouchement dans cette présentation.

Autrefois, avant que la césarienne ne soit devenue une intervention presque sûre, le pari était obligatoire. Il était très brutal, ne pouvant être que gagné, le plus souvent, mais aussi parfois - rarement - perdu. Dans cette éventualité, c'était une catastrophe pour l'enfant, un grave préjudice pour la mère et un traumatisme psychologique durable pour l'accoucheur.

Plus récemment, l'attitude considérée comme raisonnable dans nos pays,

\* Ce mot est pure invention.

celle dont on pensait qu'elle générerait le risque minimum, était une attitude nuancée dans laquelle les éléments prévisionnels - étude clinique et radiologique du bassin, mesures du fœtus, contexte maternel - étaient pris en compte avec la plus grande minutie, et la conduite de l'accouchement dirigée avec rigueur. De cette manière un peu plus de la moitié des accouchements du siège se faisaient par les voies naturelles.

La plupart des manœuvres obstétricales ayant disparu, l'accouchement en présentation du siège a, pour l'accoucheur, une valeur symbolique. C'est le plus technique, le plus obstétrical des accouchements, celui où le savoir faire et l'expérience semblent avoir le plus d'importance.

Beaucoup d'obstétriciens, même s'ils le redoutent un peu, aiment accompagner cet accouchement.

Il faut cependant rappeler qu'un sentiment de tendresse vis-à-vis d'une pratique ne lui confère aucune légitimité.

Récemment l'option de l'accouchement par les voies naturelles des enfants en présentation du siège a été critiquée par certaines autorités de la profession, tandis que d'autres la défendait.

Ceux, parmi nous, pour qui la petite angoisse accompagnant l'accouchement était plus forte que la satisfaction de savoir-faire qu'ils en retiraient, ont décidé de ne plus pratiquer cet accouchement stressant que, depuis longtemps, ils redoutaient et ont opté pour la césarienne systématique.

Ceux pour qui, en revanche, la satisfaction du bel accouchement l'emportait sur l'inquiétude, ont eu du mal à y renoncer. Pour cela, ils trouvaient de bons motifs : "on pourrait aussi faire tous les accouchements par césarienne..." - dans le langage des enfants : « c'est pas d'jeu... ».

Viennent s'ajouter deux autres éléments de décision que sont la peur des juges et le désir de bien faire :

« Faire une césarienne d'emblée, c'est trop facile... »

« Accepter la voie basse, n'est-ce pas prendre un risque inutile, rien que pour se faire plaisir... »,

« Un accouchement par césarienne, c'est statistiquement plus dangereux, pour la mère, qu'un accouchement par les voies naturelles... ».

Les accoucheurs, pourtant, sont bons garçons / bonnes filles. Lorsqu'on leur dira où est le bien faire, ils le feront. Il y a de nombreux exemples de pratiques, autrefois légitimes, qui ont aujourd'hui totalement disparu.

Qu'en sera-t-il de l'accouchement en présentation du siège ?

## **La césarienne, un acte banal ?**

La césarienne, dans l'esprit du public, est une intervention un peu mythique.

Pour certaines femmes, c'est un échec de l'accouchement par les voies naturelles qu'elles ont du mal à accepter. Elles ne seraient pas des mères comme les autres.

Pour d'autres c'est une façon d'accoucher nette, propre et sûre qui les éloigne de la bestialité de l'accouchement naturel, qui diminuerait les risques pour leur enfant et épargnerait leur périnée.

Chez les accoucheurs, on retrouve ces deux tendances : ceux qui aiment l'obstétrique traditionnelle et considèrent la césarienne comme une solution de secours - un pis aller, en quelque sorte un échec - et ceux qui estiment, au contraire, qu'elle est une solution moderne qui évite les aléas de l'accouchement naturel.

L'histoire de la naissance par incision du ventre se perd dans la nuit des temps. On en trouve témoignage dans le Rig-Veda (deuxième millénaire avant Jésus-Christ). Dans la mythologie grecque ; c'est ainsi que seraient nés Esculape, Dionysos et d'autres. Elle est évoquée dans d'autres mythologies de l'Orient, de l'Europe du nord et d'ailleurs.

Le mot césarienne est souvent imputé au fait que Jules César serait né de cette manière. Et Jules se serait appelé César, (du latin "caedere" : inciser, couper), parce qu'il serait né par césarienne. Affirmation - selon les spécialistes de ces sujets - invraisemblable. Les Romains - pas plus que les autres populations de ces temps anciens - n'en pratiquaient sur des femmes vivantes. L'issue en aurait été constamment fatale.

Or, Aurélia, la mère de Jules César, aurait longuement survécu, précise l'histoire, à la naissance de son fils.

Pendant longtemps l'intervention ne fut pratiquée que sur des femmes décédées pendant l'accouchement. Il ne s'agissait pas tant - dans l'occident chrétien - d'essayer de sauver l'enfant, que de pouvoir le baptiser afin que son âme

n'erre pas indéfiniment dans les limbes.

On a du mal à imaginer aujourd'hui que cette intervention, que l'on considère comme un acte banal et sûr - qui permet de sauver la vie de beaucoup de femmes et de nombreux enfants - était autrefois impossible.

Jusqu'en 1850 la mortalité maternelle après césarienne était proche de 100 %. Les principales causes en étaient les infections et les hémorragies.

Vers 1880 il fut, pour la première fois, tenté de fermer l'utérus après l'extraction de l'enfant, ce qui, auparavant, ne s'était jamais vraiment fait. A l'époque on ne disposait pas de toutes les variétés de fils de suture que l'on a aujourd'hui. Ces premières sutures furent faites avec du fil d'argent. Ceci évitait la contamination de la cavité abdominale, stérile, par la cavité utérine, contenant après l'accouchement de très nombreux microbes. De cette manière, la mortalité descendit aux environs de 50%.

Vers la même époque, la diffusion de l'anesthésie générale facilita la pratique de l'intervention.

Quelques années plus tard, l'application des principes de l'antisepsie et de l'asepsie \* permirent d'abaisser la mortalité aux alentours de 15 %.

Celle-ci continuera de diminuer : 4 % vers 1910.

Par la suite l'introduction des antibiotiques, la transfusion sanguine, l'anesthésie péridurale, les techniques modernes de réanimation et l'amélioration des modes opératoires et du matériel utilisé pour opérer permirent d'arriver au taux de mortalité actuel : aux alentours de 2 pour 10 000 ; un peu supérieur, mais de peu, à celui des accouchements normaux.

Cette sécurité de l'intervention a permis d'y recourir de plus en plus souvent. Entre 1970 et 2000, en France, le taux en a été multiplié par trois.

En fait, selon les établissements les taux vont de 10% à plus de 30 %. En 2008, le taux moyen était de 20%, et n'a guère varié depuis. C'est plus que le taux des césariennes réellement nécessaires.

\* Deuxième moitié du XIXe siècle. Asepsie : méthode qui consiste à prévenir les infections en empêchant, par des mesures d'hygiène - lavage des mains, désinfection locale, etc. - l'introduction de microbes dans l'organisme. Antisepsie : méthode qui consiste à prévenir les infections en détruisant, grâce à diverses substances ou médicaments, les germes présents dans l'organisme.\*\*Mortalité périnatale : Déjà évoquée. Taux de morts des fœtus ou des nouveau-nés survenant entre le 7ème mois de la grossesse et le septième jour après la naissance. Inclut les morts fœtales dans l'utérus et les morts de jeunes nouveau-nés. Morbidité : état de maladie. Taux des malades dans une population de nouveau-nés

Les autorités professionnelles s'inquiètent de cette inflation, sans bénéfice notable, ni maternel, ni néonatal.

Certains pays font moins de césariennes que nous : Pays-Bas, Suède et d'autres. Avec un taux aux alentours de 15 % ils ont des résultats néonataux meilleurs que les nôtres.

Le Chili, le Brésil, les États-Unis en font entre 30 et 40 %, avec des résultats qui ne sont pas meilleurs que les nôtres, au contraire.

En examinant la courbe d'évolution du taux de césariennes comparée à l'évolution de la mortalité périnatale, on note une amélioration régulière de celle-ci jusqu'aux alentours de 12 à 14 % d'interventions. Au-delà, l'augmentation du taux d'interventions n'est plus corrélée à une baisse de la morbidité et de la mortalité périnatales.

On ferait donc trop de césariennes ? Ce trop n'a de sens que s'il représente un préjudice pour les patientes, leurs enfants ou les finances publiques.

Dans le cas contraire, comme l'a dit un professeur de renom (dont je ne sais retrouver le nom) - pourtant très partisan de l'obstétrique classique : « La disparition de l'obstétrique traditionnelle ne serait qu'un phénomène comparable à celle de la marine à voile »

Et un autre, ayant la même conception de notre pratique : "La réduction du taux de césarienne ne peut constituer un objectif en soi ".

Quelles sont les raisons qui expliquent cette inflation du taux des interventions ?

Il y a d'une part la préférence instinctive d'une partie des patientes. Certaines ne souhaitent pas accoucher, elles ont peur d'accoucher. Elles évoquent même parfois leur préférence pour une césarienne de pure convenance.

Ceci peut se comprendre. Il existe une morbidité générale liée à l'accouchement.

Celui-ci peut, en particulier, occasionner des lésions périnéales et sphinctériennes qui peuvent n'être pas visibles à l'examen mais avoir une incidence sur la continence des urines et des gaz ainsi que sur la vie sexuelle ultérieure.

Il y a également l'appréhension de risques pour le bébé : défaut de progression, asphyxie, extractions instrumentales supposées traumatisantes.

Pour les obstétriciens, plusieurs éléments entrent en jeu.

Leur préférence personnelle. Il y a, comme on le dit dans notre jargon, des obstétriciens qui d'instinct, par nature, par goût, sont "voie basse" et d'autres

"voie haute".

D'une part, intervient le facteur temps. Le travail et l'accouchement naturels se déroulent dans la durée. Celle-ci n'est pas programmable et se chiffre en heures, diurnes ou nocturnes.

"Ob-stare" : "se tenir devant". Mais, même pendant leurs gardes, les obstétriciens ont souvent d'autres activités : consultations, réunions, cours... Comment organiser tout ceci avec des horaires imprévisibles ?

L'obstétrique chirurgicale est plus facile à gérer.

Par ailleurs, lors du choix de l'accouchement par les voies naturelles l'attente n'est pas toujours sereine : « Ai-je fait le bon choix ? Cela va-t-il bien se terminer ? »

Au contraire, l'obstétrique chirurgicale, le plus souvent programmée, est de réalisation rapide. Selon que l'on compte le temps de l'intervention elle-même ou le temps entre l'entrée en salle d'opération et la sortie, selon les difficultés éventuellement rencontrées, elle prend habituellement entre 30 et 60 minutes. Elle se déroule dans la chaude convivialité du bloc opératoire, lieu familier, avec son travail d'équipe rassurant.

Le facteur médico-légal entre largement en compte. L'accouchement par césarienne diminue les risques judiciaires pour l'accoucheur. En effet, paradoxalement, le choix de la voie naturelle n'est légitimé que par le succès. Si ça ne se passe pas bien, c'est qu'il aurait fallu faire une césarienne. Surtout, ils attirent moins l'attention des juges et des experts que ceux qui auraient eu l'attitude inverse. Rares sont ceux qui ont été condamnés pour une césarienne de trop en regard de ceux qui l'ont été pour une césarienne non faite ou faite tard, trop tard.

En revanche si on a réalisé un accouchement par césarienne et si malgré cela, il y a une complication, les patients ont souvent le sentiment que l'on a choisi la sécurité, que l'on a fait le maximum.

Lorsque des problèmes consécutifs à un accouchement passent en jugement, dans 90 % des cas est évoquée une césarienne trop tardive. Les cas où une césarienne est jugée abusive sont très rares et ne sont qu'exceptionnellement suivis de condamnation.

Par ailleurs la césarienne est un geste qui facilite l'exclusivité de la relation entre le praticien et sa patiente : « Est-ce que vous serez là le jour de mon accouchement docteur ? ». Compte tenu de l'évolution des systèmes de garde,



il y a bien des chances pour que la patiente entre en travail un jour où son médecin est absent. Celui qui est de garde ce jour-là est, pour elle, un inconnu. Il peut être compétent et charmant, mais, néanmoins, ce n'est pas son médecin.

Dans l'option de la césarienne, il en va différemment : « Est-ce que vous serez là le jour de mon accouchement docteur ? - Vous pouvez compter sur moi, nous ferons l'intervention le 12 avril à 10 heures, je suis de bloc ce jour là... ». L'accoucheur du suivi de la grossesse est le même que celui de l'accouchement. Il est pour quelque chose dans la venue au monde de l'enfant. Certes il n'en est pas le père, mais il est une sorte de demiurge, une sorte de Monsieur loyal, qui a réussi la bonne ordonnance du scénario : « C'est vous qui l'avez mis au monde, docteur » : la mère et le médecin complices dans une aventure commune.

Est-ce sans inconvénient ? Y a-t-il une augmentation de risque à faire une césarienne inutile par rapport à un accouchement qui aurait été parfaitement normal ?

Les complications postopératoires sont plus fréquentes qu'après un accouchement normal.

L'existence sur l'utérus d'une cicatrice peut générer une fragilisation de celui-ci et des ruptures utérines lors d'un accouchement ultérieur ainsi que des hémorragies de délivrance. Elle augmente également la probabilité de césarienne lors de l'accouchement suivant, avec les risques inhérents.

Selon de nombreuses études, la mortalité après césarienne serait multipliée par trois par rapport à un accouchement strictement normal. Les deux tiers des femmes qui meurent du fait de la naissance d'un enfant ont subi une césarienne.

Cependant, il est difficile de corréler ces deux faits - intervention et mort maternelle - car la césarienne est souvent réalisée en raison d'une pathologie dangereuse par elle-même.

Il semblerait cependant que - tous facteurs égaux par ailleurs - une césarienne soit sensiblement plus dangereuse qu'un accouchement normal.

L'intervention aurait également des inconvénients pour le nouveau-né. Elle générerait pour celui-ci des complications propres. Les processus de préparations du fœtus à la naissance, qui se font pendant les heures du travail - créant une sorte de stress bénéfique qui le prépareraient à la vie aérienne - ne se produiraient pas lors des césariennes programmées faites avant tout travail.

Par ailleurs, il y aurait une persistance excessive de liquide amniotique dans

les voies bronchiques et pulmonaires du nouveau-né, due à un défaut du phénomène d'essorage qui a normalement lieu lors du transit fœtal à travers les voies génitales de la mère.

Il y aurait six fois plus de troubles respiratoires de la période néonatale.

Pour justifier la fréquence des césariennes on évoque souvent le confort maternel. Celle-ci évite, il est vrai, en grande partie les douleurs de l'accouchement et la fatigue du travail (si elle est faite avant la survenue de celui-ci).

En revanche les suites d'une césarienne sont souvent plus douloureuses et fatigantes que celles d'un accouchement normal et le retour à l'autonomie complète plus tardif.

Ceci peut gêner – pour dire les choses de manière moderne - la mise en place de la "relation mère enfant".

Se pose aussi le problème du surcoût éventuel de la césarienne. Il est difficile à apprécier car les circonstances de l'intervention, les modalités de financement et de comptabilité sont très variables. Certaines études disent que le coût d'une césarienne serait 1,5 ou 2 fois celui d'un accouchement par les voies naturelles.

Les obstétriciens, lorsqu'ils réfléchissent à ce problème – et ils y réfléchissent souvent - ont le sentiment d'être au milieu d'un gué.

Ils sont partagés entre leur formation initiale, parfois ancienne, leurs préférences personnelles, leur idéal professionnel, le souci de bien faire, la facilité apparente de la césarienne, leurs craintes d'éventuels accidents et de leur incidence médico-légale. Ils sont influencés par l'évolution des mœurs, la gestion de leur emploi du temps, la demande des patientes et de leurs familles.

Les uns sont plus près de la rive de la voie basse et les autres de celle de la voie haute.

On imagine qu'il faudrait fixer un taux optimum et obliger les services à le respecter. Ce serait le chiffre au-delà duquel les statistiques néonatales ne s'améliorent plus : 15 %.

Sur un plan collectif, cela peut paraître relativement facile.

Au cas par cas, une telle mesure est impossible à appliquer, car nul ne peut dire à l'avance et précisément comment le travail va se dérouler.

### ***Elle ne souhaitait pas de ligature des trompes***

*Madame Méertz était une femme jeune, souriante et calme. Je l'ai suivie pour toutes ses grossesses.*

*Lors de la première de celles-ci, l'examen du neuvième mois avait montré un bassin relativement étroit. Elle eut une césarienne pour échec de l'épreuve du travail\*.*

*Lors de la deuxième, elle ne réussit pas non plus à accoucher par les voies naturelles et fut césarisée après un nouvel échec de son travail.*

*Pour la troisième grossesse, elle eut une césarienne de principe. Comme il est d'usage après trois césariennes, nous lui proposâmes de lui faire - si elle le souhaitait - une ligature des trompes. Non, elle ne le souhaitait pas.*

*Elle eut une quatrième grossesse, quatrième césarienne, une cinquième grossesse une cinquième césarienne.*

*Non, elle ne souhaitait toujours pas de ligature des trompes. Nous commençâmes à lui expliquer qu'après ces cinq césariennes son utérus pouvait être fragilisé et qu'il était probablement souhaitable qu'elle n'ait plus de grossesse.*

*Peu de temps après elle revint consulter, enceinte pour la sixième fois. Nous évoquâmes de nouveau l'éventualité de lui faire une stérilisation tubaire à l'occasion de sa sixième césarienne.*

*Non, elle ne souhaitait pas de stérilisation tubaire.*

*L'année suivante, lors de sa septième césarienne elle consentit, enfin, à ce que nous lui fassions une ligature des trompes.*

*Las, un an plus tard elle revint en consultation. Elle voulait qu'on lui "défasse sa ligature" car elle souhaitait avoir un autre enfant. Elle avait alors environ 35 ans. Je m'efforçai de lui suggérer que peut-être, ce n'était pas raisonnable.*

*Devant son insistance je l'adressai en consultation au centre de P.M.A. (procréation médicalement assistée) de la région. Il lui fut fait une reperméabilisation des trompes (une "déligature") et, peu de temps après, elle devint de nouveau enceinte. Elle avait, dans son désir, de la chance car il n'en est pas toujours ainsi, loin de là. Ces reperméabilisations ne sont pas toujours efficaces, surtout après 35 ans, et il n'est pas rare qu'après l'intervention la grossesse ne survienne pas ou que cela tarde beaucoup.*

*Elle eut donc, quelques mois plus tard, sa huitième césarienne.*

*Je lui proposai timidement de lui faire, à cette occasion, une nouvelle ligature. Non, elle ne se sentait pas prête.*

\* C'est une épreuve dynamique de durée limitée appréciant, la confrontation entre la tête fœtale et un bassin rétréci, pendant le travail. Elle commence après la rupture de la poche des eaux et apprécie, sous couvert d'une contractilité utérine normale l'évolution de la dilatation du col. © 2010-2011 UMVF - Université Médicale Virtuelle Francophone

*Dans le cas de cette femme, avec son utérus multi-cicatriciel, nous redoutions que celui-ci, fragilisé, ne se rompe en cours de grossesse, ce qui est une éventualité très dangereuse pour l'enfant, mais aussi pour la mère.*

*Je revis Madame Méertz en consultation, pour ses examens de contrôle, pendant de nombreuses années.*

*Elle était toujours calme et toujours souriante.*

*Mais elle ne fut plus enceinte.*

*La nature avait dû en décider ainsi.*

## **Extractions instrumentales**

Le forceps, les fers, n'ont pas bonne réputation. Leur utilisation est souvent redoutée.

Avant le XVI<sup>e</sup> siècle, cet instrument n'existait pas.

En revanche avaient existé, au fil des siècles et selon les contrées, divers modèles de pinces spéciales qui devaient permettre d'extraire les enfants par les voies naturelles quand l'expulsion spontanée était impossible. L'utilisation de celles-ci concernait principalement des enfants morts, et, s'ils étaient vivants au moment de l'extraction, ils ne survivaient guère à celle-ci.

À la fin du XVI<sup>e</sup> siècle un accoucheur anglais\* eut l'idée de dissocier les deux branches de la pince et de leur donner une forme adaptée à l'anatomie de la tête fœtale et du bassin maternel. Il avait inventé le forceps<sup>†</sup>.

Ces branches de forceps, appelées "cuillères", étaient introduites séparément, l'une après l'autre, dans les voies génitales et n'étaient jointes que lorsqu'elles étaient en place.

Par la suite leur furent adjoints des systèmes pour que la traction exercée sur le fœtus corresponde aux axes du bassin et aux mécanismes naturels de l'accouchement.

Depuis le premier forceps il y en eut de très nombreux modèles car beaucoup d'accoucheurs, dans beaucoup de pays du monde, cherchèrent à rationaliser cet instrument et à en faciliter l'utilisation. Les fers n'ont pas bonne réputation. Mais il ne faut pas oublier qu'autrefois, avant que la césarienne ne devienne une intervention très sûre, c'était l'unique moyen de faire sortir l'enfant quand il ne pouvait pas naître spontanément.

À ces époques comme aujourd'hui il devait absolument - mort ou vif - venir

\* Peter Chamberlain. 1560 - 1631

† Du mot latin "forceps", qui signifie "tenaille" !

au monde, pour que la mère ne meure pas. Mais la césarienne n'était pas possible ou était si dangereuse qu'elle ne pouvait pas être envisagée.

En ces temps, la survie de l'enfant n'était pas considérée de la même manière qu'aujourd'hui. Si c'était possible, il était extrait vivant mais, compte tenu des contraintes qu'il avait subies, il n'était pas rare qu'il soit mort et, de toute manière l'important était que la mère, au moins s'en sorte vivante. Les extractions par forceps, à ces époques, étaient extrêmement fréquentes et cet instrument a permis de sauvegarder de nombreuses vies, vies de mères, vies d'enfants. Il en aurait aussi supprimé beaucoup car il semble que certains accoucheurs de ces temps les utilisaient, parfois, à tort et à travers, ce qui n'était pas sans conséquence pour les enfants.

On a pu dire qu'il valait mieux être pauvre et accoucher à la campagne, assisté par une sage-femme ou une matrone, que d'être une bourgeoise aisée et d'accoucher en ville avec un médecin qui mettait un point d'honneur à utiliser cet instrument parfois redoutable...

Nous avons évoqué le forceps. Depuis les années 1950, d'autres modes d'assistance à la naissance ont été inventés, ou mis au point : les spatules et la ventouse obstétricale\*.

Tous ces instruments permettent de faciliter la progression de l'enfant. Selon les équipes la préférence peut aller à l'utilisation de l'un ou des autres. Les avantages et les inconvénients de chacun ne sont pas tout à fait les mêmes. Selon le contexte, selon leur expérience, les praticiens choisiront l'un ou les autres.

Ces instruments - forceps, spatules, ventouse - n'ont pas bonne réputation. Pourtant, aujourd'hui leur utilisation est très différente de celle des temps anciens. Si l'accouchement spontané par les voies naturelles n'est pas possible, les modalités de la naissance sont reconsidérées. Si d'emblée il apparaît qu'une extraction instrumentale serait difficile, elle ne sera pas pratiquée. Le recours sera une césarienne.

S'il semble qu'une extraction instrumentale facile est possible, celle-ci est tentée. Généralement cette facilité prévue se confirme et l'enfant naît par les voies naturelles sans difficulté particulière.

Si l'extraction s'avère plus difficile que prévu il faut savoir y renoncer et recourir, en deuxième intention, à la césarienne. Ainsi les extractions instrumentales, aujourd'hui, n'ont pas du tout la dangerosité de celles qui étaient

\* Spatules, Palfyn au XVIIIe, siècle puis Thierry en 1950. Ventouse obstétricale (vacuum extractor), 1946, 1950, Couzigou puis Malstrom

pratiquées autrefois.

Il ne devrait plus y avoir d'extractions difficiles.

Cependant, il faut avoir à l'esprit que, sans précautions, ces instruments permettraient d'exercer sur la tête des enfants et les périnées des mères des forces très importantes. Il faut y prendre garde pour éviter les lésions graves qui nous ramèneraient à l'obstétrique d'autrefois, mais que l'on peut encore voir, parfois, de nos jours : chez l'enfant, fractures des os du crâne, hémorragies méningées, hémorragies cérébrales ; chez la mère lésions périnéales graves.

Ces instruments sont-ils, aujourd'hui, absolument sans inconvénient ? Evidemment non. Les cuillères de forceps sont en fer. Les spatules peuvent être en fer ou en plastique. Ces matériaux sont plus durs que les tissus des mères et que les joues des enfants.

Il n'est pas rare que ceux-ci présentent, au niveau de la face, des marques rouges ou des excoriations ; la ventouse crée constamment une bosse au niveau de cuir chevelu. Celle-ci est habituellement sans gravité et régresse progressivement dans les heures et les jours qui suivent la naissance.

Selon les équipes, la fréquence d'utilisation des mains de fer est variable. Actuellement en France elle est de l'ordre de 10 à 15 % des naissances.

### ***Le conjoint qui ne voulait pas sortir***

*Il y a déjà un certain temps, peut-être une quarantaine d'années, l'accouchement était l'affaire des femmes. Le seul homme éventuellement impliqué dans le processus était le médecin.*

*Dans les dessins humoristiques figurait souvent l'image du futur père qui tournait en rond, en fumant cigarette sur cigarette, à la porte des salles d'accouchement, tandis que sa femme était en travail.*

*Par la suite, l'évolution des esprits, les mouvements féministes, la préparation à l'accouchement, la naissance sans violence, l'analgésie péridurale, l'évolution de la mentalité des soignants, ont modifié l'approche de la naissance.*

*De ce fait, les maris ont été autorisés, voire encouragés, à venir en salle de naissance\*.*

*Pour la femme, c'est un soutien affectif. Pour le mari, c'est une manière d'entrer en paternité.*

*Lorsque tout va bien, cela ne pose aucun problème bien au contraire.*

\* Et ils n'ont plus eu le droit de fumer en salle d'attente !...

*En revanche, lorsqu'une difficulté particulière apparaît, les futurs pères - soit que l'équipe les informe d'un problème, soit qu'ils perçoivent dans le changement d'ambiance l'apparition d'une inquiétude, soit qu'ils notent eux-mêmes une répétition d'exams, une modification du tracé du monitoring, ou l'apparition d'intervenants nouveaux - participent au climat de tension psychologique qui s'installe.*

*Il est parfois difficile de gérer en même temps les problèmes techniques et l'inquiétude du père. De réfléchir aux décisions à prendre et de répondre à ses questions inquiètes.*

*En ce qui concerne la patiente, le problème n'est pas le même : elle est acteur de ce qui est en train de se passer tandis que son mari n'est, d'une certaine manière, que spectateur. Nous avons souvent le sentiment que les parturientes font preuve de plus de sang-froid et de réalisme que leurs maris vis-à-vis du processus en cours. Elles y sont personnellement impliquées.*

*Lorsqu'à la fin du travail, la tête du bébé est engagée mais ne progresse pas, ou si des anomalies de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal laissent penser qu'une terminaison rapide de l'accouchement est souhaitable, il peut être pratiqué une extraction instrumentale : forceps, ventouses, spatule.*

*Dans ces cas, afin d'être plus à l'aise pour pratiquer la manœuvre et pour que le futur père ne soit pas impressionné par la pratique de ce geste, il n'est pas rare qu'on lui demande de sortir pendant le temps de l'intervention. Dès que l'enfant est né il est invité à revenir en salle. Habituellement, ça ne pose aucun problème.*

*Ce soir-là, la patiente qui accouchait avait un mari qui semblait très inquiet et, de plus, était fort peu aimable. Nous avons le sentiment qu'il se méfiait de l'équipe médicale. Que rien, à ses yeux, ne se passait comme il l'aurait voulu.*

*Il avait sans doute raison ! La tête du bébé s'était bien engagée mais lorsqu'elle arriva sur le périnée, bien que la patiente poussât avec ardeur, elle ne progressa plus. Il fallait faire une extraction instrumentale.*

*En l'occurrence nous avons décidé de faire un forceps\* .*

*Comme celui-ci me semblait devoir être d'exécution facile et, compte tenu du caractère méfiant et malveillant du mari, je décidai, dans ma tête, que je ne lui demanderai pas, contrairement à l'usage de l'époque dans notre équipe, de sortir. Je n'en avais pas parlé auparavant avec la sage-femme.*

\* Il faudrait dire « une extraction par forceps » mais l'usage est de dire « faire un forceps »

*Lorsque la décision du forceps fut prise, elle dit au futur père, de sa voix la plus douce et la plus bienveillante, qu'il devrait sortir un instant, pendant le temps de l'intervention. Dans ma tête je me dis : « catastrophe ! ».*

*Effectivement, le futur père dit qu'il refusait de sortir. Pour ne pas désavouer la sage-femme, je me permis d'insister et il finit par accepter en maugréant.*

*Tout se passa bien. La patiente accoucha d'un beau bébé en bonne santé. Le papa revint en salle. Il maugréait toujours.*

*Le lendemain, je ne travaillais pas et allais chercher mon fils, âgé de 3 ou 4 ans, à la sortie de l'école.*

*Le jour suivant, la sage-femme avec qui nous avons géré cet accouchement l'avant-veille, me dit qu'elle avait eu une conversation avec le jeune papa.*

*Elle me rapporta ses paroles à mon propos : « Je l'ai vu qui traversait la rue. J'étais en bagnole. Il a eu du pot, il était avec son fils ; sinon, je l'écrasai ! »*

*Il est certain que je l'avais contrarié.*

*En ce qui concerne la patiente, les relations avec elle furent toujours extrêmement simples et confiantes.*



# Autour de la douleur

## La grossesse et le péché

Dans nos cultures, la notion de péché et, en particulier celle du péché de chair a été très présente. Cette culpabilité s'atténue progressivement mais persiste dans une part de nos esprits.

Si une femme est enceinte, c'est que, un jour ou l'autre, elle a eu une relation sexuelle. Bien sûr, une relation sexuelle dans le cadre du mariage, avec comme but la procréation, ce n'est pas vraiment un péché ; mais quand même..., à l'origine, il y a eu une coucherie et celle-ci a laissé une trace : ce ventre qui gonfle.

Pour ce qui concerne le mec, c'est bien différent. Il a juste donné un petit coup de plantoir. « Pas vu, pas pris ». Il ne s'agissait que d'un acte transitoire qui n'a pas laissé de traces dans son corps. Son ventre n'a pas gonflé. C'est donc qu'il n'a pas dû pécher, ou alors, à peine.

Pour lui, c'est presque un devoir d'avoir de l'expérience dans ce domaine.

C'est bien la femme qui est la pécheresse. Le péché est entré en elle, avec la semence.

## « J'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur... »

Après qu'au Paradis terrestre, sur les conseils perfides du serpent, Eve eut goûté au fruit de l'arbre de la connaissance et l'eut fait goûter à Adam, son influençable compagnon, Dieu, Yahvé, fut très mécontent et lui dit : « J'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur... » (Genèse 3 ; 16). Pourquoi choisit-il Eve plus qu'Adam\* ? Pourquoi choisit-il précisément ce châtiment ? Est-ce parce qu'il ne concerne que la femme ?

Ensuite il les chassa, elle et son compagnon, du Paradis terrestre.

Les accoucheurs et les sages-femmes, qui, jour après jour, année après année, fréquentaient, fréquentent, les salles de naissance, assistaient souvent, assistent encore parfois\*, à ces souffrances imposées à la femme par Yahvé. Une femme qui débute la procédure de son accouchement entre en travail, pendant tout le temps de celui-ci, elle est en travail. Les salles d'accouchement s'appelaient, il n'y a pas si longtemps, salles de travail.

C'est sûr, ces femmes travaillent pour la collectivité, mais ce n'est pas de

\* L'analgésie péridurale a fait beaucoup diminuer les douleurs de l'enfantement.

cela qu'il s'agit. Le mot travail de l'obstétrique vient du bas latin "tripaliare" (trepalium : la torture) qui signifie "torturer".

Autrefois les contractions du travail étaient désignées par le mot douleurs : "les douleurs de l'enfantement".

Compte tenu des moyens techniques et du contexte culturel moderne, la souffrance vécue est habituellement peu de chose en comparaison de ce qu'elle fut autrefois ou de ce qu'elle est aujourd'hui en d'autres lieux. Parfois elle n'en reste pas moins terrible et semble injustifiable, scandaleuse. Cette fréquentation de la souffrance oblige les professionnels à s'interroger sur les causes et la signification de cette douleur et sur cette mystérieuse phrase de la Bible.

Quelle est cette douleur qui y est évoquée ?

Uniquement une douleur physique : avoir mal, très mal... ; ressentir dans son corps une douleur intolérable ? Habituellement, le fonctionnement du corps - respiration, digestion, circulation du sang, sexualité, évacuations vésicales ou rectales - est indolore et sans danger.

L'accouchement devrait lui aussi être indolore et sans danger. En fait, la prédiction divine ne fait que refléter la réalité : accoucher est douloureux, parfois atrocement douloureux ; enfanter est dangereux, naturellement dangereux. Lancinante question, pourquoi les douleurs et les risques de l'enfantement ?

S'agit-il d'une manière de compenser les plaisirs charnels liés aux conceptions ?

La Sainte Vierge eut-elle un accouchement douloureux ? Sans douleur ?

Peut-être que, l'homme primitif risquant sa vie à la chasse ou à la guerre, était-il logique que, en bonne symétrie, sa femme assume des risques comparables dans sa caverne ou dans sa hutte.

La douleur de la genèse inclut-elle tous les types de souffrances liées à l'enfantement ? La peur, bien justifiée autrefois, de mourir ; la peur de subir les souffrances liées aux infirmités et mutilations que peuvent générer les naissances ; la douleur de savoir que l'enfant qu'il avait été si difficile de mettre au monde, risque de naître mort ou de mourir peu après sa naissance ou plus tard ; la douleur - dans les temps anciens - d'avoir à assumer un enfant de plus alors qu'il était déjà difficile d'élever les aînés\*. Oui, elle inclut probablement tous ces éléments.

\* Autrefois, malgré des allaitements prolongés, les grossesses survenaient en moyenne tous les deux ans. Pour peu que les conditions de vie soient difficiles pour raisons de pauvreté ou de disette, la survenue d'une grossesse supplémentaire pouvait être vécue comme une tragédie.

Mais pourquoi Yahvé aurait-il été si sévère pour une simple histoire de pomme\* ? Et même si la transgression avait été plus grave que le fait de l'avoir indûment croquée, si Dieu, - le Bon Dieu - est vraiment bon, il ne peut vouloir que ses créatures souffrent !

La femme souffre-t-elle vraiment, comme l'explique le texte, parce que Yahvé en a décidé ainsi ?

Il est sans doute possible d'interpréter ce récit comme un mythe, élaboré peu à peu par les hommes puis transcrit par les rédacteurs des Sainte Ecritures, pour expliquer l'incompréhensible : le caractère douloureux et dangereux d'une fonction naturelle.

Il donne un sens aux douleurs de l'enfantement. La femme souffre parce que Yahvé en a décidé ainsi ; Yahvé en a décidé ainsi parce que la femme a péché ; la femme a péché parce que le serpent l'y a incitée.

Ce péché originel justifie un phénomène qui, sans cette explication, paraît absurde.

Il évite de se poser d'autres questions. Il permet d'accepter ce qui, sans cela, serait inacceptable : que la femme enfante avec douleur...

## **Atténuer ces souffrances**

"Préparation à l'accouchement", "analgésie péridurale", "Naissance sans violence".

Autant de tentatives pour diminuer les douleurs de l'enfantement, tant pour la mère que pour l'enfant. Pour s'opposer au "tu enfanteras dans la douleur" qui s'adressait aux femmes, mais peut-être aussi aux enfants.

## **Accouchement sans douleur**

Depuis des temps immémoriaux, il a été tenté de lutter contre les douleurs de la naissance. Massages spécifiques, recherche de positions antalgiques, administration d'extraits de plantes, d'alcool.

Dans la seconde moitié du XIXe siècle il y eut des tentatives de traitement visant à réduire la douleur de manière plus radicale grâce à des produits récemment découverts, les anesthésiques : protoxyde d'azote (gaz hilarant), chloroforme, éther. Ces techniques n'étaient pas sans danger. La plus illustre bénéficiaire en fut la reine Victoria qui, en 1853, accoucha sans douleur - elle

Sans cela, le pauvre bûcheron et la pauvre bûcheronne n'auraient pas été obligés d'aller perdre le Petit Poucet et ses six frères dans la forêt.

\* Même si c'est celle de la connaissance

fut anesthésiée au chloroforme - pour l'un de ses enfants. D'où l'expression "anesthésie à la reine".

Les douleurs de l'enfantement ont été parfois assimilées à un réflexe conditionné. La psychanalyse lui a cherché des sources psychologiques : la femme, dès sa toute petite enfance, aurait été conditionnée par les récits familiaux, l'éducation, la religion, au caractère douloureux de l'accouchement. La fillette, dès qu'elle réalise qu'elle deviendra femme et aura des enfants, s'interroge sur ce phénomène. Elle se demande comment un bébé pourra sortir de son ventre alors que son zizi de fillette est si petit. Elle imagine peut-être des déchirures, des blessures : la césarienne primitive qui permit au chasseur de sortir le Petit Chaperon Rouge et sa grand-mère\* du ventre du loup ; la survenue des règles, ces hémorragies périodiques qui peuvent être assimilées à des signes de blessures.

Dans les années cinquante, apparut en URSS, à partir des travaux de Pavlov, l'accouchement psychoprophylactique qui fut rapidement généralisé dans tout le pays. Cette méthode fut importée en France par le Dr Fernand Lamaze en 1952.

Psychoprophylactique étant un mot un peu compliqué il fut appelé : accouchement "sans douleur", accouchement "sans crainte", accouchement "préparé" et autres.

Des associations de femmes, des équipes obstétricales, des médecins et sages-femmes - alors précurseurs - ont réfléchi à ces problèmes et se sont efforcés de développer ces méthodes d'accouchement.

Toutes reposaient sur l'information, la responsabilisation, des tentatives de déconditionnement et de suggestion. Egalement par l'inhibition du transfert de la sensation douloureuse vers le cerveau, grâce à des activités de dérivation : respirations particulières, celle dite "du petit chien", relaxation, mouvements et attitudes spécifiques, sophrologie.

La femme ne devait plus être un objet, victime de son corps souffrant, mais un sujet, acteur, capable de maîtriser ses sensations.

Ces tentatives se heurtèrent à de nombreuses oppositions. Le principe de l'accouchement sans douleur n'a pas été bien accueilli par la totalité du corps médical, alors essentiellement masculin. "Il ne fallait pas contrarier la nature".

\* Dans la version des frères Grimm. Dans celle de Charles Perrault le chasseur n'intervient pas et le Petit Chaperon rouge et sa grand mère ne sont pas sauvés. \*\* Prévention de la douleur par des moyens psychologiques.

Il y eut aussi l'opposition de certains responsables politiques qui ne comprenaient pas pourquoi certains se mêlaient de déranger un ordre des choses très ancien.

Certaines femmes, ayant elles-mêmes souffert pour enfanter, ne voyaient pas pourquoi il n'en serait pas de même pour leurs filles. Bref, l'accouchement avait de tout temps été douloureux, pourquoi cela changerait-il ?

Il ne fut pas non plus toujours bien accepté par certaines autorités religieuses - il ne fallait pas contrarier les écritures.

Cependant, Pie XII, en 1956, décréta officiellement la technique "irréprochable sur le plan moral". Cela mit fin à la polémique.

La mise en place des procédures de préparation à la naissance a pris de nombreuses années.

Actuellement c'est une pratique qui n'est plus remise en cause par personne et qui est devenue quasi générale dans les pays développés.

Curieusement, les pères qui étaient relégués à la porte des blocs obstétricaux ont été peu à peu autorisés, puis incités à assister aux accouchements. Certains suivent la préparation avec leur conjointe. Ils sont réellement intégrés, s'ils le souhaitent, à la naissance de leur enfant, à l'accouchement de leur femme.

Malgré l'intérêt incontestable de cette pratique, la proportion de femmes qui suivent les séances de préparation n'est que de l'ordre de 50%. Sans doute la méthode est-elle si connue que beaucoup ne jugent pas utile d'y participer. Sans doute, l'efficacité de la péridurale étant incontestable, les femmes, déjà bien instruites de toutes ces problématiques, ne jugent pas utile de suivre la préparation.

Il faut reconnaître que celle-ci, si elle a permis d'atténuer la douleur et les angoisses de l'accouchement - malgré la bonne volonté des parturientes et des soignants - ne les a généralement pas totalement supprimées.

En revanche, elle a permis aux femmes de mieux comprendre et de mieux assumer cette douleur qui reste souffrance mais n'est plus menace : une douleur replacée dans son contexte de phénomène physiologique associé aux contractions utérines et à l'expulsion fœtale.

On constate parfois que certaines femmes qui ont eu un accouchement semblant, aux yeux de l'observateur, particulièrement long et pénible, retrouvent quelques heures après celui-ci, un visage souriant.

Si on les interroge à propos de ce qu'elles viennent de vivre, bien souvent elles répondent qu'elles ont « tout oublié ». La douleur a été vécue dans un temps particulier, celui de l'accouchement. Par la suite elle a été occultée.

Malgré tout, la plupart des accouchements, même très bien préparés, avec la meilleure volonté du monde de la part des patientes et de la part des soignants, ne sont pas toujours vraiment indolores. Ils restent même, parfois, extrêmement douloureux.

Heureusement, vint la péridurale.

## ***La gifle***

*Vers 1971, dans un hôpital de la banlieue parisienne, j'étais de garde. L'activité devait être intense car le lit de la patiente en travail avait été placé dans un couloir, au bas d'un escalier, près des salles d'accouchement.*

*Cette patiente vivait la naissance de son premier enfant. Elle était bien jeune. Moi-même, professionnellement, je l'étais aussi. Elle criait, elle était très agitée, elle semblait avoir très mal.*

*Moi, qui étais à ses côtés, impuissant, j'étais bien mal aussi. Je ne savais que faire. En ce temps-là il n'y avait pas de possibilités de recours à la péridurale et l'anesthésie en cours de travail n'était pas pratiquée de crainte que l'enfant ne soit endormi à la naissance. Les antalgiques utilisés n'étaient pas toujours très efficaces.*

*L'angoisse de cette jeune femme m'avait sans doute gagné.*

*J'eus sans doute à l'esprit l'image du seau d'eau que l'on déverse ou de la claque qu'on administre pour calmer les crises de nerfs, comme dans les films.*

*Je crus sans doute, bien à tort, que cette pratique pouvait être adaptée au cas de la patiente*

*Je lui "foutus une gifle". Je ne me souviens plus bien de l'effet que cela a eu sur la suite de son comportement. Il me semble que cela n'a pas dû changer grand-chose. Par ailleurs je crois me souvenir que l'accouchement s'est déroulé à peu près normalement et que l'enfant allait bien à la naissance.*

*Je me souviens très bien, en revanche, qu'à la suite de mon geste, ma confusion fut totale.*

*J'étais jeune marié, j'avais une belle alliance assez neuve. Celle-ci avait heurté l'arcade sourcilière de la patiente. À ce niveau, le lendemain, elle avait un hématome peu étendu mais bien visible, preuve tangible de ma mauvaise action.*

*Ce jour-là, je profitai du calme revenu pour aller m'excuser auprès de la patiente, qui avait maintenant un lit dans une chambre.*

*Il m'a semblé qu'elle avait oublié les souffrances de la veille. Elle semblait ne pas avoir de rancune particulière à mon égard. Je ne sais plus...*

*J'en parlai aussi à mon chef de service de l'époque. Il ne parut pas particulièrement choqué.*

*En ce temps-là...*

## **Péridurale**

Plus tard dans l'évolution de l'obstétrique, la découverte puis la quasi-généralisation, dans nos pays favorisés, de l'analgésie péridurale a considérablement modifié la problématique des douleurs de l'accouchement. Depuis sa mise en pratique, les femmes qui ont réellement mal et souhaitent que cela cesse, disposent d'un moyen presque constamment efficace pour que cette douleur s'atténue ou disparaisse.

L'analgésie péridurale, découverte vers les années 40 s'est réellement développée après 1970. Vers 1980, 4% des femmes accouchaient sous péridurale, en 1990 environ 20%. Actuellement, selon les établissements, les taux atteignent 60 à 80 %.

La technique consiste à injecter, au niveau de la région lombaire de la colonne vertébrale un produit analgésiant (xylocaïne). Ceci se fait grâce à la pose d'un cathéter entre la paroi du canal rachidien et la première couche des méninges, appelée "dure-mère" (d'où le nom "péridurale").

La péridurale peut ne pas être efficace, totalement ou partiellement (environ une fois sur 10).

Du fait de la perte de sensibilité au niveau de l'abdomen et du périnée, la vigueur des efforts de poussée est un peu diminuée. De ce fait, le taux d'extractions instrumentales (forceps, ventouses) et de césariennes est un peu augmenté. Est également augmentée la fréquence d'utilisation des produits qui intensifient les contractions (ocytociques).

Grâce à la préparation des femmes à l'accouchement, grâce au possible recours à la péridurale - deux éléments qui ont provoqué une évolution des cultures - l'ambiance, dans les salles de naissance, a beaucoup changé entre les années 1960 et les années 2000.

On constate actuellement un phénomène paradoxal. Il se trouve qu'un certain nombre de femmes ayant accouché sans aucune douleur grâce à la péridurale, ressentent un sentiment de frustration : « Ce n'est pas du jeu », « Ai-je

vraiment accouché ? », d'autres plutôt parce qu'elles sont séduites par des mouvements culturels de retour à la nature, demandent à ne pas avoir de nouvelle péridurale.

L'accouchement est douloureux, certes. Elles le savent, elles sont préparées pour l'assumer et ne le redoutent pas.

De plus elles sont conscientes de ce que, si la douleur dépasse le seuil du supportable, le recours à l'analgésie - et cette éventualité n'est pas rare - reste toujours possible.

## **Les douleurs de l'enfant. Naissance sans violence**

Autrefois n'étaient prises en considération que les douleurs de la mère.

En ce qui concerne l'enfant, impasse totale.

Le mouvement de l'accouchement "psychoprophylactique" ou "sans douleur", a modifié la place des futures mères dans le processus de la naissance. Elles sont devenues actrices de leur accouchement. En ce qui concerne l'enfant, c'était un petit rôti de 3500 g qui ne sentait ni ne ressentait rien. La majorité des professionnels et du public imaginait qu'il n'avait guère de conscience et que son premier cri lui permettait de se faire les poumons.

Vingt-cinq ans plus tard est progressivement apparue la conscience que pour l'enfant aussi il y avait une probable souffrance dont l'intensité semblait difficile à évaluer. Vers les années 1960-70 Frédéric Le Boyer, accoucheur tout à fait qualifié, écrivit une réflexion relative à celle-ci. Il se livra à une longue psychanalyse, et publia un livre qui fit grand bruit dans les milieux de l'obstétrique : "Pour une naissance sans violence".

Il avait pratiqué l'obstétrique traditionnelle pendant de longues années. Puis, peu à peu, s'était interrogé sur sa pratique, sur notre pratique à tous.

Livre étonnant, il surprit et choqua. Il était fort bien écrit, dans un style lyrique, symbolique, poétique. Il ne correspondait pas du tout, par la forme, aux écrits médicaux habituels.

De plus il était culpabilisant pour les professionnel/les, dont d'une certaine manière, il dénonçait le manque de clairvoyance.

Cet angélisme apparent fit sourire les solides médecins objectivistes que, pour la plupart, nous étions. Ce fut le sujet de nombreuses discussions dans les maternités.



Le concept d'accouchements "sans douleur", "sans crainte", "psychoprophylactique", avait commencé à préparer les esprits et conduisait à une réflexion humaniste concernant la naissance, mais ne s'intéressait généralement qu'aux souffrances maternelles. De plus, à l'époque cette idée d'accouchement "sans douleur", n'était pas encore admise par tous. Et voilà qu'il fallait accepter cette idée nouvelle : la "naissance sans violence".

Dans nos milieux, Leboyer fut très critiqué : son lyrisme délirant, n'était pas admis, il était accusé de pratiquer une anti - médecine. Beaucoup disaient qu'il n'était "même pas médecin", que c'était une sorte de psychanalyste qui se mêlait d'accouchements... Il était dérangeant !

Les sages-femmes, par leur féminité et leur sensibilité maternelle, les médecins accoucheurs de sexe féminin, les jeunes mères, comprirent beaucoup plus vite que beaucoup d'obstétriciens, l'intérêt de sa réflexion et la valeur de ses dires.

C'est en grande partie grâce à son action que la perception de la naissance évolua peu à peu.

## **Plus d'accouchements, des naissances**

Le nouveau-né ne fut plus considéré comme un objet mais comme un sujet. Il devint le centre de l'acte de naissance.

Les idées qu'expose Leboyer semblent simples et il est étonnant qu'à l'époque, elles aient suscité tant de polémiques.

Pendant neuf mois le bébé a vécu en apesanteur, dans une quasi-obscurité, dans une eau à 37°, doucement balancé par les mouvements de sa mère, eux-mêmes amortis par le milieu liquide dans lequel il baignait. Il entendait la sonorité atténuée des pulsations cardiaques de sa mère, les souffles atténués de sa respiration, ses murmures digestifs, et sa voix, lorsqu'elle parlait. Plus atténués encore, il entendait la voix de son père, les bruits extérieurs.

Soudain, sous l'effet d'un signal mystérieux, émis par lui-même, grand chambardement : le travail se déclenche, les contractions utérines apparaissent, tôt ou tard la poche des eaux se rompt, puis surviennent les efforts de poussée de sa mère.

Que ressent l'enfant ? La poche des eaux est rompue, il est malaxé par les contractions utérines. Sa tête s'est engagée dans l'étroitesse du passage. Elle est modelée, déformée, allongée. Tout ceci est-il agréable pour lui ? On peut

en douter à en juger par la présence au sommet du crâne de beaucoup de nouveau-nés, d'une bosse séro-sanguine, une sorte de gros hématome.

Le premier cri correspond à l'ouverture subite des alvéoles des poumons qui, jusque-là, étaient presque fermées et contenaient un peu de liquide amniotique ; à l'entrée rapide, violente, d'air dans les poumons ; à l'expansion brutale de ceux-ci. Ce processus est-il douloureux ? Est-il comparable à l'irruption de feu dans la poitrine du bébé ? Le Boyer le pense.

La naissance serait, pour l'enfant, aussi douloureuse, plus douloureuse, que pour la mère ? C'est vraisemblable...

Par ailleurs, ce changement radical de ses conditions de vie pourrait peut-être générer chez lui, une sorte de chagrin.

Ensuite vient sa prise en charge par les soignants.

En ces temps, le nouveau-né, était saisi par les pieds, le dos en extension, la tête en bas, ceci pour favoriser l'évacuation du liquide amniotique présent dans la trachée et les bronches, afin que le petit respire rapidement.

Eventuellement on lui frappait vigoureusement la plante des pieds pour le stimuler et déclencher son premier cri, signe de vitalité.

Immédiatement, le cordon ombilical était coupé et l'enfant était posé, sans ménagements particuliers, sur la table de réanimation, où il était placé en hyper-extension. Alors était mise en place une sonde gastrique pour vérifier la perméabilité de l'œsophage et aspirer les mucosités.

Tout ceci était fait avec les meilleures intentions du monde ; promptement, habilement, méthodiquement, selon des protocoles précis.

Ce bébé, immédiatement après sa naissance était soumis à la lumière vive de la salle d'accouchement, du scialytique de la table de réanimation, au bruit métallique des instruments, aux exclamations plus ou moins bruyantes des intervenants et de ses parents, soulagés, émerveillés.

Il était, pendant ce moment critique, éloigné de sa mère, privé de la douceur et de la chaleur de son corps. Il subissait le froid de l'évaporation du liquide amniotique.

Comment vivait-il ce grand remue-ménage ?

## **Maltraitance involontaire**

Le Boyer a assimilé les manipulations imposées au nouveau-né à un équivalent de maltraitance involontaire, celle-ci survenant à un moment critique pour lui. Il pensait que ce bébé n'avait pas droit au respect normalement dû à un être vivant. Il serait, illégitimement, traité comme un objet alors qu'en

réalité, il est un être de perception qui sent, intériorise, enregistre, à sa manière, tout ce qu'il vit.

Ce moment si important de la naissance, en l'occurrence assez "raté", pourrait influencer le cours ultérieur de sa vie.

Une naissance heureuse conduirait à une vie plus heureuse. L'enfant est "le père de l'homme ou de la femme qu'il deviendra " (Leboyer).

Il propose donc de veiller à atténuer toutes les sources de violence qui peuvent agresser l'enfant : lumière vive, bruits, manipulations brutales, postures illogiques, soins à utilité non démontrée.

Il faut poser bien doucement ce bébé qui vient de naître, le cordon ombilical intact, sur le ventre de sa mère au contact de sa peau, de sa chaleur. "Quel endroit conviendrait mieux pour recevoir l'enfant ? Ce ventre de la femme, il a la forme, il a la taille exacte du bébé ? Bombé l'instant d'avant, creux maintenant, il semble l'attendre, comme un nid... Sa tiédeur, sa souplesse, ...la douceur, la chaleur vivante de la peau, tout en fait, par excellence, le lieu où déposer le nouveau-né " (Leboyer).

Il faut favoriser les caresses de la mère. Sans doute faut-il éviter de toucher la tête. Celle-ci, malaxée comme elle l'a été, restera probablement sensible, pendant un certain temps.

Il ne faut pas couper le cordon avant qu'il ait cessé de battre, pour que la première respiration ne se fasse pas en état de suffocation. Pour qu'il y ait un relais progressif entre l'oxygénation placentaire dépendant de la mère et l'oxygénation pulmonaire dépendant du nouveau-né, marquant le début d'une relative autonomie de celui-ci.

Toutes ces précautions permettraient à l'enfant de se remettre tranquillement de sa naissance et de s'habituer peu à peu à ses nouvelles conditions de vie.

## **Le bain**

Par ailleurs, après tous ces moments traumatisants, il serait bien qu'il puisse retrouver un peu de la paix qu'il avait connue dans le ventre de sa mère, baigné dans la tiédeur du liquide amniotique.

Il a donc été proposé de donner au nouveau-né, un bain dans une baignoire d'eau tiède.

Cette pratique s'est actuellement généralisée et il est vrai que, pendant ce bain, on peut constater sur le visage du nouveau-né, dans l'attitude de son corps, une expression de détente, de sérénité, de paix.

Dans la pénombre il ouvre les yeux, il se laisse flotter, porté par la main de la sage-femme qui soutient son dos.

Il a vraiment l'air heureux.

Il faut bien sûr distinguer l'accouchement normal qui appelle cette prise en charge et les cas présentant des difficultés particulières, les situations d'urgence, pour lesquelles il faut savoir s'adapter en fonction du contexte, mais en intégrant toujours le principe de violence minimale.

Avec beaucoup de sages-femmes, beaucoup de jeunes mères, qui étaient conscientes que des choses pouvaient changer, certains médecins, hommes ou femmes, qui avaient imaginé, avant d'autres, ces éléments psychologiques, Leboyer fut un artisan important de l'évolution des mentalités.

A mon avis, ses idées ont fait beaucoup pour la progression de l'obstétrique. Peu à peu, discrètement, progressivement, elles furent reconnues et prises en compte unanimement, même par ses plus farouches critiques.

Peu à peu, après celui de la mère, le confort de l'enfant à la naissance, fut pris en grande considération. L'accouchement, devenu naissance, a complètement changé.

On évoque peu le Dr Leboyer aujourd'hui tant ses assertions semblent devenues évidentes.

Il a semé une graine, et celle-ci a poussé, au-delà de toutes prévisions.

## **Salles d'accouchement, puis de naissance**

Dans les années anciennes, beaucoup de salles de travail, dans les hôpitaux importants, comportaient plusieurs "tables d'accouchement" disposées en stalles de part et d'autre d'une vaste pièce.

Dans les centres plus petits il n'y en avait qu'une ou deux.

C'étaient, pour beaucoup de femmes des lieux de douleur. Lieux d'agitation et de gémissements, de cris, lieux d'autorité des sages femmes et du corps médical vis-à-vis des parturientes qui étaient bien obligées d'endurer, sans recours.

En 40 ans ceci a beaucoup évolué. Les salles d'accouchement sont aujourd'hui individuelles, elles sont en général très propres et bien équipées. Elles sont devenues beaucoup plus calmes. Les patientes sont rassurées par la préparation, ou, si elles ne l'ont pas suivie, par les connaissances qu'elles ont

acquises par le bouche à oreille, et la culture ambiante.

Elles sont devenues, progressivement, des salles de naissance.

Ceci a amélioré le confort des nouveau-nés. Moins de lumière, moins de bruit, plus de douceur.

L'ambiance des services de maternité a changé. Les patientes sont plus autonomes. L'attitude des soignants vis-à-vis d'elles a évolué. Ils ont en général plus de disponibilité et sont plus empathiques, bienveillants, encourageants.

Ceci ne veut pas dire que le travail soit mieux fait qu'auparavant, ni que les intervenants sont plus consciencieux. Non, simplement les moyens et les techniques ont évolué favorablement.

Il faut préciser la restriction en général. Bien évidemment ceci est, aujourd'hui comme hier, affaire de personnes et de circonstances.



# La vie d'un service de maternité

## Les sages-femmes

L'obstétrique de la salle de naissance est une pratique collégiale qui associe, autour de la femme en travail - entre autres intervenants - la sage-femme et l'accoucheur\*. Au fil de mes années de pratique j'ai grandement apprécié cette collaboration, souvent - presque toujours - consolidée par une réelle estime mutuelle.

Sage-femme, un bien curieux nom pour désigner une profession, et ce, d'autant qu'aujourd'hui, dans les nouvelles promotions qui sortent des écoles, il y a de plus en plus de sages-femmes de sexe masculin ; bien qu'ils soient hommes, on les appelle aussi, comme ils l'ont souhaité : « sages-femmes ».

Sage-femme : sage comme sapiens ; la femme qui a le savoir. Sage comme l'enfant sage ; une femme qui est posée, et réfléchie. Sage comme le vieux sage ; celui qui a beaucoup vécu, beaucoup vu, beaucoup compris. Mais aussi sage, grave, sévère ; une femme mûre et autoritaire.

Longtemps la formation des sages-femmes fut encadrée par des formatrices soumises à l'autorité ecclésiastique. Les élèves étaient astreintes à une discipline rigoureuse. Elles le sont toujours, bien sûr, mais d'une manière plus souple.

En dehors des sages-femmes des hôpitaux/hospices des grandes villes - où accouchaient surtout les femmes en grande détresse sociale - la plupart des sages-femmes, pensionnées ou pratiquant à titre libéral, exerçaient au sein des communautés urbaines, villageoises, ou rurales. Du fait de cette intégration au tissu social, elles connaissaient beaucoup de choses concernant la vie privée des familles auprès desquelles elles intervenaient.

Cette proximité permettait l'établissement de liens de complicité vis-à-vis des patientes.

Leur savoir, par ailleurs, leur conférait une autorité morale.

D'où une image traditionnelle ambiguë : sage-femme, auxiliaire de l'autorité morale et de l'église, veillant au maintien de l'ordre établi, veillant sur la moralité des populations. Image d'une sage-femme sévère.

Mais aussi, sage femme complice des femmes, auxiliaire de leurs faiblesses,

\* En réalité il y a également en salle de naissance, selon les circonstances, d'autres intervenants qui sont moins connus du public mais dont le rôle est tout aussi important : les auxiliaires de puériculture, l'anesthésiste, les infirmier(es) aide-anesthésistes, le pédiatre, les agents de service, les infirmier(e)s.

susceptible de les aider dans certaines situations délicates de la vie.

Sage-femme suspecte disposant de pouvoirs particuliers, parfois utilisés, pensait-on, à des fins maléfiques : avorteuse, empoisonneuse.

Aujourd'hui, bien heureusement, la profession s'est libérée de ces modèles pesants. La sage-femme n'est ni une vieille matrone sévère ni une complice des femmes dépravées. C'est une femme comme les autres, proche de ses semblables qui traversent un moment important et délicat de leur existence. C'est une femme instruite, une spécialiste de l'accouchement, devant avoir - ayant le plus souvent - une grande capacité d'empathie, d'écoute et d'accompagnement.

Selon le type de service où elles exercent\*, en fonction des usages en vigueur au sein des équipes, en fonction du déroulement des événements, elles peuvent surveiller le travail, et faire l'accouchement s'il ne pose pas de problème. Le médecin n'intervient que de manière ponctuelle, à un moment ou à un autre, si apparaît une difficulté particulière. Il donnera un avis sur la conduite à tenir.

Ailleurs, elles appelleront systématiquement le médecin pour assister la naissance de l'enfant. On dit : "faire l'accouchement".

Parfois elles l'appelleront pour une décision et réalisation d'extraction instrumentale, pour une décision et réalisation de césarienne ou pour une intervention particulière : accouchement par le siège, accouchement de jumeaux, traitement d'une hémorragie de la délivrance, etc.

Lors du temps plus ou moins long que dure le travail - temps où la sage-femme est habituellement beaucoup plus présente que le médecin auprès de la femme - un lien de confiance, de solidarité, de complicité s'établit souvent entre les deux.

Il arrive parfois que, dans l'euphorie de la naissance, de la venue au monde du bébé les patientes manifestent une grande reconnaissance au médecin, et

\* Nous n'évoquons ici que les sages-femmes de salle d'accouchement. En fait, au cours de leur carrière professionnelle leurs fonctions peuvent varier, soit par des systèmes de rotation périodique, soit par mutations au fil des années : en dehors des salles de naissances, elles peuvent exercer en suites de couches, en gynécologie, assurer la préparation à l'accouchement, participer aux interventions de procréation médicalement assistée, gérer un centre de planification ou assurer d'autres fonctions. Elles peuvent pratiquer à titre libéral dans un cabinet particulier où elles font des consultations, des échographies, des séances de rééducation, etc. et, plus rarement - très rarement - des accouchements à domicile.



qu'elles oublient un peu la sage-femme qui les a accompagnées, patiemment, pendant de longues heures du jour ou de la nuit.

## Nuit de garde

Deux heures du matin, heure où le sommeil est le plus doux, le plus profond, le plus chéri.

Le téléphone sonne, impérieux : « Monsieur Kervran, c'est l'hôpital, je vous passe la sage-femme... »... Puis : « Allô, M. Kervran,... C'est la sage-femme... »

Il faut essayer de sortir du sommeil et d'entrer en conscience... « Il s'agit d'une primipare\* qui est à 5 cm. Son col ne bouge pas depuis plus d'une heure. Il s'épaissit un peu. L'enregistrement est bon... »

Il n'est pas possible de tout comprendre d'emblée. Il faut faire préciser de nouveau : « Vous m'avez dit, une primipare... Elle est entrée à quelle heure ?... 5 cm... Le tracé est bon... J'arrive ».

Vider sa vessie, trouver slip et chaussettes, s'habiller, prendre les clefs de la voiture.

Faire le trajet à travers la ville de la nuit. Quelques voitures circulent encore. L'obscurité n'interrompt pas l'activité des feux de circulation. Comme un fait exprès, ils sont souvent rouges. Je constate qu'il n'y a aucune voiture à gauche, aucune voiture à droite ; la voie est absolument libre. Cependant, j'ai un tempérament légaliste et, le cas ne présentant pas de caractère d'urgence, j'attends bien gentiment que ce sacré feu passe au vert.

Je me gare près des urgences - la nuit on entre par les urgences - et pénètre dans cet hôpital que je connais si bien : je salue la ou le standardiste- secrétaire de nuit.

Je passe devant les mêmes portes, les mêmes couloirs, les mêmes images que lors des précédentes gardes : le phare d'Ar Men, la bigoudène en coiffe, les deux chatons blottis l'un contre l'autre, les consignes d'évacuation-incendie. Je prends l'ascenseur qui conduit à l'étage de la maternité, je passe dans mon bureau et prends ma blouse : la vêtue professionnelle.

Je passe la porte de la salle de naissance : lieu de lumière, lieu de vie, dans le silence de la nuit.

La future-maman, allongée sur le dos sur le lit d'accouchement, est bien calme ; enfin, elle n'a plus mal car l'analgésie péridurale est efficace. Son mari

\* Femme qui accouche de son premier enfant

est assis à côté d'elle sur un tabouret. Il médite.

L'infirmière anesthésiste surveille les paramètres de son scope\*, regarde la patiente et médite.

La puéricultrice médite aussi.

La sage-femme qui a en charge la surveillance de cette dame réfléchit et médite sans doute.

Parfois, l'humeur n'est pas à la méditation. Une conversation s'est établie entre certains des protagonistes. Contrairement à ce qui arrive en d'autres occasions il n'y a pas d'autre femme en travail à ce moment et l'équipe est présente et disponible.

Parfois, il y a un problème préoccupant. L'atmosphère peut être anxieuse, tendue.

Ayant été appelé en recours il faut prendre soin d'avoir l'air le plus éveillé possible, le plus optimiste possible. Ça rassure ! « Bonjour, bonjour... », et je poursuis, comme si j'étais infiniment réveillé : « alors, tout se passe bien... », et, pour justifier ma venue sans inquiéter : « Ça traîne un peu... ». Parfois un mot d'humour...

Nous examinons le ruban du moniteur qui se déroule à côté de la patiente : « tout va bien, le tracé est bon... ». Je fais l'examen clinique habituel : la hauteur utérine est normale, l'utérus, entre les contractions, est souple, le col est comme l'a décrit la sage-femme. Nous parlons un peu et convenons d'attendre encore une heure et de voir comment les choses évoluent. Nous expliquons cela à la patiente et à son mari. Ils sont d'accord.

Je vais dans mon bureau, je remue quelques papiers et courriers, je feuillette quelques revues médicales, je fouille dans mes tiroirs, etc. Il faut bien s'occuper.

Une heure plus tard je retourne en salle. : « Alors, comment ça va ?... » Je fais un nouvel examen, le col n'a pas bougé. Une césarienne est donc décidée.

Avec la sage-femme, nous l'expliquons au couple qui n'émet aucune objection et paraît, au contraire, soulagé de sentir que la situation va évoluer...

Nous appelons l'anesthésiste et le personnel du bloc opératoire. La patiente est préparée puis elle est passée au bloc qui est situé à côté des salles de naissance. Je m'efforce de l'encourager par quelques paroles bienveillantes.

En salle de césarienne, la patiente est préparée pour l'intervention. Lorsque

\* L'appareil que nous appelons familièrement "scope" permet de surveiller les paramètres vitaux de la patiente : pression artérielle, pouls, concentration du sang en oxygène et d'autres.

l'analgésie (ou l'anesthésie) est efficace, que la paroi abdominale a été badi-geonnée d'antiseptiques et que les champs opératoires sont en place, l'incision de la paroi abdominale est pratiquée.

Dès lors, l'accès à la cavité utérine ne prend généralement pas beaucoup de temps. L'extraction de l'enfant est réalisée. Dans le cas présent, le petit manifeste son ardeur à vivre. Il est pris en charge par la sage-femme et l'auxiliaire de puériculture.

Ensuite sont pratiqués les gestes habituels de la délivrance\*, puis de la fermeture de l'utérus puis celle de la paroi abdominale.

Jusqu'à l'extraction de l'enfant il y a une certaine hâte, une certaine tension.

Le temps de fermeture est plus détendu, plus propice à l'échange de propos, au sein de l'équipe et avec la patiente, si celle-ci ne s'est pas retirée dans ses réflexions, ou assoupie. Cette étape prend un peu plus de temps.

La patiente, au terme du délai de surveillance en salle de réveil est ramenée dans le service.

Après avoir échangé quelques mots avec les collaborateurs du bloc, je remonte voir le père et le bébé.

Ce dernier a été placé, transitoirement, en incubateur. Il profite de l'espace nouveau qui lui a été donné pour se mobiliser au-delà des limites que lui imposait la cavité utérine.

Le père le contemple, étonné, soulagé.

Ainsi, tout le monde va bien.

Retour vers la maison. La nuit est presque terminée. Le jour commence à se lever. La lumière est encore grise. Les voitures reposent dans la fraîcheur du parking. Les oiseaux s'éveillent et chantent hardiment. Je les entends avec une précision inaccoutumée dans le silence du matin. Je regarde le paysage alentour, la silhouette des arbres, la masse sombre de l'hôpital, avec une lucidité inhabituelle.

La mère et l'enfant vont bien.

La nuit a été perturbée mais ça a été utile : mission accomplie ; c'est là, la vraie fonction de l'obstétricien.

Traversée de la ville dans l'autre sens. Les voitures sont plus nombreuses. Certains se dirigent déjà vers leur lieu de travail.

\* Expulsion du placenta

Retour à la maison. Tout le monde dort encore. Un petit café, une petite cigarette et puis au lit. Il faut dormir un peu avant d'attaquer une journée qui devrait commencer très bientôt.

C'est certain, aujourd'hui comme souvent, il va y avoir du retard !

## **Autographe**

*J'étais de garde ce soir-là.*

*Vers 21heures, la sage-femme m'appela à propos d'une patiente qui venait d'être admise pour un début de travail. Celui-ci n'avancait pas vite et elle souhaitait mon avis.*

*La patiente, mère de cinq enfants et en instance d'accoucher de son sixième était mariée à un marin pêcheur d'un petit port de la côte.*

*L'examen montra que les contractions étaient très espacées et de faible intensité. Nous décidâmes donc de lui administrer une perfusion d'un médicament visant à les renforcer.*

*Comme par ailleurs tout allait fort bien, l'ambiance était détendue. L'anesthésiste et l'infirmière anesthésiste, présents pour la péridurale, la sage-femme, l'auxiliaire de puériculture et moi conversions avec ce couple sympathique.*

*La patiente, concentrée sur ses contractions - il n'y avait pas de péridurales à l'époque - et la perspective de son accouchement, s'exprimait peu.*

*Il n'en était pas de même de son conjoint, un homme corpulent, barbu, au teint hâlé. Une sorte de capitaine Haddock.*

*Il nous expliqua qu'il était marin pêcheur. En temps ordinaire, sa femme ne l'accompagnait jamais à bord de son bateau. Elle était sujette au mal de mer.*

*En revanche il avait remarqué - je ne sais pas trop comment, puisqu'en principe elle ne l'accompagnait pas - que, lorsqu'elle était enceinte et près du terme, le mal de mer déclenchait son travail.*

*Aussi - nous expliqua-t-il - à chaque grossesse, lorsqu'ils sentaient que le temps de l'accouchement était arrivé, ils partaient ensemble en mer.*

*Rapidement, la patiente était malade et les contractions apparaissaient. Il la ramenait alors à terre et la conduisait à la maternité où, habituellement, elle accouchait dans de brefs délais.*

*Avec ce tonitruant mari et son épouse sympathique, l'ambiance en salle d'accouchement était joyeuse.*

*Rapidement le travail de la patiente évolua favorablement et elle accoucha, comme il est fréquent pour un sixième bébé, en quelques efforts d'expulsion.*

*Le mari, déjà fort animé pendant le travail, voyant son sixième enfant, ne se sentait plus de joie. Il nous remercia tous chaleureusement et embrassa sa femme ainsi que toutes les autres femmes présentes dans la salle.*

*Comme il est habituel pour tout travail, les contractions utérines et le rythme cardiaque du fœtus avaient été surveillés grâce à cet appareil bien connu des femmes qui ont eu des enfants, appelé "cardiotocographe" ou, plus couramment, monitoring, que nous avons déjà évoqué.*

*Le mari était si heureux qu'il nous demanda de lui donner, en souvenir, un petit bout de l'enregistrement et que chacun de nous y appose sa signature : un monitoring dédié.*

*Des autographes médicaux. C'était la première fois que je voyais cela.*

*Nous ne pouvions lui donner la totalité du monitoring car il constitue un document à valeur médico-légale qui doit être conservé dans le dossier.*

*Mais, lui en donner un petit bout, compte-tenu du contexte, était tout à fait possible. Ainsi, nous découpâmes une partie de l'enregistrement et chacun de nous le signa avant de le lui remettre.*

*Il était très heureux, sa femme l'était également. C'était un souvenir d'un accouchement médicalement simple et humainement chaleureux.*

*Il l'a peut-être mis dans l'album de photos familial, à côté des images de l'échographie et de celles du nouveau-né.*

## **La moitié de la nuit Contre-chant Marie- Hélène Ferrier**

Quelques heures ont passé. Trois, quatre, la moitié de la nuit...

Même s'il faut être très vigilant sur l'écoulement du temps et noter scrupuleusement le déroulement du travail à intervalles réguliers, l'activité nocturne, l'ambiance particulière de l'hôpital au repos font un peu office de « jet lag », et la notion du temps, notion bien subjective, s'en trouve différemment perçue.

Ces heures passées à savoir attendre, à savoir réagir au plus vite et au plus juste, la tension que chacun exprime plus ou moins, l'impression jamais désabusée d'être le témoin d'une nouvelle vie, tout cela concourt à faire d'un service de maternité un service « à part » au sein de l'hôpital.

Les internes, les stagiaires, le soulignent souvent : service plutôt gai. La maladie et la mort ne font pas partie du quotidien. La hiérarchie se fait moins pesante dans l'équipe soignante qui partage davantage travail et émotions. Du moins dans les petites et moyennes structures.

On a moins tendance que dans les autres services à cloisonner relations

professionnelles et amicales, et au-delà des statuts, des âges, du temps, ces relations me semblent plus solides, plus chaleureuses.

## Après l'accouchement

La salle de naissance est maintenant bien tranquille.

Il y a eu l'agitation d'avant : le travail, les douleurs associées aux contractions de l'utérus progressivement croissantes ; l'apaisement apporté par l'analgésie péridurale ; les efforts expulsifs avec l'agitation vocale des encouragements à pousser : « Inspirez, soufflez, inspirez, bloquez, poussez, poussez encore, poussez toujours, c'est ça, poussez, poussez, poussez... ».

Tout le monde a participé à cette incitation enthousiaste. Tout le monde a un peu poussé.

Puis est venu le moment d'émotion collective suscitée par la venue de ce nouvel enfant.

Celui-ci a été examiné, pesé, mesuré. Il a pris son bain puis a été habillé en petit d'homme.

Il est peut-être, maintenant, dans les bras de son père qui, assis à côté de sa femme, le regarde dans les yeux, le découvre et s'interroge sur le mystère de ce nouveau-né inconnu qui se révèle.

Il est peut être blotti dans ceux de sa mère, tout épuisée de ce qu'elle vient de vivre.

Il s'efforce d'ouvrir les yeux. Il est gêné par la lumière, pourtant atténuée afin de ne pas l'éblouir. Cette lueur est nouvelle pour lui qui a vécu dans l'obscurité de l'utérus maternel pendant neuf mois.

Il fait des petits mouvements de bouche à la recherche d'un mamelon nourricier. Comme un minuscule boxeur, il remue un peu ses poings fermés, au ralenti.

La salle est maintenant bien calme.

La sage-femme est partie faire ses papiers ; il y en a beaucoup à faire, après un accouchement.

L'auxiliaire de puériculture range son matériel et prépare tout ce qu'il faut pour une nouvelle naissance à venir.

L'anesthésiste est parti voir d'autres patients.

L'infirmier anesthésiste surveille la perfusion et l'écran du scope. Celui-ci affiche les paramètres en caractères colorés et dessine des arabesques mystérieuses. De temps à autre il émet des bruits rassurants, quelques notes de

musique ou la sonorité pressée du brassard à tension qui se gonfle automatiquement.

La salle de naissance est calme, apaisée. Lieu de sentiments, de réflexion.

Le bébé est bien calme. De temps à autre, il émet de nouveau un petit bruit de succion...

Une nouvelle existence vient de commencer.

## Aspects organiques

La patiente est allongée sur le lit d'accouchement, les mollets étalés sur les appuie-jambes. La tête un peu surélevée, elle regarde le plafond.

Elle est en position gynécologique, les fesses au bord de la table, les jambes très largement écartées.

Son pauvre périnée a été bien sollicité par le passage de ce bébé avec sa grosse tête ronde. Il a peut-être fallu lui faire une épisiotomie, ou peut-être une déchirure s'est-elle produite, pour permettre un agrandissement suffisant du passage vulvaire.

Ses fesses reposent sur des champs qui se concentrent dans une cuvette posée sur le sol, lequel est couvert de draps pour absorber les liquides libérés lors de l'expulsion puis de la délivrance.

Les champs sont imprégnés de sang, larges taches épaisses et brillantes qui descendent jusqu'au baquet. A la rutilance du sang s'ajoute la couleur brune terne du produit iodé qui a été utilisé pour la désinfection locale, l'humidité du liquide amniotique, le noir vert du méconium, le jaune de l'urine et quelques selles de la maman qui ont été exprimées et laminées par le passage de l'enfant.

Le baquet est plein de linges tachés, et des emballages en papier des matériels à usage unique qui ont été utilisés lors de l'accouchement.

A quatre heures du matin, après la naissance de cette petite fille, de ce petit garçon, personne n'a vraiment conscience de ce désordre, de ce sang, de cet étalement d'humeurs.

Chacun est là depuis plusieurs heures, beaucoup sont habitués à ce décor, personne n'en perçoit le caractère insolite, trivial. Un étranger situé hors du contexte qui entrerait dans la pièce aurait le sentiment d'être le témoin d'une scène surréaliste.

La patiente n'a pas, non plus, conscience de sa situation : masse lourde et souple étalée sur une table, les jambes momentanément paralysées par la péridurale, dans un environnement sanguinolent et excrémental.

## Suture du périnée

Parfois il y a eu une déchirure du périnée, trop sollicité, ou une épisiotomie. Il est temps maintenant de recoudre. Il faut d'abord faire un peu de ménage, désinfecter de nouveau le périnée de cette dame, mettre des champs propres ; un sur le ventre, un sous les fesses. Sur une petite table à roulettes, installer le matériel nécessaire à la suture : porte-aiguille, pince à disséquer, ciseaux, compresses, fils. Mettre de nouveau des gants stériles.

L'intervenant est assis devant le périnée de la patiente, comme un peintre devant son chevalet... Il a la pilosité pubienne à la hauteur des yeux, en incidence rasante. Il a l'étalement de l'anatomie féminine la plus secrète en premier plan. Il est vrai que maintenant, et pour un peu de temps, cette portion du corps qui a été étirée, malmenée, déchirée ou coupée, a perdu un peu de son charme et, dans ce moment, n'est plus secrète du tout.

La péridurale étant efficace, il n'est pas nécessaire de faire une anesthésie locale. Il faut donner quelques explications concernant l'épisiotomie : « oui, il faut la recoudre..., grâce à la péridurale, ça ne fait pas mal..., en principe ça cicatrise bien..., habituellement, ça n'entraîne pas de troubles secondaires... ».

Assis sur son petit tabouret, l'intervenant, entre les jambes de la patiente, a les pieds de celle-ci à la hauteur de ses oreilles. Concentré sur son travail, il parle en quelque sorte au périnée de l'accouchée.

Celle-ci, un peu plus loin, un peu plus haut, du côté de sa tête, parle au plafond.

Le scialytique, comme un grand soleil, éclaire la scène, foyer de lumière dans la pénombre.

Recoudre rigoureusement une épisiotomie peut prendre un certain temps.

C'est l'occasion de l'instauration d'un dialogue nocturne, comme entre voyageurs insomniaques dans le couloir d'un wagon de chemin de fer. Celui-ci est souvent sérieux et riche, avec cette jeune femme qui vient de vivre un moment critique de son existence, avec son mari - s'il est toujours présent - qui a vécu l'équivalent masculin.



Il peut être fait, parfois, quelques commentaires sur le déroulement de l'accouchement comme après une épreuve sportive, ce qu'est aussi l'accouchement.

Il y a souvent beaucoup à dire sur la signification mystérieuse de cette naissance, sur le début de vie conjugale de ce jeune couple.

Le dialogue peut s'éloigner du champ périnatal.

Les jeunes parents évoquent leur installation récente dans un nouveau métier, dans une nouvelle région ; leur vie passée ; leurs problèmes familiaux.

Parfois sont abordés des sujets philosophiques, ou moraux, comme dans un dialogue de salon.

Parfois la conversation est exclusive entre l'accoucheur et la patiente. Parfois il intègre le jeune père, l'infirmier(e) anesthésiste, la sage-femme, la puéricultrice, le médecin anesthésiste.

Autant de têtes qui se parlent, dans la pénombre ; qui, sans se regarder, évoquent leurs propres vies, leurs propres expériences, partagent leurs sujets d'intérêt.

Le nouveau-né a renoncé à ouvrir les yeux, ses poings se sont immobilisés. Il dort profondément, fatigué par ce moment difficile de sa vie.

De temps à autre, cependant, toujours ce petit bruit de succion.

Il rappelle qu'en dormant il rêve : il rêve qu'il tète le sein de sa mère ou que se croyant encore dans l'utérus maternel, il s'entraîne à téter.



# Allaitement

## La tétine ou le téton\*

Aborder le sujet de l'alimentation du nouveau-né, est pénétrer dans un univers d'irrationnel et de contradictions, terrain d'opposition entre l'état de nature et l'état de culture, entre le pouvoir des soignants et l'autonomie des mères et des bébés.

Lorsque l'on pose à une femme enceinte ou à une jeune accouchée la question de savoir si elle nourrira son enfant au sein ou au biberon, on est surpris de constater qu'à part quelques indécises la plupart sont déterminées : pour le sein... pour le biberon...

Quelquefois le ton de la réponse fait penser que pour le biberon signifie peut-être : "surtout pas le sein". Et "pour le sein", qu'évidemment, il est naturel d'allaiter au sein et que le biberon, ce n'est pas valable.

Pourquoi ces certitudes opposées ?

Lorsque l'on voit les difficultés que présente parfois un début d'allaitement maternel, on pense aux femmes des temps anciens, dans leur village gaulois ou dans la Rome de Romulus ; aux femmes des pays lointains dans leurs huttes de la forêt amazonienne ou de la forêt africaine, qui allaitent - du moins on l'imagine - comme si c'était aussi simple que de manger ou respirer.

En fait, il n'en est pas / il n'en était pas toujours ainsi.

A l'état de nature, de très nombreux nouveau-nés sont certainement morts - meurent encore, en raison de difficultés d'allaitement non résolues. Ils meurent de faim.

Parfois, il peut être fait appel à une voisine, une amie, une domestique, une nourrice, qui a un enfant un peu plus grand dont l'alimentation commence à être diversifiée. Celle-ci, pendant le temps nécessaire, devient nourrice amicale ou mercenaire.

Cette solution n'est pas très favorable, ni pour l'enfant biologique de la femme, ni pour l'enfant qu'elle s'efforce de nourrir. L'un d'eux est partiellement privé du lait dont il aurait besoin et l'autre boit un lait qui n'est pas adapté à son âge.

Lorsque l'on pense à l'apparition de l'allaitement artificiel on est surpris de réaliser que celui-ci s'est implanté d'abord dans les villes et dans les milieux les plus aisés, évolués, cultivés et que, dans un mouvement inverse, c'est dans les villes et principalement dans ces milieux intellectuels, qu'en règle générale

l'allaitement maternel a repris en premier. Pourquoi ?

On a coutume de dire que le lait maternel est mieux adapté au nouveau-né que le lait artificiel, mais on a bien l'impression que les bébés nourris au biberon ne poussent, ma foi, pas si mal. Il y a plusieurs types de laits assez bien adaptés au contexte de chaque nourrisson.

Les gens de ma génération ont connu, lors de leurs études, l'allaitement maternel au début de sa renaissance. C'est à cette époque-là aussi, les années 60, que naissaient nos propres enfants. Allaiter, alors, n'était pas une mince affaire.

La jeune maman était confrontée à plus d'interdits que d'encouragements et sa démarche s'apparentait à un parcours d'obstacles. Seules en triomphaient celles qui avaient des montées de lait très satisfaisantes et un solide équilibre psychologique.

Le téton, enduit de colorants et de pommades puantes n'était pas très attirant pour le bébé qui aurait certainement préféré les odeurs de sa mère : celles qui émanent des glandes situées autour de ses mamelons, celles de sa peau, de ses aisselles. En effet, ces fragrances sont sensées attirer le nouveau-né vers la poitrine de sa mère puis diriger sa bouche vers l'un ou l'autre de ses seins.

En ce temps il fallait se méfier grandement des portes et des fenêtres, sources de courants d'air, qui pouvaient provoquer l'apparition de crevasses.

Les tétées étant à heures fixes, il fallait faire boire les bébés endormis et jeûner ceux qui réclamaient à grands cris.

Si une mère trop confiante ne se posait pas de questions sur ses qualités de nourrice, la balance, utilisée avant et après chaque tétée, ne retrouvant pas toujours la différence de quelques grammes qui était attendue comme un verdict, la ramenait à plus d'humilité. Et que faire si l'enfantelet pissait pendant la pesée ? Fallait-il ou non compter le poids du pipi voire, s'il faisait plus que pisser, celui du caca ?

Beaucoup d'autres obstacles étaient mis en place - inconsciemment et sans mauvaise volonté - pour faire échouer les nourrices : dès les premières difficultés, on leur apportait le tire-lait. Par ailleurs, elles étaient informées de tous les périls qui les guettaient : les engorgements, la lymphangite, les crevasses déjà citées, et parfois pire.

Enfin, lorsque la courbe de poids déclinait et que la volonté de la jeune mère fléchissait, arrivait le complément, dernier recours avant le renoncement définitif qui, après une bonne crise de chagrin, ramenait la sérénité dans la chambre et la jeune présomptueuse sur le droit chemin de la soumission arithmétique : rien le 1er jour, 6 fois 10 g le 2è jour, 6 fois 20 g le 3è jour, 6 fois 30 g le 4è jour, etc. Voilà qui est clair.

Me moquant de tout ceci, je m'inclus dans la critique, car nous étions, à l'époque, tous solidaires. Par ailleurs, ma chère épouse qui tenta d'allaiter, n'y parvint pas et en conçut un grand regret. Le corps médical, le corps des soignants dans son ensemble, se sont beaucoup trompés, dans ce domaine, comme dans beaucoup d'autres.

Peu à peu des jeunes mères, des sages-femmes, des médecins, souvent mères elles-mêmes, se sont interrogées sur le bien-fondé de ces pratiques autoritaires et ont imposé, progressivement, à petits pas, un autre état d'esprit : l'allaitement maternel est naturel. Puisqu'il est naturel, il faut laisser les choses se faire naturellement : apaisement, sollicitude, bienveillance, dédramatisation. Le bébé boit quand il veut, la quantité qu'il veut.

Tout cela devrait marcher. Et malgré tout, ça ne marche pas toujours aussi bien qu'on le voudrait. Pourquoi ? Question déjà posée : qu'en était-il chez les Gauloises, qu'en est-il chez les femmes de la forêt amazonienne ? L'état de culture est-il plus fort que l'état de nature ? Ou y a-t-il autre chose ?

Actuellement, le retour de l'allaitement maternel fait que les femmes qui ne veulent pas ou ne peuvent pas allaiter sont parfois considérées, avec un peu de sectarisme, comme n'ayant pas de conscience écologique.

Par ailleurs, le libéralisme autour de l'allaitement maternel que nous avons évoqué a eu des effets collatéraux sur l'allaitement artificiel. Voilà que peu à peu les bébés nourris au biberon ont eu le droit de boire presque ce qu'ils voulaient à des heures presque libres. Sans compter que, des Etats Unis, nous est venu le monstrueux, inimaginable laxisme du biberon froid, qui, de ce fait, n'est plus l'apanage des mères inconscientes. On parle même de ne plus les stériliser, ces biberons ! En effet, les draps des berceaux que les nouveaux nés suçotent et sur lesquels ils crachotent ou régurgitent ne seraient pas stériles. Alors...

L'autonomie des mères et des bébés aurait-elle pris le pas sur l'autorité des soignants ? Beaucoup de questions.

"Nous sommes - a dit quelqu'un... - des êtres à demi conscients dans un monde peuplé de tabous". C'est vrai pour les soignants et pour les soignés, mais, même en le sachant, il n'est pas toujours facile de devenir clairvoyant.

## Mises en nourrice

Evoquons une pratique très ancienne qui ne disparut progressivement qu'au début du XXe siècle.

Il s'agit des placements en nourrice. Avant cette époque de nombreux enfants, pour diverses raisons, étaient mis en nourrice.

Les femmes des milieux aisés estimaient parfois - souvent - qu'il aurait été indigne d'elles de s'occuper de poupons. Elles avaient mieux à faire que de torcher et nourrir des enfants en bas âge.

Les femmes pauvres cherchaient soit à être déchargées de leur enfant pour pouvoir reprendre leur travail et continuer à gagner leur vie, soit à élever et nourrir les enfants des autres de leur propre lait, pour gagner un peu d'argent. Dans certaines campagnes des femmes immigraient vers la ville pour se placer comme nourrices dans des familles aisées. Parfois plus de la moitié de la population féminine d'une région quittait celle-ci pour ce motif.

Cette pratique n'était pas favorable aux enfants. A cette époque il n'existait pas, comme aujourd'hui, de laits de substitution réellement adaptés aux nouveau-nés. Ceux-ci, au cours des premiers mois, devaient presque obligatoirement être nourris au sein.

À la fin du XIXe siècle, 10 % des enfants étaient ainsi placés. Les taux dans les grandes villes pouvaient aller jusqu'à 40 %.

Les enfants des nourrices, confiés à des parentes, à des voisines, des amies, avaient des taux de mortalité extrêmement élevés (aux alentours de 30 %). Il s'agissait souvent de milieux pauvres et la mère mercenaire devait nourrir deux enfants : le sien propre et celui qu'elle avait en nourrice.

Les enfants de la ville issus de milieux aisés et placés en nourrice à la campagne - les "petits Paris" - n'étaient guère mieux lotis : la nourrice devait choisir d'allaiter préférentiellement l'un ou l'autre enfant, le leur ou le petit pensionnaire. Ce n'était bon ni pour l'un, ni pour l'autre. Les taux de mortalité, ici encore, étaient très élevés, malgré le bon air de la campagne.

La cessation de ces placements en nourrice fut un grand progrès pour la survie des jeunes enfants.

# Dimanche soir de garde

Je déambule, ce dimanche soir, dans les couloirs de la maternité.

A force de fréquenter ces locaux, minute après minute, jour après jour, à des heures et dans des circonstances très diverses, ils me sont devenus extrêmement familiers. Je les ai vus, et revus, sans les voir. Je les ai vécus.

Bien des fois, je me suis fait, à leur propos, des réflexions, fugitives, inconscientes, portant sur de minuscules détails : un extincteur, une image de décoration, une encoignure...

Les patientes, pour la plupart, sont dans leur chambre. Elles se reposent à côté du berceau où repose leur nouveau petit bébé, fille ou garçon.

Ce nouveau-né à qui la maman s'efforce de parler mais qui ne sait pas encore lui signifier qu'il a compris.

Les lumières sont allumées. Il fait nuit dehors.

Les visiteurs marchent à pas lents dans les couloirs. La patiente à qui ils viennent de rendre visite les raccompagne. Ça la fait sortir un peu de sa chambre.

Son épisiotomie est encore bien douloureuse. Elle marche lentement en se dandinant un peu, avec sa robe de chambre et ses chaussons.

Les frères et sœurs du nouveau-né, encore petits, courent. On leur dit qu'il ne le faut pas, mais les longs couloirs - comme les salles de bal - stimulent la mobilité des enfants.

Une femme est appuyée au chambranle de la pouponnière. Elle vient demander des couches pour son bébé.

Elles sont bien fatiguées, toutes ces jeunes accouchées, et pâles, et souvent assez meurtries.

Pour le personnel, la journée se termine. A vingt heures, c'est la relève.

L'auxiliaire de puériculture range la pièce pour la nuit. Elle donne à la patiente les couches qu'elle a demandées, échange quelques mots.

Du côté des salles de naissance, c'est calme. Il y a eu une césarienne le matin et trois accouchements dans l'après-midi. Maintenant c'est fini. Les patientes ont été passées dans leur chambre après les deux heures d'observation réglementaires. Elles ont parcouru les couloirs, dans une petite chaise roulante, avec leur enfant, emmailloté de frais, dans leurs bras.

Les salles ont été rangées, nettoyées.

Tout a été disposé pour accueillir de nouvelles parturientes, peut-être dans une heure, peut-être demain.

Avec la sage-femme des suites de couches, je viens faire le point du soir. Bien souvent, elle a déjà fait son tour, et n'a relevé aucun problème particulier.

Parfois elle nous signale une difficulté : telle patiente a de la fièvre, telle autre a du chagrin, une autre serait très angoissée.

Nous allons voir l'une et l'autre, et la troisième.

Quelques gestes d'examen. Une conversation tranquille, quelques mots d'apaisement, quelques considérations sur les réalités de la vie. Avec un peu d'empathie, un peu d'écoute et un peu de temps, les choses peuvent aller nettement mieux. Au contraire, le progrès peut n'être pas manifeste.

Parfois j'ai le sentiment d'être sur la passerelle d'un grand navire immobile, qui marche très bien sans moi. Dans la pénombre, il ne se passe rien. Chacun suit ses propres pensées, réfléchit, échange quelques paroles, regarde la nuit.

Je vais aller me coucher. Peut-être ne serai-je plus sollicité jusqu'à demain matin, jusqu'à ce que je sois relevé par un collègue.

Peut-être serai-je appelé pour une admission, un forceps, une césarienne, une fausse-couche, une patiente qui a des douleurs, dans une demi-heure, dans trois heures...



# Epilogue

Ce n'était pas un modèle très ancien, comme ceux qui comprenaient deux coupoles jumelles, deux demi-sphères nickelées avec une petite boule - perle entre deux nichons - qui vibrait entre elles. De ces modèles là, on avait pu en voir parfois, dans des temps révolus. Il en existe sans doute encore, dans les musées ou dans des appartements de personnes infiniment âgées.

Celui-ci, sans avoir cette ancienneté, était quand même un objet appartenant au passé - « Propriété insaisissable de l'Etat » ; comme une odeur de P. T. T.

Une sphère un peu aplatie en acier dépoli, hésitant entre l'hémisphère et le cylindre, dans un style assez « bureautique triste ». Cette coupole d'acier était centrée par un écrou rond avec une fente décalée. Un écrou qui aurait préféré le tournevis à la clef à molette, mais dont la fente aurait dû s'excentrer pour laisser la place, au milieu, à un axe fileté. Un modèle puissant, qui faisait un vrai bruit de sonnette, de sonnerie. Qui pouvait s'entendre de loin : du grenier, du fond du jardin. Qui faisait sursauter à chaque fois que le téléphone s'animait : timbre vigoureux, capable de traverser les murs, les distances, les épaisseurs de la nuit, les profondeurs du sommeil.

Au fil des années, sonnette honnie, capable de troubler tous les instants de la vie familiale. Autorité insolente : « Monsieur Kervran ..., c'est l'hôpital... je vous passe la maternité... »

A la décharge de cette sonnette massive il faut préciser les points suivants : certes il en est de plus menues, plus délicates, au timbre discret, modéré, presque musical ; à priori elles sembleraient moins traumatisantes que le modèle mural. Sonnerie incorporée - intensité réglable, possibilité de sélectionner diverses mélodies. Mais ça, ce n'est vraiment valable que si on habite en appartement. Certes, proche du lit, il pourrait permettre le développement d'une complicité rassurante. En fait, il n'en est rien. Peu à peu, cette petite mélodie sonnante, répétée au fil des nuits, devient elle aussi intolérable, à peine moins odieuse que le chant détesté du vieux timbre de fer.

Devenant, un 1er août, un authentique retraité, j'ai voulu marquer le passage à cet état nouveau par un acte à haute valeur symbolique. En même temps, je voulais me venger de cette sonnette qui avait dominé, sans indulgence, les nuits et les dimanches de la maison pendant de nombreuses années.

Mon idée première fut de la démonter. J'aurais enlevé la coupole et laissé à

l'air libre ses mécanismes intimes. Elle aurait pu vibrer, tant qu'elle voulait, dans le vide, sans déranger personne (J'aurais mis le cabochon de côté pour le cas où un jour... On ne sait jamais !). Je n'y suis pas parvenu. Il est vrai que je n'ai pas voulu trop insister... « Propriété insaisissable de l'état » avons-nous dit... Je n'avais pas le droit de la détériorer. Après tout, elle n'était pas à moi !

Ne renonçant cependant pas à mon projet d'étouffer sa voix, je lui ai finalement coincé le vibreur avec un chewing-gum. Maintenant, la sonnerie du téléphone est bâillonnée. On sent bien qu'il se passe quelque chose là-haut - à l'angle du mur et du plafond, au dessus de la porte, là où les araignées sont tranquilles pour installer des toiles désordonnées - que ça vibre un peu. Ça vibre encore, mais ça ne sonne plus !

Quant aux autres sonneries, celles qui sont intégrées aux téléphones, progressivement elles prennent une signification nouvelle, et, de toute manière, elles ne sonnent guère la nuit.

# Bibliographie

- Balint, Michael Le médecin, son malade et la maladie. Paris, Payot, "Petite Bibliothèque", 2-228-30861-7, 1960 419.
- Bassaglia, Yann. Biologie cellulaire. Paris, Maloine, "Sciences fondamentales", 2-224-02650-1, 2001 197. B
- Beauvalet-Boutouyrie, Scarlett. Naître à l'hôpital au XIXe siècle. Editions Belin, Paris, Belin, "Modernités", 2-7011-2569-3, 1999 429.
- Bouccara Lucien. Dictionnaire médical de la femme. Paris, Le Hameau, 2-7203-0024-1, 1981 225.
- Cacault, Jean-Alain. L'urgence en garde de gynécologie et de maternité et les consignes applicables aux nouveaux nés. John Libbey, Montrouge, Euro-text, 2-7420-0199-9, 1997 153.
- David, Nadine. Echocardiographie fœtale. Paris, Masson, "Abrégés", 2-225-85540-4, 1996 97.
- Di Mascio Béatrice - Kervran Herma. Mon enfant de la naissance à la maternelle Albin-Michel 2010 448 p 9782226187703
- Emery, Alan. E. H. Génétique médicale. Paris, Masson, "Abrégés", 2-225-80597-0, 1986 291.
- Encha-Razavi, Féretché. Escudier, Estelle. Embryologie Clinique. Paris, Masson, "Abrégés", 2-225-84564-6, 1994 302.
- Farabeuf, L.H. Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements. Georges Steinheil, Paris, Steinheil éditeur, 1891 488.
- Gélis, Jacques. La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie. Editions Fayard, Paris, Fayard, "Nouvelles études historiques", 2-213-01918-5, 1988 560.
- Gélis, Jacques. L'arbre et le fruit. La naissance dans l'occident moderne XVIe XIXe. Editions Fayard, Paris, Fayard, 978-2-213-01379-4, 1984 599.
- H. A. S. Comment mieux informer les femmes enceintes. H. A. S., Saint Denis la Plaine,
- H. A. S. 2006 51. H. A. S., Préparation à la parentalité. H. A. S., Saint Denis la Plaine, H. A. S., 2006 51.
- Henrion, Roger. Diagnostic prénatal et médecine fœtale. Masson, Paris, Masson, "Abrégés", 2-225-80982-8, 1987 329.
- Jacques, Béatrice. Sociologie de l'accouchement. Paris, PUF le Monde, "Partage du savoir", 2-13-0
- Jedda 55832-1, 2007 209. Juste après dresseuse d'ours. Fleuve éditions 2011 2-265 09431-5

Kamina, Pierre. Anatomie gynécologique et obstétricale. Embryologie-anatomie macroscopique et microscopique. ,Dépôt légal : 2ème trimestre 1968 n° édition 579, Paris, Maloine, 1968 359.

Leboyer, Frédéric. Pour une naissance sans violence. Paris, Editions du Seuil, 2-02-005576-7, 1974-1980 157.

Leroy, Fernand. Histoire de naître. De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles, De Boeck, 2-8041-3817-8, 2002 456.

Merger, Robert. Levy, Jean. Melchior, Jean. Précis d'obstétrique. Dépôt légal : 4ème trimestre 1967 7.80737.301, Paris, Masson, 7.807-37.301, 1967 1030.

Mimoun, Sylvain. Des maux pour le dire. Les troubles psychosomatiques en gynécologie. Paris, Flammarion, "Santé mode d'emploi", 2-08-201612-9, 1990 229.

Pons, Jean-Claude. Les grossesses multiples. Flammarion-médecine sciences, Paris, Flammarion, "Médecine Sciences", 2-257-15565-3, 2000 311.

Rumeau-Rouquette, Claude. Bien naître. La périnatalité entre espoir et désenchantement. Editions E. D. K., Paris, Editions E. D. K., 2-84254-059-x, 2001 213.

Schaal, Jean-Patrick. Maillet, Robert. Riethmuller, Didier. Mécanique et techniques obstétricales. Sauramps Médical, Montpellier, 2-84023-183-2, 1998 604.

Silbernagl, Stefan. Despopoulos, Agamemnon. Atlas de poche de physiologie. Paris, Flammarion, "Médecine Sciences", 2-257-10439-0, 1989 359.

Taurelle, R. Tamborini, A. La ménopause. Masson, Paris, Masson, "Abrégés", 2-225-83330-3, 1997 230.

Tchobroutsky, Catherine. Prendre en charge et traiter une femme enceinte. Préconception. Grossesse. Post-partum. Meds/McGraw-Hill, Paris, 2-86439-159-7, 1988 388.

Thirion, Marie. L'allaitement. Editions Ramsay, Paris, Ramsay, 2-85956-177-3, 1980 336. Tournaire, Michel. Physiologie de la grossesse. Paris, Masson, 2-225-75328-8, 1982 286.

Tournaire, Michel. Physiologie de la grossesse. Paris, Masson, 2-225-75328-8, 1982 286.

Tournaire, Michel. Carbonne, B. Philippe, H.-J. Mise à jour en gynécologie et obstétrique. Paris, Vigot, C.N.G.O.F. 2-7114-8190-5, 24 vol. de 1981 à 2005.

Par ailleurs,

J'ai beaucoup picoré dans les dictionnaires :

— Dictionnaire des termes de médecine Garnier- Delamare Maloine 2 éditio

isbn 2- 224-01910

- Dictionnaire de Gynécologie obstétrique Sournia Jean-Charles et Milliez Jacques 1999 600 p. ISBN 2-85319-276-8
- Dictionnaire historique de la langue Française Rey Alain Dictionnaires Le Robert 1998 isbn 2-85036-532-7
- Le Petit Larousse illustré et le Robert
- Et j'ai beaucoup consulté divers sites Internet où j'ai lu de très nombreux articles concernant les sujets traités.

Remerciements 1

Années de pratique 5

*Etre et ne plus être* 9

Médecin, Accoucheur, Gynécologue 17

Une spécialité, des spécialités 18

Trois domaines 20

Les sub-spécialités 23

Pourquoi choisit-on ces professions ? 25

Raisons logiques 25

Et du côté de chez Freud ?... 30

Le gynécologue homme et la féminité 34

Choix de la spécialité en fonction du sexe 36

Confrontation à la féminité 37

Le labyrinthe 41

Le début en gynécologie, la fin en obstétrique 41

L'hymen, structure énigmatique 45

La matrice 47

Trompes, ovaires 48

Les mamelles 49

Femme et homme. Des sexes bien différents, en apparence... 53

Sexe féminin, sexe discret 53

Les petites règles de moineau 55

Le sexe de l'homme 56

Homme acteur, femme passive ? 59

Différences et similitudes 60

Une histoire très ordinaire 62

Le bouquet de madame Carreiros 64

Complémentarité des deux sexes ; l'androgynie primitif 66

Circoncision, excision, infibulation. Interdits sexuels 67

Jouissances 68  
 Parties de Domino 70  
 Désir violent 71  
 "J'en peux plus" 73  
 Ambivalence vis-à-vis des organes génitaux 75  
 Le gynécologue n'y échappe pas 75  
 Organes sexuels et gynécologie 78  
 Le gonocoque 79  
 Syphilis 82  
 Les "consultes"... 85  
 En pratique 85  
 Diversité 86  
 Patiente unique Contre-chant M. H. Ferrier 89  
 Rencontres récurrentes de la même patiente 89  
 Les consultations se suivent 92  
 Et comment ça se passe, *la consulte* ? 94  
 Densité et routine 97  
 Les journées sont parfois longues 98  
 En pratique 105  
 Gynécologue polyvalent 105  
 Devoir faire ce que les autres n'ont pas le droit de faire 107  
 Dire les bonnes et les mauvaises nouvelles 109  
 Et quand tout va bien ? 112  
 Trisomie 21 113  
 Médecin et patient 117  
 Dimension irrationnelle de la relation 117  
 Pauvre individu tout nu... 117  
 Madame Levenez 119  
 Le médecin doit s'efforcer de rester modeste 121  
 QUELQUES SATISFACTIONS « BONUS » Contre-chant Marie-Hélène FER-  
 RIER 124  
 Début et fin d'une fonction 127  
 Fillette, jeune fille, femme Garçonnet, grand garçon, homme 127  
 Le retour d'âge 131  
 Un mari encombrant 134  
 L'immense marché de la vieille dame 136  
 "Stérilité" 139  
 Madame Legorju 140  
 Le statut ("statue ?") du médecin... 145

Il y a plusieurs types de praticiens, de pratiques 147  
 Les Mots 155  
 La souffrance ne peut être tue 155  
 Le vocabulaire médical 157  
 Le secrétariat médical 166  
 Confrère ou collègue 168  
 Sexualité et grossesse Plaisir et procréation Mystérieuses associations 173  
 Le désir sexuel et la procréation 173  
 Le Petit Poucet (Perrault 1697) 175  
 Dans ces moments là... 175  
 Contraception 177  
 La grossesse, un gigantesque programme 183  
 Zygote - Embryon - Fœtus - Nouveau-né 184  
 La naissance 189  
 "Poussez, poussez, poussez encore !" 189  
 Le placenta, une étrange merveille 191  
 Destin trivial 194  
 Retour à la case départ 195  
 Spécificités humaines 197  
 Adaptation des tissus pelviens 199  
 Episiotomie 200  
 Femme - Mère Homme - Père 203  
 Porter l'enfant à venir 203  
 Gigognes 205  
 Cabane et utérus 207  
 Parents 209  
 L'homme constant 209  
 SECRETS DE FILIATION Contre-chant Marie-hélène Ferrier 212  
 Les nouveau-nés 215  
 Ils émergent de leur premier abri 215  
 Le nouveau-né, animé ou inanimé 216  
 Comme si on pouvait escamoter la mort ! 218  
 Destins précaires des embryons 220  
 Fausses couches 221  
 Refus d'enfant 225  
 Avortements provoqués 228  
 La bonne volonté ne suffit pas 228  
 Interruptions volontaires de grossesse (IVG) 231  
 Ambiguïté 236

Interruptions médicales de grossesse(IMG) 240  
 La grossesse ici et ailleurs, hier et aujourd'hui 243  
 Au fil des temps anciens 243  
 Les Hôpitaux, refuges des femmes pauvres 246  
 "Les enfants Trouvés" 247  
 Les fièvres puerpérales 248  
 Mort ou vif 252  
 Evolution récente de la pratique obstétricale 255  
 Surveillance de la grossesse 255  
 Les secrets de la vie intra-utérine 258  
 Voir l'enfant dans le ventre de sa mère 259  
 Madame Sibiril 264  
 Madame Traoré 265  
 L'échographie de la secrétaire 267  
 Et surveiller son état 269  
 Techniques de surveillance peu à peu abandonnées 272  
 Apprécier l'état du nouveau-né 274  
 Destins 276  
 Dangereosités 279  
 Risques maternels 279  
 Risques pour les enfants 281  
 Enfants malades, enfants malformés, enfants morts 282  
 Laparoschisis 285  
 Un jumeau acardiaque 287  
 Injustices génétiques 289  
 "Notre famille..." 290  
 Les malfaçons, les aléas 292  
 Le médico-légal Contre-chant Marie-Hélène Ferrier 297  
 Madame Ferreira 298  
 Grossesses multiples 303  
 Jumeaux trisomiques 308  
 Dystocie, mot bizarre 311  
 Nature et technique 311  
 Voie basse. Voie haute. 315  
 Présentation du siège 319  
 La césarienne, un acte banal ? 322  
 Elle ne souhaitait pas de ligature des trompes 333  
 Extractions instrumentales 336  
 Le conjoint qui ne voulait pas sortir 340



Autour de la douleur	345
La grossesse et le péché	345
« J'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur... »	346
Atténuer ces souffrances	350
Accouchement <i>sans douleur</i>	350
La gifle	355
Péridurale	356
Les douleurs de l'enfant. Naissance sans violence	358
Plus d'accouchements, des naissances	361
Maltraitance involontaire	363
Le bain	365
Salles d'accouchement, puis de naissance	366
La vie d'un service de maternité	369
Les sages-femmes	369
Nuit de garde	373
Autographe	378
La moitié de la nuit Contre-chant Marie- Hélène Ferrier	381
Après l'accouchement	382
Aspects organiques	384
Suture du périnée	385
Allaitement	389
La tétine ou le téton	389
Mises en nourrice	395
Dimanche soir de garde	397
Epilogue	401
Bibliographie	404



# Table des matières

Remerciements	1
Ma collègue et amie, Marie-Hélène Ferrier, collaboratrice à la maternité pendant de nombreuses années, qui m'a donné de nombreux et précieux conseils et qui m'a autorisé à associer au texte les contre-chants qu'elle a rédigés.	3
Années de pratique	5
Etre et ne plus être	9
Avant la vie, la vie, après la vie	11
Médecin, Accoucheur, Gynécologue	15
Pourquoi choisit-on ces professions ?	19
Gynécologie	29
Le labyrinthe	31
Quelques informations sans lesquelles on ne pourrait comprendre la suite...	33
Femme et homme. Des sexes bien différents, en apparence...	41
Ambivalence vis-à-vis des organes génitaux	53
Les "consultes"...	59
En pratique	69
Médecin et patient	75
"Stérilité"	87
Le statut ("statue ?") du médecin...	91
Les Mots	97

Sexualité et grossesse Plaisir et procréation Mystérieuses associations	107
La grossesse, un gigantesque programme	113
La naissance	117
Femme - Mère Homme - Père	125
Les nouveau-nés	131
La grossesse ici et ailleurs, hier et aujourd'hui	147
Evolution récente de la pratique obstétricale	153
Dangerosités	165
Grossesses multiples	179
Dystocie, mot bizarre	183
Autour de la douleur	201
La vie d'un service de maternité	215
Allaitement	227
Dimanche soir de garde	231
Epilogue	233
Bibliographie	235