

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 89 (1991)

Heft: 7-8

Artikel: Vouloir donner la vie et avoir la mort en soi

Autor: Gendre, Françoise

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950159>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 30.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Vouloir donner la vie et avoir la mort en soi

Travail de diplôme de l'école de sages-femmes du CHUV, Lausanne, réalisé par
Françoise Gendre
(volée mars 1981-août 1982)

*Je t'attendais ainsi qu'on attend les navires
Dans les années de sécheresse quand le blé
Ne monta pas plus haut qu'une oreille dans l'herbe
Qui écoute apeurée la grande voix du temps.*

*Je t'attendais et tous les quais, toutes les routes
Ont retenti du pas brûlant qui s'en allait
Vers toi que je portais déjà sur mes épaules
Comme une douce pluie qui ne sèche jamais.*

*Tu ne remuais encore que par quelques paupières
Quelques pattes d'oiseaux dans les vitres gelées
Je ne voyais en toi que cette solitude
Qui posait ses deux mains de feuille sur mon cou.*

*Et pourtant c'était toi dans le clair de ma vie
Ce grand tapage matinal qui m'éveillait
Tous mes oiseaux, tous mes vaisseaux, tous mes
pays
Ces astres, ces millions d'astres qui se levaient.*

*Ah que tu parlais bien quand toutes les fenêtres
Pétillaient dans le soir ainsi qu'un vin nouveau
Quand les portes s'ouvraient sur des villes légères
Où nous allions tous deux enlacés par les rues.*

*Tu venais de si loin derrière ton visage
Que je ne savais plus à chaque battement
Si mon cœur durerait jusqu'au temps de toi-même
Où tu serais en moi plus fort que mon sang.*

René-Guy Cadou
«Hélène ou le temps végétal»
Ed. Seghers

1. Introduction

«On me dit une mère
et je suis une tombe»

Alfred de Vigny

On définit généralement la mort in-utéro comme une rétention d'oeuf mort durant le deuxième et le troisième trimestre de la grossesse. Cette définition est celle que nous propose la Science, mais dans ce travail je me propose de parler, d'étudier la grossesse dès les premières manifestations sensibles des mouvements foetaux qui ont pour effet de donner à la mère le sentiment irrécusable de la présence en elle d'une vie nouvelle.

Prenons tout de suite un exemple. C'est celui de Mme P., primigeste, qui en est à la vingt-huitième semaine de gestation. Elle découvre sur elle-même la présence d'œdèmes généralisés. Elle

prend rendez-vous à la polyclinique, et après une semaine d'investigations, on lui annonce la mort de son enfant, mort qui sera confirmée par les US.

Prenons encore un autre exemple. Mme A. a 25 ans. Elle est, elle aussi, primigeste et en est, quant à elle, à la trente-huitième semaine de gestation. Elle vient pour un contrôle de fin de grossesse. Au cours de l'entretien préliminaire, elle signale une diminution importante des mouvements foetaux. Le médecin, ne trouvant pas de BCF, la confie aux US; ceux-ci confirment le diagnostic redouté par le médecin: l'enfant est mort.

A partir de ces faits, nous pouvons nous poser plusieurs questions et mettre en évidence certaines caractéristiques particulières à ce genre de situation. Ce sont, par exemple, les suivantes:

- l'annonce du diagnostic à la mère ou au père,
- l'analyse des réactions, des attitudes de peur, d'angoisse de la patiente,
- l'information concernant le traitement à court terme et à long terme, la cause, la possibilité d'un nouveau cas semblable, etc.

En tout état de cause, et quelle que soit la situation particulière envisagée, il faut se rappeler que l'attitude à adopter, et c'est là l'essentiel de la part de la sage-femme, doit être celle d'un très grand savoir-être doublé d'un savoir-faire; cette attitude vaut également pour le médecin et le personnel des US.

Voyons d'abord la situation dans son ensemble et les facteurs psychologiques qui vont conditionner la mère lors d'un accident de ce genre. Dès l'enfance, on inculque à la petite fille qu'un jour elle possèdera la vie en elle. Elle y pense profondément et intègre à son schéma corporel une vie potentielle en elle.

A un moment donné, elle ressentira vivement le désir de donner la vie. Cette notion «d'avoir la vie en soi et de pou-

voir la donner» est celle même qu'on lui a promise et décrite comme gratifiante. On comprend dès lors la satisfaction et l'épanouissement qu'elle manifesterait le jour où on lui annonce qu'elle possède la vie en elle. Son idéal est réalisé. Elle sent les mouvements foetaux qui constituent l'aspect relationnel le plus merveilleux entre elle et son enfant. Mais soudain elle s'inquiète. Les mouvements, qui sont les premiers gestes d'amour de l'être qu'elle désire le plus au monde, disparaissent. Puis c'est le drame, la mort de cette idylle qui la laisse, elle, désespérée et vivante avec la mort en son sein. Les conséquences sont prévisibles. Tout son idéal, tout ce qu'elle espérait de cette maternité et ce qu'elle attendait de son rôle de mère, tout s'estompe et se brise du même mouvement.

La situation ne relève plus maintenant que de la biochimie qui se chargera, par un traitement adapté à base de prostaglandines, d'expulser cette mort de la tombe vivante. La femme se retrouve dans une situation semblable à celle qui était la sienne avant sa grossesse, avec cependant une expérience de plus. On peut se poser une question: **Y a-t-il, pour elle, une progression ou une régression dans sa vie de femme?**

Avant d'y répondre, je voudrais signaler que, dans ce travail, il s'agira uniquement de primigeste, jeune et désireuse d'enfant. J'écarte volontairement donc la situation qui serait celle d'une femme deuxième geste et primipare, car il me faudrait signaler, dans ce cas, toutes les répercussions que ce drame aurait sur le premier enfant qui, avec cette nouvelle grossesse, devrait se préparer au rôle de l'aîné et finalement retourner à sa situation antérieure. J'écarte tout aussi volontairement le cas d'une femme deuxième geste et nullipare, car cette situation comporterait deux possibilités:

- soit la première grossesse était un avortement spontané, ce qui entraînerait un aspect psychologique centré sur la notion de «mauvaise mère»,
- soit la première grossesse était un avortement provoqué, ce qui impliquerait l'aspect de «punition».

En plus, je signale que je ne décrirai pas l'aspect scientifique, par exemple indications, contre-indications, surveillance des prostaglandines, etc., qui

peut être retrouvé dans nombre de littérature médicale et paramédicale.

2. Motivation

Assise sur le bord de son lit, le regard tourné vers la fenêtre, le visage rougi par l'émotion, les yeux gonflés de larmes, la voix rauque, Mme A. est vêtue d'une chemise de nuit et d'une robe de chambre de l'hôpital. Le jour de son admission motivée par une mort in-utéro, je faisais la garde et étais sensée m'occuper de cette entrée; mais, devant une situation si particulière, je me suis sentie bien vite incompétente et j'ai, un peu volontairement je dois le dire, laissé cette femme seule avec elle-même. Entre temps, la responsable du service prenait en charge cette patiente pour avoir un entretien avec elle, et c'est par la suite qu'ensemble nous nous sommes occupées de Mme A.

A cette époque-là, j'étais infirmière en soins généraux et je travaillais dans le service du prénatal. J'avais encore à y apprendre, mais une situation semblable à celle-ci ne s'était encore jamais présentée pour moi. La seule chose qui me hantait, qui m'obsédait était le fait que cette femme, qui me paraissait douce, gentille et très compréhensive, avait voulu donner la vie et avait la mort en elle. Je pris donc subitement conscience de ce problème que l'on peut formuler ainsi:

«Vouloir donner la vie et avoir la mort en soi»

et ce fut pour moi un sujet de préoccupation très durable. Quel scandale pour l'esprit humain qui se trouve confronté avec un fait déroutant, inexplicable, inadmissible, incompréhensif et surtout révoltant!

On dit souvent que dans un couple, si l'un des deux conjoints vient à décéder, l'autre meurt aussi un peu; mais la différence avec la mort in-utéro est que celle-ci est intérieure, cachée, comme lovée au plus intime du corps d'une femme qui doit expulser le contenu inanimé, le cadavre de son utérus. Voilà donc ce qui m'a paru intéressant à développer au sujet de ce thème dans l'intention de sensibiliser les collaborateurs et les collaboratrices, à tous les niveaux que ce soit, à ce problème heureusement assez rare mais devant lequel il n'est pas défendu de se remettre en question, de revoir son attitude, ses craintes et son expérience antérieure.

Le but assigné à ce travail, on l'aura compris, n'est pas de faire le tour de ce douloureux problème et d'en épuiser tous les aspects, mais de proposer un thème de réflexion qui pourra conduire plus loin que lui, plus loin que mes développements. Ce travail, d'autre part et je tiens à le préciser, n'offrira pas de schéma stéréotypé, de ligne de conduite, ou de série de prescriptions à observer en cas d'accident de ce genre; qu'on n'y cherche donc ni règles, ni recettes d'aucune sorte.

3. Description de deux situations

a) Situation de Mme P.

Mme P. a la trentaine; elle est primigeste, mariée, et désire vivement l'enfant qu'elle porte. C'est au cours de la vingt-huitième semaine de gestation qu'elle observe l'apparition d'oedèmes généralisés et l'augmentation de la hauteur et de la circonférence utérines; ces symptômes sont confirmés par le médecin de la polyclinique lors de la consultation. Le médecin propose alors l'investigation par les US et d'autres examens complémentaires, suivis tout aussitôt de l'hospitalisation de Mme P. La patiente n'est pas mise au courant des craintes et des méfiances de l'équipe médicale. Le personnel soignant, quant à lui, n'ose pas se prononcer, parle d'autres sujets, mais ne se permet pas d'émettre un diagnostic ou un pronostic concernant cette grossesse. Le mystère s'installe. Le couple commence à s'impatisser, demande des explications à toutes les personnes susceptibles de les aider, de les renseigner, tant est grande la méfiance qu'ils ont d'une réalité qui leur échappe.

L'hospitalisation a lieu un lundi et est suivie aussitôt de plusieurs examens biologiques, ultrasonographiques. Le mercredi, on décide une amniocentèse, qui sera effectuée le vendredi suivant. Elle ne sera toutefois pas effectuée, car le fœtus est mort in-utéro bien avant.

Donc le vendredi l'équipe médicale annonce cette mort in-utéro à Mme P.; ce qui n'empêche pourtant pas les médecins de l'envoyer aux US et c'est là qu'elle reçoit l'image de son enfant mort dans son utérus. Il faut ajouter que l'annonce de cette mort lui a été faite dans des termes purement techniques et d'une manière très froide, sans avoir eu l'idée de prendre en considération sa douleur. C'est la patiente elle-même

qui devra encore en informer son mari. Quelle est la réaction du couple P. face à cet accident? Elle est double et partagée: d'une part, un sentiment de soulagement à l'idée d'une éventuelle malformation génétique du fœtus, sentiment accompagné, d'autre part, d'un mouvement de révolte à l'endroit de l'équipe médicale qui s'est tue toute une longue semaine. Il n'est pas dans mon propos ici de discuter de l'opportunité de l'information à donner à la patiente et à son mari au sujet du devenir de leur enfant. Qu'il me soit cependant permis de donner mon sentiment à ce sujet et de dire que les couples ont droit à une information plus précise et plus claire tout au long du traitement. Revenons à la situation de Mme P. C'est le vendredi que le fœtus est découvert et annoncé mort. Le samedi, on autorise Mme P. à sortir pour aller se promener un peu. Celle-ci prend un bus et une personne bien intentionnée lui propose alors de prendre sa place, vu son état gravidique. Mme P. refuse, car elle ne se sent plus du tout enceinte, malgré son «gros ventre»... Voici que maintenant elle doit vivre, sourire, dormir avec la mort en elle. Son schéma corporel s'est modifié: la vie a fait place à une grande inertie. Elle a le sentiment d'être devenue une tombe.

Le lundi matin commence la provocation avec les prostaglandines en salle d'accouchement. Le travail est long, et dure environ deux jours. Au cours de la dilatation, Mme P. a été très bien entourée par son mari et par le personnel. Cette phase du travail n'a pas été ressentie comme trop agressive par Mme P. et lorsque, le mercredi, elle parvient enfin à expulser un fœtus très macéré, elle ressent cette sortie comme une délivrance. Ne peut-on pas, à ce propos, citer l'expression traditionnelle «être délivrée de la mort», en précisant toutefois que, dans cette circonstance, la mort avait procédé de la vie. Le couple ne veut pas voir l'enfant, mais s'informe de son sexe, afin de lui donner un prénom, une personnalité et une identité.

Qu'advient-il de Mme P.? Elle fut transférée dans l'unité de gynécologie avec d'autres patientes qui étaient là pour curetage explorateur, interrupteur, etc... Inutile de préciser qu'elle n'apprécia pas beaucoup cette hospitalisation: on avait tout simplement oublié de lui demander où elle désirait al-

ler, en gynécologie ou chez les accouchées. En gynécologie, elle ne pouvait pas se sentir à l'aise car elle restait à ses yeux une mère à part entière avec cependant la différence d'avoir manqué la finalité de la grossesse et de l'accouchement: donner naissance à un enfant.

Avant sa sortie de l'hôpital, Mme P. reçut encore une information planning, mais le moins qu'on puisse dire est qu'elle n'était pas dans un état de très grande réceptivité et n'a donc pas pu percevoir ces données dans toute leur nécessité. Ici encore, à mon sens, il aurait fallu adapter les soins à cette situation particulière et se rendre compte que Mme P. n'avait vraiment pas besoin de ces conseils.

Durant l'hospitalisation, le mari a été très critique face aux décisions prises et aux soins donnés; mais il agissait comme tout être humain l'aurait fait, c'est-à-dire manifester son indignation contre cette situation de non-retour. Ce couple a cheminé toute l'hospitalisation en vivant très intensément le moment et en essayant quand même de le positiver.

A sa sortie d'hôpital, Mme P. est convoquée à la polyclinique où l'on devait tenter de répondre à la cause de cette mort in-utéro. La réponse a toujours été donnée ainsi et sans commentaire: anarsaque foeto-placentaire.

b) Situation de Mme A.

Mme A., mariée, en est à sa 38^e semaine de gestation. A l'anamnèse, elle signale une nette diminution des mouvements fœtaux et, comme le gynécologue ne trouve pas de BCF, il confie la patiente aux US.

Les US vont révéler l'absence totale d'activité cardiaque du fœtus et Mme A. comprend dès lors que ce qu'elle voit est l'image de son enfant mort dans son utérus. Elle n'a pas besoin d'explication supplémentaire: elle a compris d'elle-même, devant le cliché des US, à l'expression de la personne qui les effectue et à l'atmosphère devenue subitement très lourde autour d'elle. Mme A. fait appeler son mari qui arrive immédiatement. Le couple est accablé, sa tristesse est communicative, immense à l'annonce de cette mort. Le mari trouve pourtant la force de s'étonner que les gynécologues, les représentants de la Science, n'aient pas pu provoquer l'accouchement à la

37^e semaine, puisqu'à ce moment-là le fœtus était à terme et déjà viable. Mais peut-on prendre sur soi la responsabilité de provoquer tout accouchement à 37 semaines?

Mme A., de son côté, s'est rendue compte assez vite qu'elle avait un fœtus mort en elle, mais elle n'a disposé que de très peu de temps pour réaliser toutes les conséquences de cette situation, étant donné son hospitalisation rapide au prénatal, nécessitée par divers examens.

C'est le lendemain déjà que l'on provoque l'évacuation du fœtus par les prostaglandines. L'expulsion est assez rapide, mais le couple, lui également, ne désire pas voir l'enfant; par contre il insiste pour connaître le sexe de l'enfant, car là – tout le monde le sentait bien – c'était leur enfant à part entière, plus véritablement accepté et reconnu comme tel que dans certaines naissances menées pourtant à terme.

Mme A. a eu la chance de pouvoir choisir elle-même l'endroit approprié de son séjour post-partum. Elle choisit le secteur des accouchées et en fut très contente. Elle était satisfaite d'être avec d'autres mères. Il serait mal voyant de voir dans cette décision un quelconque mouvement de cruauté envers elle-même. Tout se comprend au contraire par le sentiment profond qu'elle avait d'avoir accompli en partie son destin de femme qui vient d'accoucher, destin contrarié par la mort de son enfant, provoquée par les triples circulaires serrées entraînant l'arrêt de la circulation funiculaire et, par conséquent, fœtale, et dont elle ne se sentait absolument pas responsable. Lors de son séjour post-partum, je me souviens de l'avoir entendue dire: *«Pas un seul moment je ne me trouve plus mauvaise mère que toutes ces autres dames; seulement, je n'ai pas eu de chance et il est inutile de chercher un bouc-émissaire sur qui infliger toute la cruauté et toute la haine que je pourrais développer contre lui»*. Elle refusa la séance d'information planning: elle était bien décidée à avoir une autre grossesse et ceci le plus rapidement possible, non pas pour oublier, non pas pour remplacer, mais bien pour accomplir son destin de mère à part entière dans sa relation plénier à un être issu d'elle.

Durant l'hospitalisation de son épouse, le mari parut très calme, très pondéré, mais aussi très accablé par cet événe-

ment. Il était présent, et l'on ne soulignera jamais assez combien cette présence est importante. Elle le fut pour sa femme et pour le personnel médical et paramédical également. Lorsque le couple a quitté l'hôpital, il était confiant en lui-même et pénétré de l'espoir d'une nouvelle grossesse qui les conduirait à avoir un être unique, à eux, un être qui, de toute façon, ne remplacerait pas l'enfant mort, mais qu'ils étaient bien décidés à aimer pour lui-même.

4. Analyse de situation selon E. Kübler-Ross

E. Kübler-Ross est un médecin qui, après avoir travaillé deux ans au chevet des mourants, a décrit leurs attitudes, leurs réactions positives ou négatives face à leur propre mort. Cette étude met en évidence des stades par lesquels semblent passer ces malades. Certains d'entre eux arrivent seulement au premier ou au second stade, et ne vont pas plus loin; certains aussi semblent s'attacher plus à un stade qu'à un autre; d'autres enfin ne semblent passer par aucun des stades proposés dans cette étude.

On peut, me semble-t-il, sans trop risquer l'amalgame, appliquer cette méthode analytique à toute personne confrontée à une situation dramatique, qu'il s'agisse du deuil d'un conjoint, d'un grave accident, d'une paralysie d'origine traumatique, médicale, mort in-utéro, etc.

a) le refus et l'isolement

En ce qui nous concerne, la femme peut tout d'abord se réfugier dans le refus et ne pas accepter cette mort en niant l'évidence, jusqu'à ce que les US la lui démontrent d'une manière irréfutable.

«Il n'est pas possible à la nature humaine d'admettre le caractère définitif et irrévocable de la mort sans laisser la porte entr'ouverte à un petit espoir». (1)

Cette phase de refus est courte, car l'espoir et le temps d'attente face au diagnostic sont écourtés par la rapidité des US à dévoiler la réalité.

La patiente, d'elle-même, s'ouvre souvent de son problème à son mari, mais il faut alors qu'elle soit tout à fait convaincue et consciente pour pouvoir

1) Kübler-Ross (E.) – *Les derniers instants de la vie*. Paris, Editions Labor et Fides Genève, 1975, p. 125

l'exprimer. Mais cette ouverture ne parvient pas à la délivrer de son isolement, à l'arracher à la carapace dans laquelle elle s'enferme, elle et son enfant, dans l'ultime tentative de le sauver en se sauvant elle-même. Le mari se trouve rejeté de la trilogie familiale. Elle refuse de l'intégrer dans cette trinité qui s'est brisée pour ne laisser pour solde qu'un dramatique duo fait d'un mort dans le sein d'une vivante. Il ne faut jamais perdre de vue que, durant toute la grossesse, il y a des relations intimes qui s'établissent entre elle et l'enfant; on peut même parler d'une certaine complicité, d'un lien unique et indissoluble qui s'est noué entre les mouvements foetaux et les manifestations maternelles faites de gestes, d'accords, de monologues... Es brusquement le néant, le vide, le froid, l'absence s'installent: tout s'écroule.

b) l'irritation

A la négation précédente peut succéder, pour certains couples, un moment de profonde irritation. Il suffit souvent d'un rien pour provoquer l'irruption d'une colère sourde et qui s'alimente à cet échec absurde. On verra alors, par exemple, Mme A. demander sur un ton agressif: «Pourquoi n'avoir pas fait une provocation à 37 semaines?»

Le couple traverse alors un moment de très grande fragilité et le seul moyen dont il dispose pour exprimer sa déception est de manifester une certaine hostilité face à cette technique, à ces contrôles qui n'ont pas permis de conjurer la catastrophe, ou face à ces paroles rassurantes aussi incapables d'éviter la fatalité. Inutile alors, au cours de cette phase, de s'obstiner; le plus important consiste à écouter le couple et, si possible, à parler au mari et à la patiente séparément pour donner à chacun la possibilité de s'exprimer sans subir la pression de l'autre.

Pour un personnel tant soit peu entraîné, il est possible de faire ce que l'on appelle de la «reformulation», c'est-à-dire de discuter avec la personne sans s'impliquer, en restant neutre et en relançant le sujet pour amener peu à peu la personne à cheminer, à progresser dans sa façon de voir les choses et de les vivre.

Il me semble aussi que, face à une telle situation, il est nécessaire de pouvoir laisser parler la personne et de l'amener ainsi à préciser certains points qui paraissent peu clairs ou même erronés

dans la conception qu'elle se fait de sa situation. Ce couple, nous l'avons vu précédemment, est irritable et se formalise d'un rien. Qui d'entre nous ne s'est pas vu reprocher d'avoir mis la trousse de toilette à gauche plutôt qu'à droite, le drap trop haut ou trop bas, la sonnette soit-disant inaccessible pour appeler la sage-femme – alors que cette dernière a quitté la chambre il y a cinq minutes – qui s'entend demander l'heure, une heure que la montre de la patiente pourrait tout aussi bien indiquer... Cela nous amène tout naturellement à prendre en considération cette situation, à l'interpréter comme un appel au secours ou une façon de dire: «Lui est mort, mais moi j'existe encore!».

c) le marchandage

Cette étape, indiquée par E. Kübler-Ross, ne nous concerne pas dans cette situation car, malheureusement, les faits sont irrécusables: le fœtus est mort.

d) la dépression

Il en va tout autrement de la phase de la dépression. La personne qui semble la plus affectée par cette étape dépressive est la femme: elle se sent tout d'abord incompétente, mère indigne, mauvaise mère. Très vite de telles pensées, nourries d'angoisse et de frustration, la conduisent à cette phase dont le développement imprévisible sera marqué de mélancolie profonde et de grande amertume, de lassitude aussi face à la participation que l'on est en droit d'attendre encore d'elle.

Quant au père, il peut, lui aussi, passer par cette phase douloureuse, atteint qu'il est dans son espérance profonde de paternité, espérance qui se voit soudain anéantie. Et ce néant dans lequel il se trouve est souvent doublé du fait que, dans la mort in-utéro, le père est un partenaire oublié, que l'on met trop facilement de côté. J'ai eu la chance de rencontrer Mme A. six mois après son accouchement. C'est au cours de la conversation que nous avons eue qu'elle m'a révélé avoir eu le sentiment très profond que la personne qui avait le plus souffert de ce drame était son mari. Ce dernier avait éprouvé beaucoup de difficulté à reprendre une vie commune, un tête-à-tête avec sa femme, alors qu'il s'était préparé durant neuf longs mois à vivre à trois au sein de sa future famille. En dernière analyse, il s'agit bien d'une dépression

de couple: elle, avec son ventre vidé de l'espoir de sa maternité et lui, avec sa tête vide de ses projets paternels. Cette phase constitue bien la tentative désespérée de conjurer l'inévitable en cherchant une cause, un bouc-émissaire sur qui déverser toute l'agressivité latente. Il n'est certes pas inutile que le couple réfléchisse à ce problème et tente de mettre en évidence les données qui l'ont amené à chercher une responsabilité à son malheur, car dans la plupart des cas la patiente se sent mise en cause et se désigne d'elle-même comme coupable et décompensée ainsi au point de devenir dépressive. On n'insistera donc jamais assez sur la nécessité pour le couple de pouvoir passer et dépasser ce stade pour retrouver son équilibre.

e) l'acceptation

Dans les deux exemples qu'il nous a été donné d'analyser, les couples en question disent avoir accepté cette mort in-utéro, mais ils signalent une grande tristesse qui ne semble pas devoir s'effacer avec le temps. Il faudra donc encore parcourir un long chemin pour accéder à l'acceptation, un chemin semé d'embûches, de pièges, de remises en question, d'auto-accusations et de bouleversements intérieurs. Cette phase d'acceptation est pourtant plus accessible si les parents font le deuil de l'enfant, c'est-à-dire s'ils ont dépassé le stade de la vie et de la mort de cet être humain conçu dans son intégralité, doté d'une personnalité et d'une individualité à part entière.

Que faut-il entendre par cette expression «faire le deuil de l'enfant, conçu en vue du terme ultime de l'acceptation». On peut manifester et mettre en lumière ce passage en désignant les diverses manières d'y accéder. Elles se manifestent par le désir de voir l'enfant, de lui donner un prénom, enfin par des pleurs, des cris, des lamentations qui constituent une sorte de rite, comme on le voit particulièrement en Italie. Un rite qui s'inspire d'ordinaire de la perte d'un enfant constitué. Chaque couple institue ainsi un rite particulier pour parvenir au stade du deuil qui est le processus naturel pour exprimer le sentiment de perte.

5. Rôle de la sage-femme

Je ne m'attacherai pas ici à décrire les soins physiques et la surveillance requi-

se lors d'une mort in-utéro. Je les énumère pour mémoire: péridurale, ca-théter extra-amnial, hydratation, élimination (sonde vésicale), massages, soins de bouche, médication anti-pro-lactine, contraception postpartum, etc. Tout ceci fait partie de notre rôle et une information adéquate est requise lors de chaque soin.

Qu'il me soit permis de signaler simplement que le mot-clé de notre rôle est celui de «présence». Il faut être simplement là, que cette présence habite les lieux, voire même les esprits, au point que si nous devons nous absenter un moment la patiente continue à se sentir entourée, car elle aura reçu la raison et l'explication de ce départ, sa durée approximative et la possibilité qu'elle a de nous appeler. Il n'est donc pas nécessaire d'être sans cesse à ses côtés. Ces courtes absences peuvent avoir, elles aussi, un certain bénéfice, celui de donner la possibilité à la patiente de s'exprimer, de parler à son conjoint sans qu'il y ait un intrus, une étrangère dans leur vie de couple. Tout le savoir-faire de la sage-femme va donc consister à essayer de donner les soins les plus complets et les plus individualisés à ce couple fragile, bouleversé et menacé par cette situation. Elle aura soin de lui donner la possibilité de s'exprimer en écoutant ce que dit chacun et aussi en respectant des moments de silence sans tenter de les combler par des sur-informations techniques.

C'est ainsi que la sage-femme pourra aider le couple à cheminer tout au long du travail et à choisir en connaissance de cause les moyens appropriés, les méthodes les plus heureuses qui vont constituer la phase expulsive; celle-ci se passera avec ou sans narcose générale, avec ou sans la présence du mari, avec ou sans la vision de son enfant, avec ou sans la connaissance de son sexe et avec la possibilité de choisir le séjour post-partum en gynécologie ou chez les accouchées. Il ne faut pas sous-estimer l'importance de ces questions: elle est grande et toutes ces questions doivent être abordées si possible avec le couple, de façon délibérée, et choisies uniquement par le couple.

Il est possible, comme nous l'avons vu antérieurement, de faire de la reformulation, en d'autres termes de faire verbaliser, exprimer toutes les craintes, les blocages, les oppositions que peut avoir un couple confronté à l'épreuve

d'une mort in-utéro. La soignante ne pourra pas se dispenser de parler de la mort, mais elle ne pourra le faire avec suffisamment de doigté et même de profit que lorsqu'elle aura balayé, elle aussi, la crainte, la peur que cette éventualité suscite en y ayant bien réfléchi pour pouvoir dialoguer et amener le couple à s'exprimer à ce sujet.

Tout ceci sera rendu plus facile pour la sage-femme dans son rôle d'accompagnatrice d'un couple si elle connaît les divers stades proposés dans l'étude d'E. Kübler-Ross, étude qui lui permettra d'établir un plan de soins. Derrière une mort in-utéro, il y a une femme et un homme; mais il y a un point à ne pas omettre: cette femme et cet homme font partie d'une famille, d'un entourage, d'une société. Il est aussi essentiel d'observer les réactions familiales occasionnées par une mort in-utéro. De ce côté-là je ne possède aucune expérience, mais je pense qu'il est judicieux d'y songer.

6. Réflexions et conclusion

«Il n'empêche que cette même naissance, dans l'optique psychanalytique, constitue le prototype de l'abandon, dans le sens qu'elle réalise la séparation de l'enfant d'avec sa mère et prépare le terrain à l'autonomie de l'individu...»

Si la psychanalyse plus orthodoxe ne semble pas mettre l'accent sur l'aspect traumatique de la naissance, elle souligne la sensation que l'enfant peut avoir de sortir d'un monde protégé et fusionnel, pour être projeté dans un monde qui lui fera développer la nostalgie du paradis perdu, représenté par le ventre maternel. Le constat des morts intra-utérines par étranglement, provoquées par le cordon ombilical, soulève entre autres hypothèses celle de propensions suicidaires éventuelles de la part du fœtus. Ce qui ferait penser que l'état fœtal n'est pas aussi béat qu'on le prétendait.

En partant en tout cas de cette fusion intra-utérine, dans laquelle la mère se confond avec son enfant, ce ne sera qu'à travers l'expulsion par l'utérus que pourra s'établir la première ébauche d'une relation authentique, avec la distance qu'elle nécessite». (1)

Dans la citation susmentionnée, on peut découvrir plusieurs notions. Citons parmi elles celle qui fait de l'expulsion une sorte d'acte agressif, qui conduit à l'autonomie. La grossesse est une épreuve qui manifeste mieux qu'aucune autre la différence des sexes et la

présente à la manière d'un fossé infranchissable.

Il n'y a, en effet, que la femme qui puisse désirer porter un enfant en elle et l'assumer jusqu'à la finalité que représente l'accouchement.

Toute la période de gestation tourne autour de la notion de protection. L'enfant est inattaquable, bien entouré, enfermé dans une coquille qui le met à l'abri de toute atteinte.

La notion de symbiose, elle aussi, ressort à cette période: l'enfant a besoin de la mère pour assurer sa survie que constituent les éléments nutritifs, l'oxygène, etc., alors que de son côté la femme a besoin du développement de ce fœtus pour assumer sa fonction fondamentale qui fait d'elle une mère.

Dans son livre, Oriana Fallaci décrit, au début de son récit, tous les aspects négatifs de la vie: le manque de liberté, les contraintes, les servitudes, les expériences négatives et les abus du pouvoir de l'homme:

«Je commence par t'annoncer que tu ne seras plus seul ici-bas et que, si tu veux te libérer des autres, de leur compagnie forcée, tu n'y parviendras pas. Ici-bas, une personne ne peut subvenir à ses propres besoins toute seule, comme tu le fais. Si l'on essaie, on devient fou (...). Il revient tout déconfit reprendre sa place dans la fourmilière, dans l'engrenage: pour y chercher inutilement, désespérément sa liberté». (2)

«..., mais dans cette obscurité, dans ce peu d'espace, tu es libre comme tu ne le seras jamais plus en ce monde immense et sans pitié. Tu n'as d'excuse à demander à personne: parce que tu n'as personne à côté de toi et que tu ignores ce qu'est la servitude». (3)

«On te racontera des tas d'histoires sur la nécessité, sur la loi du travail. N'y crois jamais. Il s'agit d'un autre mensonge inventé pour la convenance de ceux qui ont organisé ce monde. Le travail est un chantage qui reste chantage même lorsqu'il te plaît. Tu travailles toujours pour quelqu'un, jamais pour toi-même, tu travailles toujours avec fatigue, jamais avec joie. Et jamais au moment où tu en as envie». (4)

1) Abraham (G.) / Porto (R.) – *Psychanalyse et thérapies sexologiques*, Paris, Éditions Payot, 1978, p. 15

2) Fallaci (O.) – *Lettre à un enfant jamais né*. Evreux, Éditions Flammarion et Cie, octobre 1981, p. 46

3) op. cit. p. 47

4) op. cit. p. 49-50

COMMENT PROTÉGER UNE PEAU INCAPABLE DE SE DÉFENDRE ?



Durant ses premiers mois, votre bébé sent et découvre l'univers qui l'entoure par le toucher. Aussi faut-il protéger et soigner sa peau. Rien de plus désagréable en effet pour le nouveau-né que d'avoir les fesses irritées!

La crème PENATEN permet de prévenir ce genre de bobo. Elle contient du suint de mouton, ce qui lui confère des qualités d'adhérence exceptionnelles. Elle protège ainsi la peau de toute irritation. Quant à l'allantoïne et au panthénol, ils assouplissent l'épiderme et renforcent sa résistance.

Laissez aussi souvent que possible gigoter votre bébé tout nu dans une ambiance chaude. Vous ferez ainsi tout pour sa protection et son bien-être.



PENATEN vient de lancer une nouvelle crème en tube spécialement onctueuse, appelée crème adoucissante.


PENATEN

POUR VOTRE BÉBÉ
UNIQUEMENT LE MEILLEUR



Toutes ces citations m'amènent à formuler l'hypothèse que peut-être l'enfant ne désire pas sortir de l'utérus, s'épanouir dans un monde extra-utérin où tout est froid pour lui, déconcertant, contraignant et soumis à la dictature ambiante. C'est là peut-être que l'on peut arriver à cette notion déconcertante du «suicide» de l'enfant:

«Lorsque tu t'en es rendu compte, il était déjà trop tard: je me suicidais déjà».
(1)

Il m'est pourtant difficile d'adhérer d'une manière pleine et entière à cette vision des choses car il me semble bien que le suicide implique une conscience et une volonté dont le fœtus est manifestement dépourvu. Je pense qu'en parlant de suicide à son sujet, l'on opère un abus manifeste de ce concept. Les auteurs G. Abraham, R. Porto et O. Fallaci, en proposant cette interprétation, semblent – et c'est là mon sentiment le plus profond – avoir dûment dépassé le stade de l'hypothèse pour obtenir ce que l'homme cherchera toujours à découvrir dans une situation fatale: l'existence d'un agent causal. Le bénéfice de cette opération est évident. Il n'y a pas lieu de chercher ni d'accabler un bouc-émissaire puisque, dans cette hypothèse, la seule responsabilité incombe à la victime elle-même, en l'occurrence le fœtus. Ce travail porte en exergue un vers d'Alfred de Vigny:

*«On me dit une mère
et je suis une tombe».*

Le poète parle ici de la nature et c'est de ce concept dont j'aimerais maintenant dire quelques mots. Pour signaler tout d'abord que, depuis la dernière guerre mondiale, une nouvelle utilisation du concept est née. La nature est devenue assez brusquement dans l'inconscient collectif une sorte de référentiel, de norme pour qualifier tout ce qui est bon. Il n'est plus nécessaire aujourd'hui de préciser; il suffit de dire naturel pour que l'on comprenne que le produit, l'action ou la réalité désignée est bonne.

Mais on oublie que, pendant des siècles, la nature a représenté l'ennemi de l'homme, celui contre lequel il fallait se battre, lutter ou se protéger. On oublie que la peste, le choléra sont des produits naturels, que les virus, les bactéries sont des produits naturels. Durant des siècles, la nature a représenté la

grande menace de l'homme contre laquelle il devait se protéger par un habitat, des vêtements, une nourriture sélectionnée lui permettant d'éviter les empoisonnements naturels, les maladies naturelles contractées par un usage inconsidéré de ce que la nature mettait à sa disposition.

Aujourd'hui, que voyons-nous? Le concept est renversé. Tout ce qui est naturel est ressenti comme bon, non pollué. Le naturel représente le vierge, l'intact, le pur, par opposition aux produits issus de l'industrie humaine. Notre contemporain éprouve même un certain sentiment de culpabilité face à cette nature nourricière qu'il se reproche d'avoir polluée, dégradée ou enlaidie. On s'explique alors aisément sa déférence et le culte réparateur qu'il voue à cette mère-nature, à l'instar d'un fils prodigue qui rentre au bercail. L'homme moderne est prompt à demander pardon pour les atteintes portées à son environnement naturel. Il inculque ce sentiment à ses enfants dès leur plus jeune âge en oubliant par ailleurs toutes les atteintes dont il est victime lui-même de la part de cette mère vénérée. Qu'il me suffise de mentionner les séismes meurtriers ou les pollutions volcaniques responsables d'une dégradation de l'atmosphère à l'échelle planétaire.

*«On me dit une mère
et je suis une tombe».*
Alfred de Vigny

Voilà l'ambiguïté fondamentale que nous rappelle le poète et que l'expérience d'une mère qui perd son enfant ne démentira pas.

La nature est la meilleure et la pire des choses. Après avoir donné le meilleur, elle le reprend et de la pire des façons: à la source même de la vie, tragique découverte que fait la femme qu'on appelle une mère et qui devient une tombe. Singulière expérience pour le couple qui découvre l'ambiguïté fondrière de la nature qui donne d'une main et reprend brutalement de l'autre. Dès le premier instant de la conception, on est déjà sujet à la mort, on est déjà assez vieux pour mourir. Telle est la grande et terrible leçon que semble nous donner l'expérience de la mort in-utéro et que les parents découvrent avec une certaine stupeur. De cette conclusion, bien des notions, bien des notations restent encore en suspens en dehors des thèmes de réflexion propo-

sés par cette étude dont je connais les limites. On comprendra cependant que mon but, énoncé au début de ce travail, n'est pas de faire une analyse exhaustive de la question mais de promouvoir une sensibilité, sinon nouvelle du moins accrue, aux problèmes posés par la mort in-utéro.

Si je suis parvenue à rendre un peu plus sensibles et humainement plus proches les protagonistes de ce drame, j'aurai atteint mon but, aussi éloigné qu'il puisse être de l'analyse technique. Seule prime pour moi, les échanges et les relations inter-personnelles au cours de cette épreuve dont nous sommes, nous sages-femmes, partie prenante. Le couple qui a vécu cette expérience douloureuse n'est plus le même, nous l'avons vu. Il se peut qu'il ait régressé, qu'il soit resté enfermé, lové dans sa douleur, incapable de la dépasser du fait de l'impossibilité dans laquelle il se trouve de l'exprimer. Mais il se peut aussi, et c'est là mon souhait final, qu'il ait progressé au sein même de sa vie de couple et qu'il ressorte grandi, comme on dit, de cette épreuve. De savoir que nous pouvons contribuer modestement, par notre présence et notre action, à cette progression constitue la meilleure justification de notre profession.

1) op. cit. p. 123

Bibliographie

Documents publiés

- Abraham (G.) / Porto (R.) – **Psychanalyse et thérapies sexologiques**. Paris, Editions Payot, 1978, 250 pages.
- Fallaci (O.) – **Lettre à un enfant jamais né**. Evreux, Editions Flammarion et Cie, octobre 1981, 138 pages.
- Kübler-Ross (E.) – **Les derniers instants de la vie**. Paris, Editions Labor et Fides Genève, 1975, 273 pages.

Revues

- Cadou (R.-G.) – **Hélène ou le règne végétal**. Christiane, no 267 juillet-août 1972, page 3. Editions U.O.C.F Paris. 39 pages.

Entretiens avec

- M. L.-F. Dumas, lic. en philosophie
- Dr N. Frenck, pédiatre FMH