



HAL
open science

La subversion de la mort par les soignants en maternité : entre humanité et créativité

Claudine Schalck

► To cite this version:

Claudine Schalck. La subversion de la mort par les soignants en maternité : entre humanité et créativité. Amado Gilles; Jean-Philippe Bouillaud; Dominique Lhuilier; Anne-Lise Ulmann. La créativité au travail, Érès, pp.161-174, 2017, Clinique du Travail, 978-2-7492-5629-0. 10.3917/eres.amado.2017.01.0161 . hal-04036081

HAL Id: hal-04036081

<https://cnam.hal.science/hal-04036081>

Submitted on 18 Mar 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

COLLOQUE : Travail et Créativité
19 et 20 novembre 2015

La subversion de la mort par les soignants en maternité : entre humanité et créativité

C. SCHALCK CRTD-CNAM

Les maternités hospitalières sont associées dans l'imaginaire social à un lieu de vie à travers leur principale fonction, celle d'être en tant qu'institutions et organisations au service des naissances. C'est d'autant plus vrai en France que le système de santé actuel, par un principe de précaution extrême, n'a ni prévu, ni autorisé la possibilité pour les femmes de mettre au monde leurs enfants en dehors de ces structures, exception faite de quelque maisons de naissance, en proximité attenante à une maternité, et seulement de façon expérimentale depuis juillet 2015.

Cependant à cette concentration de la vie par les naissances dans l'univers hospitalier répond, par un même mouvement général, né des progrès des sciences et des techniques médicales, une concentration de la fin de vie et de la mort, qui pour Hans-Georg Gadamer, « *fait entrer l'événement de la mort dans le mécanisme de la production industrielle* »¹, spécifique de notre époque, parce que produit de façon massive par les hôpitaux. Cette configuration n'épargne pas les maternités. Lieu de vie, elles n'en sont pas moins confrontées à ses aléas et ses échecs surtout avec la mort périnatale aux figures variées, entre mort programmée avec l'IMG², ou mort inopinée, qu'elle soit *in utero*, *intra partum*, ou peu de temps après la naissance. La mort pourra apparaître ici d'autant plus brutale et traumatique, que c'est la vie qui était attendue, que ce soit pour les parents dans leur projet d'enfant, ou que ce soit pour les soignants ayant résolument choisi une activité dédiée à la vie par leurs contributions spécifiques. Car, si les progrès de la médecine ont permis une chute vertigineuse de la mortalité maternelle et infantile, au point de rendre la mortalité des femmes dans la naissance très rare, la mort périnatale reste un événement auquel les soignants en maternité sont très régulièrement confrontés. Comme le constate un obstétricien « *dans un cas on est à 1 pour 1000, dans l'autre à 1 pour 60 000...On peut faire une carrière sans rencontrer la mort maternelle. Ce qui n'arrive pas pour la mort périnatale.* »

Néanmoins les visages de la mort périnatale ont beaucoup changé. Autrefois ils portaient inexorablement l'expression d'une fatalité récurrente, lorsque les familles attendaient beaucoup de naissances et avaient beaucoup d'enfants, dont peu d'entre eux arrivaient à survivre. Actuellement, la possibilité de planifier et de contrôler les naissances, y compris avec l'assistance médicale à la procréation et le diagnostic anténatal qui s'intègre à l'IMG, a réduit leur nombre tout en favorisant un investissement à la fois précoce et de plus en plus fort des représentations de l'enfant. Si les parents sont porteurs très tôt dans leur projet de naissance de l'imaginaire d'un enfant d'autant plus précieux quelques soit les stades de la grossesse, la société, la science médicale dont la pédiatrie, ne l'auront pas toujours vu de cette façon jusqu'à ce que les avancées des quarante dernières années fassent du tout petit *in utero* un être rendu visible par l'imagerie médicale, un véritable patient, dont les manifestations témoignent de compétences et d'activités propres, susceptible d'interactions précoces, susceptible de souffrance là où auparavant on pensait que même un nouveau-né à terme restait insensible à la douleur.

Ces différents changements convergent peu à peu vers une reconnaissance sociale de la mort périnatale chez les parents, comme une perte à la hauteur d'un statut d'enfant, avec la prise en compte de l'impact qu'elle a eu sur eux. Ce, notamment, avec ces processus liés à un deuil

1 GADAMER H.G. 1994 : *Die Erfahrung des Todes*, Über die Verborgenheit der Gesundheit, trad. 1998, *L'expérience de la mort*, Philosophie de la santé, Paris, Grasset-Mollat, p.72.

2 Interruption Médicale de Grossesse.

particulier, considéré plus complexe, plus insidieux, plus difficile à surmonter, le deuil périnatal. C'est ainsi que sont apparus des changements législatifs importants concernant les droits liés à la protection sociale mais aussi et surtout concernant l'état civil puisque qu'il est désormais possible, depuis 2009, d'inscrire sur le livret de famille, avec un prénom, chaque fœtus mort au-delà de 15 semaines d'aménorrhée, soit 13 semaines de grossesse. De la même manière la nouvelle législation fait état de recommandations pour les soignants eux-mêmes, confirmant et légitimant les nouvelles pratiques institutionnelles apparues, par leurs soins, dans les maternités, dans l'intention d'accompagner le deuil périnatal. Ces changements dans les pratiques soignantes sont devenues générales et dans d'autres pays, notamment dans les pays anglo-saxons et le Canada, bien plus anciennes qu'en France. Elles reposent essentiellement sur l'idée qu'il serait néfaste d'escamoter la perte et qu'il faudrait au contraire favoriser son existence et sa reconnaissance en confirmant son statut à la hauteur d'une perte d'enfant. Ce, afin de permettre aux parents une élaboration de celle-ci en prise avec le réel, car sans éléments concrets et objectifs, la perte ne peut se confronter qu'à l'imaginaire, avec l'impasse psychique qu'il représente. En effet, dans ce cas c'est une sorte de deuil sans dépouille, lorsqu'il ne saurait s'appuyer sur des éléments tangibles de réalité.

Cela signifie actuellement pour les soignants, attester qu'un accouchement, et non une expulsion pour les grossesses les plus jeunes, a eu lieu, avec un certificat administratif délivré par la sage-femme ou l'obstétricien et qui aura, de ce fait, son poids symbolique de reconnaissance. Mais avec les parents, il s'agira généralement pour les sages-femmes, souvent avec l'aide d'une collègue, dans la division du travail et des tâches, de proposer et d'accompagner la rencontre avec la réalité de leur tout-petit mort. En ce sens, il sera préparé, selon son terme et son état, pour lui permettre d'apparaître le plus humainement possible, c'est-à-dire enveloppé, habillé et présenté comme tout nouveau-né dans les bras du soignant. Il s'agit d'être aux côtés des parents, s'ils le souhaitent, pour le voir, le toucher, le baigner, le cajoler, lui parler, comme de permettre la fabrication d'une mémoire grâce à des photos, des empreintes, une mèche de cheveux ou un bracelet de naissance qui leur seront remis et qu'ils pourront éventuellement conserver dans une boîte à souvenirs, rassemblant concrètement tout ce qui aura pu être en lien et servir de témoin de cette courte existence.

Selon Françoise Dastur, notre époque s'est tournée progressivement vers une « *psychologisation de du deuil* »³ en rendant la mort beaucoup plus personnelle et plus privée tandis qu'elle disparaît de l'intégration à l'espace public. Les nouvelles pratiques soignantes, accompagnant la mort périnatale, pourraient répondre à un tel traitement psychologique, comme l'envisage d'ailleurs la sociologue Dominique Memmi, pour qui elles procèdent d'une « *attente professionnelle diffuse* »⁴ ancienne où psychologues et corps médical, surtout les sages-femmes, s'entendent pour amener les parents à les accepter voire les supporter, par dit-elle « *la légitimation d'un discours* » qui « *précède voire accompagne toute justification empirique* »⁵. Alors, se demande une sage-femme, « *est-ce que tout doucement on réintroduit le rituel de la mort dans les hôpitaux, alors évidemment qu'on le réintroduit dans les hôpitaux puisque la mort maintenant c'est à l'hôpital, ce n'est plus à la maison alors est-ce que ce n'est pas une espèce de courant ?* »

Certes envisager ces pratiques inventées et fabriquées au chevet des parents comme une sorte de nouveau « traitement », prescrit et inscrit dans les protocoles de prise en charge de la mort périnatale, prodigué et administré par les soignants aux parents, leur permet de reprendre clairement, à leur avantage, un rôle actif assigné au soignant dans son travail. Celui dont l'objectif est généralement de conduire au rétablissement et de soulager la douleur, alors que là ils sont dans l'impuissance. Une place qui ainsi redéfinie, rétablit une frontière entre celui qui soigne, dont le travail peut être reconnu comme tel et qui va bien, et celui qui est soigné, qui reçoit des soins et qui

3 DASTUR F. 2005 : Comment affronter la mort, Paris, Bayard, p.20.

4 MEMMI D. 2011 : La deuxième vie des bébés mort, Paris EHESS, p.112

5 Ibid, p.116.

va mal.

Car si les parents sont mis à rude épreuve avec la perte du tout petit, les professionnels ne le sont pas moins, à plusieurs titres dans leur travail selon les situations. Les épreuves les plus marquantes touchent en premier lieu à la recherche d'un responsable ou d'une faute dès qu'il s'agit d'une mort périnatale, particulièrement lorsque la viabilité était acquise. Mais aussi de manifestations de détresses émotionnelles transitoires, des souffrances éthiques notamment lorsqu'il s'agit de l'IMG, des culpabilités variables mais aussi de l'anxiété au travail, du surinvestissement médical, des doutes et des remises en question professionnelles tout comme des tensions, voire des conflits dans les liens collectifs, sous l'horizon d'une judiciarisation toujours possible que les sages-femmes autant que les obstétriciens perdent rarement de vue, dans cette spécialité où l'obstétrique arrive en peloton de tête derrière la chirurgie et l'anesthésie pour le recours médico-légal.

Néanmoins au-delà de ces considérations, une fois ces nouvelles pratiques fabriquées et mises en place à l'aune de la créativité des soignants, puis prescrites et formalisées par des protocoles, légitimées par une loi, rien ne va de soi pour ces derniers dans l'activité réelle déployée. « *Je dirai qu'on n'est jamais habitué, cette chose ça surprend toujours* » dit une sage-femme simplement à propos de la mort périnatale, alors que ce constat est en écho avec celui que fait Maurice Blanchot lorsqu'il écrit « *La mort nous n'y sommes pas habitués* », au début de son livre « *Le pas au-delà* »⁶. Ne pas pouvoir s'habituer, c'est dire que la mort ne peut jamais devenir familière, que l'on soit soignant, parent ou non, même lorsque s'y confronter revient avec une certaine fréquence, dans ces maternités qui concentrent les naissances à hauts risques pour la mère ou l'enfant, ou celles qui sont spécialisées dans le diagnostic anténatal et l'IMG. Au cœur d'une activité dédiée à la naissance, dont les motivations sont généralement clairement exprimées en ce sens par les sages-femmes et les obstétriciens lorsqu'ils évoquent leur projet professionnel, la mort périnatale n'est jamais familière. Elle se révèle être une forme d'achoppement du réel dans l'activité, d'autant plus qu'elle apparaît comme une figure négative qui contredit le projet professionnel ou s'y oppose pour les obstétriciens, pour les sages-femmes encre bien plus.

Rien ne va de soi, dans ces nouvelles pratiques, où lorsque le familial est absent, la confrontation au tout petit mort peut susciter l'horreur, l'angoisse ou un sentiment d'inquiétante étrangeté, d'autant plus que parfois le petit corps est abîmé, mal formé, déformé, presque disloqué, flasque, noirâtre ou violacé, si bien « *que des fois ça ressemble, entre guillemets, à un petit « alien »* » dira une sage-femme. S'en occuper paraît confiner à un « *sale boulot* », une activité éprouvante, dégoûtante, où les soignants chercheront du soutien auprès des collègues, afin de ne pas rester seul. Lui donner apparence humaine relève bien d'une pratique qui tient lieu de rituel, où la mort trouve à la fois une forme de reconnaissance en même temps qu'elle est déniée, tout en transformant ici le « *sale boulot* » en un travail autre, comme on pourrait le dire en suivant les travaux de Dominique Lhuilier. Alors même que le rituel, réalise par là, constate Françoise Dastur, une médiation face à la terreur du cadavre pour en surmonter l'horreur.

Néanmoins faire apparaître ce corps de la façon la plus avantageuse, c'est à dire « *présentable* », « *jolie* », « *le côté beau* » selon les qualificatifs des sages-femmes, demandera à chaque fois une créativité adaptée à chaque cas particulier. Avec l'apparence humaine c'est un visage d'enfant qui est convoqué, qui advient, telle une mise au monde pour les parents mais aussi pour les soignants, comme l'explique cette sage-femme: « *Nous on s'en fait une image d'être vivant avant de le présenter aux parents* ». Arranger une peau sale ou déchirée, effacer des traces de sang, trouver des habits de poupée, confectionner un bonnet adapté, rassembler les membres, restituer une posture de tout petit, dans cette figuration, sous l'apparence, c'est une image fidèle à l'humanité qui cherche à être mise en forme et dévoilée grâce aux petites touches apportées par les soignants dans sa reconstitution. Tant il est vrai que dans cette présentation, où l'apparaître ou encore être vu, être visible dans le regard de l'autre, sont des questions centrales et rappellent ce que certains, comme

6 BLANCHOT M. 1973 : *Le pas au-delà*, Paris, Gallimard.

Emmanuel Levinas ou Jean-Paul Sartre, auront défini comme une dimension fondamentale de l'existence humaine, attestant pour chacun de la sienne propre, attestant ici de l'existence d'un enfant.

Dans l'activité réelle déployée, les sages-femmes expliquent que ces pratiques les emmènent bien au-delà de manipulations corporelles ou de comportements, prescrits par des règles ou des recommandations. Ce n'est pas « *s'occuper comme d'un placenta* », avec des actes opératoires. Elles se laissent elles-mêmes interpeller par l'humanité du corps du tout-petit. Si bien qu'elles se sentent convoquées à entrer dans une dimension proprement subjective, en s'adressant à lui, sous la forme d'un dialogue interne et silencieux, en réponse à cette sollicitation. « *Moi j'aime bien faire ce moment-là, le laver tout ça parce que ça reprend un peu le droit de l'humanité* », explique une sage-femme, tout en confiant qu'elle lui parle en même temps. Le corps du tout petit n'est plus perçu comme une chose mais comme un partenaire capable de toucher le soignant et de l'établir dans son humanité propre. Celle de sa condition intersubjective en tant que personne humaine, enracinée dans sa capacité à entrer en relation où comme l'écrit Martin Buber « *dans l'instant de la contemplation, ce n'était pas une chose entre les choses, un phénomène entre les phénomènes, c'était l'unique présence* »⁷.

Lorsque le tout petit n'apparaît pas comme une chose, sous une corporéité indéfinissable pour les soignants, c'est encore un autre dialogue qui s'instaure à plusieurs voix, avec les parents. Celui où les soignants se laissent finalement interpeller par le projet parental, à la hauteur d'un projet d'enfant, dans l'espace ouvert par l'intersubjectivité partagée. C'est dans ce dialogue, devenu ainsi à plusieurs voix, que les soignants trouveront et inventeront à chaque fois, dans la réciprocité des échanges avec les parents, les « *bons mots* », les bons gestes, les bonnes attitudes, la juste présence, pour les accompagner en toute humanité, en toute créativité. Même si ces pratiques reposent dans les maternités principalement sur les sages-femmes, la disponibilité qu'elle leur demande, vient souvent d'une volonté d'équipe commune pour la construire ensemble dans la répartition du travail, sous la pression de l'efficacité et des actes chiffrés, où « *tout le monde joue le jeu* » comme dit l'une d'elle, toutes professions confondues, en une communauté d'intérêts et d'intersubjectivité partagée, rendue sensible souvent par le changement d'ambiance dans les équipes comme dans le service, à la mesure de l'épreuve que représente la mort périnatale survenue.

Dans l'activité des soignants ces pratiques se situent bien au-delà du soin médical habituel, sans être cependant un soin psychique, lorsqu'elles relèvent tout simplement de l'humanité manifestée dans les processus intersubjectifs convoqués au travail, individuellement et collectivement. Des processus qui s'étaient sur le traitement corporel du tout petit mais qui ne sont pas définis d'avance et de ce fait sans cesse à réinventer, à renouveler, pour les soignants à la rencontre des parents, dans leur travail, pour chaque situation. C'est ainsi que se dessine un espace potentiel, à trouver, à créer, toujours recommencé, qui offre une possibilité de dégagement face à la mort périnatale, dont le corps du tout petit ne représente que le support concret visible, tel que le conçoit Winnicott pour l'objet transitionnel.

Ainsi l'apparition et la généralisation de ces pratiques tournées vers l'accompagnement de la mort périnatale prend la forme d'une alliance contractée entre soignants et parents plutôt qu'à des conduites imposées à ces derniers, prétextes d'un traitement trouvant sa justification et sa légitimité dans les théories psychologiques sur le deuil. Les obstétriciens et les sages-femmes, avec particulièrement d'émotion, expriment combien ils reçoivent, parfois longtemps après, des témoignages de reconnaissance, des remerciements émouvants, « *les plus belles lettres que j'ai jamais reçues* » dit cette sage-femme, qui les confortent, par ces rétributions fortement symboliques, dans la continuation de ces pratiques. Elles rassurent le soignant quant à son humanité propre où comme le dit une sage-femme, « *je ne suis pas passée dans le protocole « on le bel enfant*

7 BUBER M. 1969 : Je et Tu, Paris, Aubier, p.68.

on lui fait la photo » comme on nous le serine ». Elles permettent dans l'alliance subjective réalisée une possibilité de surmonter la mort, chacun de leur côté, les soignants dans l'impact qu'elle a sur eux dans leur travail, les parents dans l'impact qu'elle a sur eux dans leur vie, en la subvertissant ensemble par des processus qui organisent ce que Hans-Georg Gadamer appelle un « *refoulement de la mort* », indispensables au désir de vivre et de vie dans toute existence humaine. Et dit-il « *Il semble que la nécessité de réhabiliter le refoulement de la mort, inhérent à la vie elle-même, doive aller de soi pour les vivants* »⁸ alors qu'une sage-femme déclare de son côté, « *c'est quand même très apaisant tout ce qu'on fait pour les parents qui finalement apaise aussi les soignants, c'est évident, ça c'est évident* ».

Cette alliance intersubjective offre, par une reprise symbolique du traitement du corps du tout petit, un dépassement de la mort qui va au-delà d'une offre d'accompagnement d'un deuil privé. L'expérience de la mort est commune aux parents et aux soignants. L'effort et l'élaboration du travail symbolique conjoint et commun, fait aussi bien individuellement que collectivement par les soignants, en toute réciprocité avec celui des parents, est un travail de vie, qui a sa part dans la subversion de la mort, en faisant appel aux ressources propres qui fondent toute humanité.

8 Opus cité, p.77.