

L'ÉDUCATION PRÉNATALE NATURELLE ET LA CONSULTATION PRÉNATALE

Une proposition de synthèse des principes

Introduction

Jésual LOTOY
Banza, M.D.,
Médecin au Centre
mère-enfant de
Barumbu
(CME/Barumbu),
Chercheur au
Laboratoire
d'écologie politique
(LAECOPOL)
et membre de
l'Association nationale
pour l'Éducation
prénatale
(ANAEP-RDC).
jesulotoy2003@yahoo.fr

La quête de toute activité humaine est presque exclusivement « le bien-être », la recherche du bonheur. Et cela se définit par les efforts à fournir au présent, pour baliser, façonner l'avenir de chaque individu et *in fine*, de la société tout entière.

L'homme étant le maillon essentiel de toute société, ce perpétuel mouvement vers un mieux-être a longtemps permis de générer – au gré des réussites et des échecs sociaux – des modèles de vie sociale et individuelle, qui passent par un ensemble de savoirs et savoir-faire locaux séculaires, ancrés dans chaque peuple, dans chaque culture.

C'est là tout l'intérêt du regard porté sur la femme vue comme **mère**, car elle est l'usine de l'être, le « berceau de l'humanité »¹. Ainsi est né le besoin d'encadrer la maternité (ici comprise comme la période pendant laquelle la femme porte une grossesse, un enfant en son sein) afin d'assurer, dès ses premiers instants, alors même qu'il n'a encore pour seul environnement immédiat que le sein maternel, l'éducation de cet « enfant en formation », à travers les périodes ovulaire, embryonnaire et fœtale, à chaque instant de la mise en commun d'éléments biochimiques et organiques où est ancrée la kyrielle d'informations qui constitueront cet enfant à naître et qui détermineront son devenir d'individu dans la société dont il est et sera membre : c'est la genèse de l'éducation prénatale naturelle (EPN).

Les recherches scientifiques et psychologiques de ces dernières décennies confirment cette intuition millénaire des femmes : l'enfant *in-utero* est un être sensitif, sensible, réagissant car, depuis sa conception, ses cellules s'informent en même temps

1 Jean-Pierre LOTOY Ilango-Banga, « Pourquoi lutter contre les violences faites à la femme ? », in *Congo-Afrique* (mars 2017), n°513, mars 2017, p. 216.

qu'elles se forment. Par les puissances de vie qui sont en lui et au moyen des matériaux physiques, affectifs et mentaux apportés par sa mère – et à travers elle par le père et l'environnement – l'enfant prénatal construit les premières bases de sa santé, de son affectivité, de ses modes relationnels, de ses capacités intellectuelles, voire de sa créativité. Cette éducation prénatale, naturelle, est fondamentale².

Dès lors, chaque grossesse est une « grossesse précieuse »³, incarnant l'espoir de toute la famille, le clan ou la société d'avoir un individu qui pérennise l'existence de la société et son essence (c'est-à-dire ses valeurs intrinsèques) et qui en sera donc la meilleure image. Cette préoccupation de la qualité de l'enfant à naître [et futur membre adulte de la société] n'est cependant pas l'apanage de l'éducation prénatale.

Ainsi, nous proposons une réflexion en trois points qui suivent, pour appréhender la relation entre la consultation prénatale et l'éducation prénatale naturelle : (1) l'intérêt de la consultation prénatale en obstétrique moderne, (2) la consultation prénatale en pratique : une ouverture pour l'éducation prénatale naturelle et (3) un plaidoyer pour la synthèse des principes.

1. Intérêt de la consultation prénatale en obstétrique moderne

Les professionnels de santé (gynécologues et obstétriciens, médecins généralistes, maïeuticiens, ...) ont aussi longtemps partagé le souci d'offrir un enfant de qualité à toute gestante (femme enceinte), car « une femme qui vient accoucher, c'est toute une famille, un clan, une société qui est derrière elle », dit-on. Et cela passe par le monitoring de la grossesse, en mettant l'accent sur tous les événements biologiques, anatomiques, physiologiques et physiopathologiques tant maternels que fœtaux, pouvant renseigner sur le risque que court une grossesse d'être interrompue avant terme ou d'aboutir à un enfant de mauvaise qualité (physique ou mentale), un *exitus* périnatal, voire un décès maternel. Cette surveillance a été codifiée à travers les consultations prénatales (CPN).

Il n'en reste pas moins qu'au début de la grossesse, c'est de diagnostic qu'il s'agit d'abord, et celui-ci étant posé, de bilan général portant sur la santé de la mère et la vitalité de l'œuf. Cette préoccupation sera celle de toute la durée de la grossesse⁴. D'où le besoin de n'avoir pas une unique « visite ou consultation prénatale » mais plusieurs « consultations prénatales » dont le nombre et la fréquence seront fonction de ce double objectif.

2 Marie-André BERTIN, cité par Jean-Pierre LOTOY Ilango-Banga, *Idem*, p. 217.

3 Par essence, toute grossesse est précieuse, car la mort d'un fœtus est souvent considérée comme un échec pour l'obstétricien et crée une grande désolation dans la famille qui s'est investie neuf mois durant dans une heureuse et active attente. Mais plus souvent, en obstétrique on parle de « grossesse précieuse », lorsqu'il a fallu beaucoup de temps et d'assistance médicale pour la mettre en route et elle l'est d'autant plus que la mère est en âge avancé (à partir de 35 ans). Ces grossesses sont accompagnées d'une surveillance obstétricale étroite.

4 Robert MERGER, Jean LEVY, Jean MELCHIOR, *Précis d'obstétrique*, sixième édition, Paris, Masson, 2001, p. 71.

Une femme enceinte doit consulter le médecin traitant ou le gynécologue, au moins une fois par mois, deux fois au cours du dernier mois. La surveillance sera plus rapprochée en cas de pathologie, tous les 15 jours, voire moins. À la fin (dernière visite), il se posera plus précisément le pronostic fœtal et maternel de l'accouchement⁵. En République française, par exemple, sept consultations prénatales sont obligatoires pendant la grossesse et les frais y afférents sont même remboursés par la sécurité sociale⁶.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) prévoit pour les pays à ressources limitées, où les soins de santé ne sont aucunement subventionnés par les pouvoirs publics, un nombre optimal de quatre consultations, dont une par trimestre et une avant l'accouchement⁷, pour prétendre assurer une couverture acceptable de la grossesse, capable ainsi d'éviter la prématurité et la postmaturité, surveiller les grands organes (circulatoire, digestif, urinaire) de la gestante et prévoir les modalités d'accouchement⁸.

Une nouvelle approche appelée « CPN recentrée » est faite pour surveiller le bon déroulement de la grossesse et dépister les anomalies éventuelles qui pourraient entraver sa bonne évolution. Cette dernière a été définie en « soins prénatals focalisés » par l'OMS avec un accent mis sur les points suivants⁹ :

1. S'assurer que la grossesse évolue de façon naturelle par des actions éprouvées, orientées selon un objectif ;
2. Des soins individualisés axés sur les femmes ;
3. La qualité de la visite par opposition à la quantité des soins par des prestataires compétents.

Les CPN constituent un des quatre piliers de la maternité à moindre risque, les autres étant la *planification familiale*, l'*accouchement dans de bonnes conditions d'hygiène et de sécurité* et les *soins obstétricaux essentiels*¹⁰.

Cependant, si les CPN, avec les autres mesures consacrées et/ou renforcées par les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), puis depuis 2015, par les Objectifs de développement durable (ODD),

5 Robert MERGER, Jean LEVY, Jean MELCHIOR, *Précis d'obstétrique*, sixième édition, Paris, Masson, 2001, p. 71.

6 *Idem*, pp. 71, 579 et 580.

7 Renée Cécile BONONO, Pierre ONGOLO-ZOGO, *Optimiser l'utilisation de la consultation prénatale au Cameroun*, Centre pour le développement des Bonnes Pratiques en Santé - Hôpital Central, Yaoundé, Cameroun, 2012, p. 2.

8 Syllabus d'Obstétrique élaboré par les Professeurs du Département de Gynécologie et Obstétrique de la Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, 2012 (inédit).

9 Cleone ROONEY, *Antenatal care and maternal health : how effective is it ? A review of the evidence*, Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, World Health Organization, Geneva, 1992.

10 World Health Organization, *Mother-Baby Package : Implementing Safe Motherhood in countries. Practical guide*. Maternal Health and Safe Motherhood Programme, Division of Family Health, World Health Organization, Geneva, 1994.

ont permis d'enregistrer des progrès substantiels dans la réduction de la morbidité et de la mortalité évitables liées à la grossesse, ces taux restent, par ailleurs, inacceptablement élevés¹¹ et demeurent un grand problème de santé publique, exprimé à travers le troisième ODD, en raison entre autres de l'ignorance de leur réelle importance et leur inaccessibilité (financière et socioculturelle notamment) qui demeurent des obstacles majeurs à la mise en application effective des CPN dans nos milieux, surtout ruraux¹².

2. La consultation prénatale en pratique : une ouverture pour l'éducation prénatale naturelle

Dans toutes les sociétés du monde, la grossesse est un événement physiologique particulier qui attire l'attention des couples et des familles. C'est pourquoi les soins prénatals ont été adoptés de façon universelle. Cependant, dans leur réalisation pratique, de grandes différences existent.

L'histoire de la CPN moderne semble avoir débuté au début du siècle dernier [John William Ballantyne en 1901, pour les Britanniques ; Wilson en 1910, pour les Australiens¹³ et les Américains à la District Nursing Association du Boston Lying-In Hospital, aussi en 1901¹⁴].

C'est en 1929 que le contenu standard de la consultation prénatale a été mis au point par le Ministère de la santé du Royaume Uni, et il ne changera plus fondamentalement, même si de temps en temps une technique était ajoutée ou remplacée, une autre jugée dépassée. Ses principes étaient les suivants : (i) prédire les difficultés à l'accouchement par l'examen clinique de la femme enceinte ; (ii) détecter et traiter la toxémie ; (iii) prévenir, diagnostiquer et traiter les infections (cervicales, urinaires, etc.) ; (iv) diagnostiquer et traiter les maladies vénériennes ; (v) assurer la coopération la plus étroite entre l'hôpital et les personnes chargées des soins prénatals ; (vi) reconnaître l'effet éducatif d'une consultation bien organisée¹⁵.

Le programme de consultations prénatales prévoyait en moyenne une douzaine de visites dont trois au moins devaient être faites par le médecin.

11 OMS, Recommandations concernant les soins anténatals pour que la grossesse soit une expérience positive. WHO/RHR/16.12. OMS, Genève, 2016.

12 Les OMD (Objectifs du Millénaire pour le Développement) qui sont au nombre de huit, découlent de la Déclaration du Millénaire des Nations Unies, signée en septembre 2000, engageant les dirigeants du monde entier. La nécessité d'efforts supplémentaires, plus concrets et engagés s'est vue alors exprimée au travers des 17 ODD et leurs 169 cibles (sous-objectifs), formulés en 2015, pour faire suite et consolider les OMD. Une réflexion s'impose, cependant, quant aux acquis des OMD et l'importance des ODD, notamment en ce qui concerne la santé. À ce propos, on peut lire avec intérêt l'élément des Nations Unies sur : www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/

13 A. OAKLEY, *The captured womb : A history of the medical care of pregnant women*, New York, B. Blackwell, 1984.

14 E. KESSEL, "Maternity care: its opportunity and limit to improve pregnancy outcome", in OMRAN A.R., MARTIN J. and HAMZA B. (Eds.) *High risk mothers and newborns : detection, management and prevention*, Thun, Switzerland, Ott Verlag, 1987. pp. 375-93.

15 A. OAKLEY, *op. cit.*

Au début des années 1930, la CPN a été remise en question parce que la mortalité maternelle ne diminuait pas. Les arguments évoqués pour expliquer que cette stratégie n'avait pas eu la réponse magique escomptée étaient : (i) la faible proportion de femmes enceintes fréquentant les centres de consultation prénatale ; (ii) le nombre insuffisant de visites prénatales ; (iii) le standard de soins inadéquats¹⁶.

Dans les années 1960, l'évaluation du risque individuel à la consultation prénatale était devenue habituelle. Les livres d'obstétrique des années 1960-1970, destinés à un public de médecins exerçant dans le tiers monde, ont contribué à graver dans les habitudes médicales l'utilisation de la consultation prénatale pour sélectionner les femmes à risque, que ce soit pour éviter les décès périnataux ou maternels¹⁷. À la fin des années 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé avait proposé une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque¹⁸.

Les années 1980, à part quelques remises en question sporadiques, furent des années d'engouement pour ce nouveau paradigme¹⁹. Elles ont été particulièrement marquées par la mise au point des méthodes de quantification du risque, avec l'avantage d'identifier les femmes à risque et de les orienter [à temps] vers les services de santé appropriés.

Les pays en développement disposeraient ainsi d'un outil de prise de décision pour les priorités nationales et locales. L'instrument n'avait donc plus un objectif d'évaluation du risque individuel mais devenait un outil de prise de décision programmatique. L'espoir était de réduire le nombre de femmes à prendre en charge dans les hôpitaux de référence, grâce à un tri basé sur l'approche de risque. Ainsi, les pays en développement pourraient quand même réduire la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales, sans devoir investir dans un réseau hospitalier onéreux²⁰.

Les efforts qui ont accompagné l'évolution des CPN ont donc, jusqu'à tout récemment, été focalisés sur les aspects physiques et biologiques, notamment l'évaluation des risques maternels et périnataux [et, à l'image des OMD, puis des ODD, cet aspect continue encore de concentrer toute l'énergie des politiques nationales visant à réduire la morbi-mortalité

16 *Ibidem*.

17 David A. ROSS, "The trained traditional birth attendant and neonatal tetanus", in MAGLACAS, Mangay A., SIMONS, John (Eds.) *The potential of the traditional birth attendant*, WHO, Publication offset 95, Geneva, 1986. pp. 8-20 (WHO_OFFSET_95_fre.pdf). Lire aussi R.H. PHILIPOTT, "The organisation of services in Africa", In: PHILPOTT, R.H., ed. *Maternity services in the developing world: what the community needs*. London, Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 1979. pp 131-42.

18 OMS, *Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque*. OMS, Publication offset 39, Genève, 1978 (WHO_OFFSET_39_fre.pdf).

19 P.K. CHNG, M.H. HALL, I. MACGILLIVRAY, "An audit of antenatal care: the value of the first antenatal visit", *Br Med J*, n° 281, 1980, pp. 1184-1186. Lire aussi HALL, M.H., CHNG, P.K., I. MACGILLIVRAY, "Is routine antenatal care worthwhile ?", *Lancet-Elsevier*, n° 316, vol 8185, 1980, pp. 78-80.

20 Joseph Amadomon SAGARA, *Consultations prénatales recentrées : connaissances, attitudes et pratiques de la communauté de Dio-Gare*, Thèse de médecine, Faculté de médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie, Université de Bamako, 2010, téléchargé en pdf le 18/08/2017.

maternelle et périnatale]. Pourtant, certains états pathologiques liés à la grossesse ou qui en sont intercurrents ont leur cause bien loin du seul biologique, qui n'intervient d'ailleurs que comme la résultante d'un état psycho-affectif perturbé ou des facteurs environnementaux précaires et permanents, et le plus souvent, dans un contexte qui demande mieux qu'une démarche diagnostique classique bien conduite.

En effet, les recherches scientifiques et psychologiques de ces dernières décennies montrent que la période prénatale de la vie humaine est au moins aussi importante que la petite enfance. La psychologie, par ses progrès, nous a fait, par ailleurs, prendre conscience que chaque étape de la vie conditionne les étapes suivantes. Elle a tout particulièrement mis en lumière l'impact des ressentis de la petite enfance sur la vie émotionnelle et le comportement de l'adolescent et de l'adulte.

Les futurs parents sont donc les éducateurs de l'enfant prénatal avant d'être ceux de l'enfant et de l'adolescent. Cette réalité a motivé les changements de plus en plus observés à partir de la dernière décennie du siècle passé et du début du siècle présent dans la réalisation des CPN.

Dans sa mise en application actuelle, la consultation prénatale est élaborée sous forme de visite médicale (d'une part) et de sensibilisation, conseils voués à soigner la vie et l'entourage de la mère pour le bien de son enfant à naître (d'autre part)²¹.

La CPN peut donc être considérée comme une activité de médecine préventive autour de la grossesse et de la naissance. Dans ce contexte, elle vise un triple but : *prévenir certaines pathologies ; dépister un nombre important de complications de la grossesse ; et aider à l'apprentissage du rôle de parent*. Ce soutien à la parentalité est aussi important chez les femmes qui sont enceintes pour la première fois que chez les autres. Cette prise en charge des facteurs biomédicaux ainsi que des facteurs sociaux, psychologiques et affectifs doit apporter, à la future mère et à sa famille, à la fois la sécurité médicale et la sécurité affective. Elle implique donc des compétences relationnelles qui permettront de centrer le suivi non pas sur la seule grossesse mais aussi sur la future mère, son enfant et sa famille²².

Vues sous cet angle, la CPN et l'EPN constituent l'envers et le revers d'une seule et unique pièce, en ce sens que tous les principes et vœux formulés par les nouvelles approches de CPN, s'attachant à l'édification

21 Les termes « mafundisho » ou « mateya » (signifiant « enseignements, conseils » y font référence dans nos milieux hospitaliers, respectivement en « kiswahili » et en « lingala », deux des quatre langues nationales de la RD Congo (avec le « kikongo » et le « tshiluba ») pour désigner ce dernier objectif qui est une partie intégrale des activités des CPN. A l'issue de ces rencontres de groupe, les gestantes sont entretenues non seulement sur les mesures d'hygiène individuelle qu'elles doivent observer en vue d'assurer le bon déroulement de leur grossesse, mais aussi sur les soins à apporter à l'environnement, la gestion du quotidien familial, etc.

22 S. ALEXANDER, F. DEBIEVE, P. DELVOYE, C. KIRKPATRICK, V. MASSON (sous la dir. de), Guide de consultation prénatale, Office de la Naissance et de l'Enfance - Groupement des Gynécologues-Obstétriciens de langue Française de Belgique, De Boeck, Bruxelles, 2009, p. 2.

de la santé physique et psychique de l'enfant à naître dès sa formation, à la période prénatale, peuvent être matérialisés grâce à l'EPN, par laquelle la future mère acquiert les moyens pratiques de veiller à ce modelage de l'enfant à naître en influant en toute conscience et responsabilité ce que sera son devenir physique et psychique.

Sachant que l'éducation prénatale résulte des processus naturels de la grossesse et s'opère au quotidien à travers la mère, il s'agit donc, pour elle, d'apporter à l'enfant les meilleurs éléments (aliments) et les meilleures conditions (pensées et émotions positives, sons liés à certains traits de caractère plutôt que d'autres, attente heureuse, etc.) afin qu'il développe au mieux, au sein du processus naturel et selon sa dynamique propre, les potentialités incluses dans son patrimoine génétique.

Le rôle de la mère est certes primordial, mais elle a besoin pour bien le remplir, de la complicité du père, de l'aide de son entourage, et de la compréhension et du soutien de la société tout entière [qui exerce des influences certaines sur le fœtus, à travers son biotope qu'est la mère, au gré des interactions fastes ou néfastes qu'elle entretient avec cette dernière].

Il est cependant très important de distinguer l'éducation (qui concerne le développement des potentialités de l'individu et son adaptation au monde) de l'instruction (transmission de savoirs et de savoir-faire ; elle utilise des méthodes d'apprentissage), si l'on veut éviter toute erreur dommageable pour l'enfant, si on veut éviter de lui faire violence. En effet, il n'y a rien à apprendre au fœtus : tenter de le faire serait arbitraire et dangereux²³.

3. Plaidoyer pour la synthèse des principes

L'EPN et les CPN sont les deux aspects unis et complémentaires d'une même réalité, un soucis partagé par tous les acteurs engagés dans le processus de procréation et d'éducation (parents, famille, praticiens de santé, enseignants...), quel que soit leur niveau d'influence ou d'action, depuis les sociétés traditionnelles, jusqu'à ces jours : celui que « la femme qui accouche demeure en vie après son accouchement et qu'elle mette au monde, dans les conditions les meilleures, un enfant de bonne qualité, c'est-à-dire en bonne santé physique (accent plus prononcé dans les activités de CPN) et mentale (accent plus prononcé dans les méthodes d'EPN) ». Et cette qualité de l'enfant, qui prend racine *in utero*, est déterminante pour son devenir et son futur rôle à jouer dans la société.

Des études ont corroboré cette acception, notamment en ce qui concerne les acquis sensoriels de l'enfant prénatal (cf. haptonomie de Frans VELDMAN). Elles prouvent qu'il y a un enregistrement précis et une mémorisation durable à travers les sens de l'enfant à naître, tout le long de sa formation (confidences

²³ Marie-André BERTIN, « Pour une éducation à la culture de la Paix », conférence au Colloque de Biarritz - 25, 26 Mai 2002, Organisé par la fondation « France-Libertés » et l'association « l'Envol d'Alcyon ».

de Boris BROTT, RUBINSTEIN, Yehudi MENUHIN, Olivier MESSIAEN). Mais l'être en formation n'enregistre pas seulement des acquis sensoriels, il enregistre aussi dans sa mémoire cellulaire des empreintes affectives qu'il reçoit de sa mère surtout, mais aussi de son père, voire de leur entourage²⁴. C'est autant dire que les CPN et l'EPN, sur base de leurs principes, sont dirigés vers la même cible : l'enfant à naître, sa mère (et de manière plus étendue, sa famille).

Mais pour faire bénéficier davantage la pratique actuelle des CPN des acquis de l'EPN, des interrogations fondamentales demeurent. L'on pourrait, à titre illustratif, s'interroger sur le véritable début de la vie, à savoir quand commencer à considérer que l'embryon est capable d'interagir avec son milieu et obtenir au mieux les bénéfices escomptés de l'EPN ?

Selon le groupe européen d'éthique des sciences, dans son avis émis en 1998, « force est de constater qu'il n'existe, en effet, aucune définition consensuelle ni scientifique, ni juridique du début de la vie »²⁵.

Cependant, il est évident que le travail d'éducation prénatale assuré par les parents qui sont de « véritables ingénieurs génétiques », commence tôt, très tôt, et les empreintes des *stimuli* sensoriels ambiants sur le fœtus sont aujourd'hui prouvées²⁶.

Il s'avère donc important que l'EPN et les CPN entretiennent un lien indissociable lors de la prise en charge de toute gestante. Cela nécessite, déjà à la base, que l'EPN s'invite davantage et prenne réellement corps dans l'enseignement des sciences médicales et paramédicales ; mais aussi, dans leur élaboration et mise en œuvre, les CPN devraient mieux intégrer les aspects de l'EPN, et ne pas se concentrer uniquement sur les aspects purement médicaux, étant donné que certains états pathologiques (liés ou intercurrents à la grossesse) peuvent déjà être évités en intégrant parfaitement les techniques d'EPN, surtout dans les milieux où l'accessibilité aux services de santé pose encore problème [comme c'est encore le cas sur la quasi-totalité du territoire national].

De plus, dans le contexte actuel des CPN recentrées, qui limite le nombre et le contenu des visites, il est on ne peut plus opportun de faire recours à l'EPN car, grâce à elle, les parents (voire la famille) deviennent des acteurs actifs, conscients du développement de l'enfant, en apportant à chaque étape, les matériaux biologiques, affectifs et physiques qui construiront son corps mais aussi son caractère présent et futur. ■

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ Berthe ZINGA Ilunga, *Désir d'enfant et reproduction hors sexualité : introduction à l'Assistance Médicale à la Procréation*, Kinshasa, Éditions Noraf, Publications Iscad, 2015.

²⁶ On peut lire avec beaucoup d'intérêt les travaux du Professeur E. Louis EFOTO de la Faculté des Sciences et membre du Comité Scientifique pour la promotion de la Biodiversité (CSB) de l'Université de Kinshasa, évoquant l'influence des *stimuli* auditifs et leurs conséquences biophysiques, neurologiques sur l'enfant à naître, in *Cahier des actes de la Conférence internationale de l'Organisation Mondiale des Associations pour l'Éducation prénatale (OMAEP) sur l'Éducation Prénatale à Kinshasa, 2012*, inédit.