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: 83 (1985)

Heft: 6

Artikel: Préparation à la naissance : un travail sur l'ambivalence

Autor: James, F.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950390

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: 16.07.2025

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

Préparation à la naissance: un travail sur l'ambivalence *

par F. James (Genève)

L'ambivalence des sentiments de la femme enceinte vis-à-vis de l'enfant qu'elle attend est liée au caractère obligatoire de la présence du fœtus, une fois que la grossesse est commencée. Ce caractère obligatoire réveille une problématique archaïque de dépendance qui implique la haine.
Mal intégrée dans l'ensemble du vécu de la grossesse, cette ambivalence peut provoquer des troubles plus ou moins graves, allant de la simple nausée à la fausse couche.
Sur le plan pratique, une préparation à la naissance qui tente d'intégrer cette ambivalence permet d'éviter certains troubles de la grossesse et de l'accouchement, et favorise une bonne relation mère-enfant ultérieure.

«On peut avoir un enfant. On a franchi un certain nombre d'étapes, on a surmonté pas mal d'écueils. On a à peu près réglé le problème des parents: idéalisés, puis rejetés, puis réhabilités, on a fini par les laisser vivre. On a fait le tour de son corps, pour en découvrir les jouissances secrètes, les douleurs intempestives, l'effort attentif. On a longtemps erré entre les possibles, découvrant les deuils à faire quand on commence à entrer dans la réalité. On a apprivoisé l'Autre: d'abord miroir de soi, puis douloureusement différent, on est devenu son compagnon de route.

Et on a voulu avoir un enfant.
Et on l'a ‹mis en route›.
Et tout s'écroule.

Tout: ce désir d'enfant, ce projet de vie, ce compagnon admis, ce corps apprivoisé. Plus rien n'est stable, plus rien ne ressemble à ce qui était avant; tout est transformé, un pouvoir maléfique a modifié le visage des choses. Jusqu'à mon désir que je ne reconnais pas, chimère qui se déforme entre mes doigts!
Je ne suis plus moi-même». [1]
Quel est ce discours tant de fois entendu? Sur quoi est-il fondé? Comment y répondre?
Voilà trois questions auxquelles m'a confrontée mon travail de psychiatre consultant dans une maternité.

Un peu coincée entre la demande des femmes qu'on entende leur angoisse, et celle des gynécologues qu'on la fasse disparaître, j'ai essayé de préciser au cours des années une image théorique de cette angoisse et tenté une mise en pratique de réponse possible. Passons en revue l'une et l'autre.

Perspectives théoriques

Qu'est-ce qui se dit dans un corps de femme enceinte, au point parfois de mettre la grossesse en danger, d'une expérience parfois bien intégrée dans l'ensemble de la personnalité, parfois catastrophique pour l'équilibre de la femme? (Racamier). Qu'est-ce qui fait que certaines femmes dont la grossesse se déroule normalement, sans antécédents pathologiques, présentent tout à coup un discours qui évoque la psychose? (Bibring). Qu'est-ce qui fait que la grossesse provoque l'émergence de sentiments, de vécus, de représentations totalement imprévus pour la femme elle-même, non conformes à l'image qu'elle a d'elle, intolérables pour son Idéal du Moi ... et pour son entourage?

Je me suis beaucoup interrogé autour de ces questions, pour aboutir à un constat banal: la grossesse est un phénomène irréversible. Pas plus, pas moins. Rien à faire pour que ça n'ait pas eu lieu – quelle qu'en soit l'issue! Interruption de grossesse, fausse couche ou accouchement, la grossesse a commencé, s'est poursuivie, s'est terminée.
Corollaire inévitable: la relation avec le fœtus est obligatoire, il n'y a dès le début plus aucun choix possible. Est-ce si banal? Je prétends que non.

Car cette situation si particulière d'une relation de type obligatoire et non choisi réveille une problématique archaïque où nous nous trouvions dans une telle dépendance et où cela impliquait *la haine.*
Permettez-moi une brève incursion dans le domaine de la psychologie génétique.

- Au début, l'enfant ne distingue pas l'autre, qu'il prend pour une partie de lui-même.
- Puis l'autre devient partiellement distinct, et il est utilisé pour satisfaire certains besoins comme un prolongement de soi.
- Enfin, l'autre devient distinct, séparé, et il s'instaure (dans le meilleur des cas!) une relation d'alterité où l'individu peut accepter la différence, les bons et les mauvais côtés en lui-même et en l'autre, et dispose de sentiments variés pour gérer la relation.

Au stade intermédiaire que j'ai cité (dans la description abusivement simplifiée d'un développement en réalité très complexe), la mère est pour l'enfant absolument nécessaire comme source d'amour, mais, inévitablement frustrante comme la réalité elle-même, elle est aussi toujours en danger comme objet de haine à cause de ces frustrations. Plus tard, en devenant plus indépendant, l'individu pourra développer avec l'autre une relation libre, comprenant des sentiments variés, positifs et négatifs.
Mais au stade qui m'intéresse, où la dépendance à la mère est telle, l'enfant est dans l'obligation de toujours préserver les bons aspects de la relation en surveillant les aspects mauvais, destructeurs, pour qu'ils ne prennent pas le dessus. Et cette interrelation entre la dépendance, l'amour et la haine, c'est très exactement *l'ambivalence.*
Pendant la grossesse, et du fait de cette irréversibilité qui rend la relation au fœtus obligatoire, sans choix possible (et ceci, que la grossesse ait été désirée ou non!), la mère est prisonnière de l'enfant et se retrouve analogiquement dans la même situation qu'à ce stade archaïque de son développement. La voilà replongée dans la haine et dans l'ambivalence!
Mais tout ceci est, bien sûr, intolérable pour le Moi adulte. A l'âge où les femmes commencent à avoir des enfants (mettons: à partir de vingt ans), on a depuis belle lurette recouvert, mis aux oubliettes des sentiments aussi peu recommandables que l'extrême dépendance ou la haine (Dufour, Groddeck, Badinter)!

De plus, toute la société fonctionne, quant à la grossesse, sur une image idéale qui exclut des sentiments aussi «dangereux». Non seulement la femme enceinte a bien de la peine à savoir que faire des sentiments invraisemblables qui émergent en elle au cours de la grossesse, mais en plus où voulez-vous

* Conférence faite à Braine-L'Alleud (Belgique) en octobre 1983, dans le cadre de la rencontre «La parole et le toucher pendant la grossesse».

[1] Tiré de «La grossesse, cette prison tant désirée», thèse de médecine (psychiatrie), par F. James (Genève, 1982).

qu'elle aille trouver de la compréhension, alors que tout le monde a tout fait pour évacuer des sentiments pareils!
Vous voudriez, Madame, nous rappeler que nous avons été en proie à des tourments si affreux! Alors que nous avons eu tellement de peine à les surmonter et à les oublier ... Eh bien non! Madame, mettez-vous dans la tête que la grossesse est une histoire merveilleuse, que vous n'avez jamais été si heureuse, et que tout va bien dans la meilleure des maternités possibles!
Madame, prise entre ces extrêmes, vacille. Si elle est solide, pourvue d'une personnalité harmonieuse, elle tient le coup, moyennant peut-être des rêves déconcertants.
Si elle l'est moins ... Eh bien Madame somatise, a du vague à l'âme ou au ventre, vomit, contracte, voire expulse le malheureux fauteur de troubles.
Le moins intéressant n'est pas de constater ce qui se passe quand un tel processus peut être renversé, et que ledit fœtus peut dès lors rester en place, grandir, et devenir un beau bébé qui passionnera ses parents. Bref, quand un processus aux risques mortels se renverse en son contraire, un processus de vie.

Pratique: les possibles d'une expérience

Ceci m'amène à la description d'une réponse possible à ces angoisses de la grossesse, expérimentée à la Maternité de Genève (avec la bénédiction du Pr Béguin).

Historiquement, on avait passé à la Maternité de Genève d'un cours dit «traditionnel» (où les femmes apprenaient comment elles auraient à se comporter pendant l'accouchement) à un «cours pilote» (où était délivré un maximum d'information scientifique sur le mode du cours aux étudiants). On cherchait donc à répondre aux inquiétudes des femmes à l'aide du code médical, mais sans remède quant au fait que l'augmentation d'information dispensée seule tendait à augmenter les questions et l'angoisse.
Alors fut faite la proposition d'un groupe de préparation à la naissance qui utiliserait aussi le code psychologique, permettant l'accès à des niveaux autres que cognitifs: sensoriel, affectif, symbolique ...
Notre but était de permettre aux femmes enceintes de se préparer à la naissance de leur enfant en intégrant tout ce qu'elles arriveraient à reconnaître en elles-mêmes autour de l'événement-grossesse. L'hypothèse étant la suivante: tout ce qui, dans le vécu de la femme enceinte, est condamné à être méconnu, refoulé, va faire retour sous des formes non mentalisées, éventuellement dans le corps lui-même (sous forme de contractions, par exemple); de plus, tout ceci pèsera d'autant plus sur le développement psychique de l'enfant que la mère n'aura pas pu reconnaître ces éléments comme siens.
Quelles conditions faut-il pour que se fasse un tel travail d'intégration? Je décrirai l'expérience faite à la Maternité de Genève en essayant d'en comprendre les mécanismes.
Nous étions trois embarquées dans cette aventure: une sage-femme, une gynécologue et moi-même, psychiatre. Réuni pour deux heures hebdomadaires, le groupe comprenait un nombre variable de femmes allant de six à dix-huit, qui étaient invitées à fréquenter les séances pendant toute leur grossesse. Chacune était libre de venir accompagnée soit de son partenaire, soit de sa mère, soit d'une amie.

Tout d'abord, pour que les participantes se sentent libres d'entreprendre cette exploration d'elles-mêmes, il fallait favoriser un type de contact avec soi-même et les autres aussi dépourvu que possible de préoccupations de l'ordre du «paraître», au profit d'un «être-soi» authentique et détendu. Impossible dans une salle de cours, ou une salle de réunion ordinaire! Nous avions pu obtenir une grande salle couverte de moquette où nous nous installions à même le sol, disposant de matelas et de coussins.
Nous avions aussi renoncé à porter nos blouses blanches, pour éviter l'appauvrissement systématique des échanges vers la seule information scientifique sur le mode demande – réponse.

L'animation devait laisser émerger des demandes de niveaux différents, allant de la simple information au conflit intrapsychique. Il fallait répondre aux questions concernant la grossesse, l'accouchement, la sexualité, la contraception, l'allaitement ... et beaucoup d'autres, sans pour autant fermer la porte à des questions plus profondes, plus conflictuelles, qui commençaient souvent à s'exprimer par le biais de la demande d'information.

En plus de cette information de type scientifique, les sujets abordés par les participantes concernaient une série de thèmes dont voici des exemples:

- l'éducation future de l'enfant, la place qu'il prendrait ou qu'on lui laisserait; le problème du territoire;
- la nouvelle situation du couple, le passage d'une relation duelle à une relation à trois;
- la capacité à être une bonne mère, le doute de pouvoir l'être, la définition d'une «bonne mère» et d'un «bon enfant»;
- l'ambivalence par rapport aux médecins (avec le thème périodiquement repris de l'«accouchement naturel»), le désir de pouvoir compter sur soi-même pour réussir un «bon accouchement», et le besoin de compter sur une aide médicale «au cas où ...»;
- les craintes faces à une image de mère mauvaise, souvent projetée sur les sages-femmes;
- les angoisses vis-à-vis d'un monde interne entrouvert à l'occasion de rêves ou de fantasmes diurnes concernant soit l'accouchement, soit l'enfant, soit le rapport entre l'enfant et la mère (images persécutoires, effrayantes, meurtrières, d'etrangeté, etc.).

La liste est loin d'être exhaustive. On voit que tous ces thèmes ramènent plus ou moins aux questions fondamentales sur l'identité et la féminité.
Il fallait aussi permettre le passage à un type de fonctionnement plus «primitif» que le fonctionnement social habituel (Odent). Plus primitif, c'est-à-dire en particulier plus proche du corps et de ses messages, à l'écoute d'un Soi corporel profondément modifié par la grossesse, à la découverte de nouveaux besoins et de nouvelles limites.

Nous utilisions aussi bien des exercices de décharge que de détente, des massages divers, la voix ... La préparation à l'accouchement lui-même était centrée sur la respiration profonde et la détente, que les femmes utilisaient jusqu'où chacune le pouvait; certaines parvenaient à un état de conscience modifié de type sophronique que nous ne cherchions pas à leur faire atteindre à tout prix.
De même que notre attitude évitait systématiquement l'idée d'un savoir, d'un savoir-faire, d'un savoir-être que nous aurions détenu, de même nous ne faisions jamais de propositions de contenu. Notre rôle, le mien en particulier, était de canaliser (Marland) les échanges pour que chacune puisse découvrir ses propres besoins, ses propres réponses, ses propres sensations ou sentiments. C'était donc choisir de révaloriser la notion d'une aventure unique, d'une autonomie possible, où l'échange pouvait être richesse et non jugement – au service du Moi et non du Surmoi.

Dès son arrivée, chaque participante savait qu'elle serait invitée à revenir après son accouchement, présenter son bébé et raconter son expérience au groupe.
De cette manière, nous pouvions court-circuiter les inévitables tentatives

d'idéaliser les accouchements des animatrices (nous étions déjà mères toutes les trois), les échanges se faisant alors horizontalement entre les futures mères et l'accouchée.
Ce qui revenait souvent, c'était la remarque que l'accouchement, en fait, ne se maîtrise jamais à l'avance, à travers n'importe quelle préparation, que c'est toujours un événement bouleversant; que la douleur, le déchirement, la déchirure symbolique en font partie.
La présence du bébé à ces visites postnatales était aussi très importante: bébé vivant, réél, renvoyant chacune à son attente, à son désir, mais aussi chaînon reliant à la suite, aux problèmes posés par l'allaitement, les horaires, enfin à la relation vivante qu'il y aurait à instaurer avec lui.

Le travail possible sur l'ambivalence des sentiments vis-à-vis de l'enfant était directement lié à la découverte de parties de soi mal intégrées. Certaines femmes, de tempérament actif par exemple, vivent très mal le désir de passivité, de réceptivité qu'elles nient habituellement, mais qui est souvent très important pendant la grossesse. Dans le groupe, elles apprenaient à apprivoiser ces désirs, à cerner ce qu'ils avaient d'angoissant, à s'y laisser aller de manière contrôlée et non inquiétante. Quand nous faisions des massages, certaines avaient absolument besoin de contrôler ce que ça pouvait mobiliser chez elles en n'acceptant d'abord que le rôle actif (nous proposions des massages deux par deux, où chacune choisissait son rôle et était libre d'essayer les rôles actif et passif). Ou bien, le choix de la zone à masser (le dos, la plante des pieds, le visage) était l'occasion de définir ce que chacune voulait bien mettre en jeu d'elle-même en termes de territoire.

Par rapport à l'enfant, l'échange d'idées et d'associations sur la façon dont chacune vivait ce poids, ce plein, ce partenaire obligé qui transforme le corps propre, permettait de jouer avec différentes identifications: identification à une bonne mère, capable de représenter un abri sûr et chaud; identification à l'enfant, avec le désir d'être soi-même reconnue dans ces besoins de dépendance; ou encore identification au père, tierce personne extérieure à cette relation duelle, représentant le désir de trouver et de maintenir une identité personnelle aussi en dehors du rôle de mère.
Trouver, reconnaître, intégrer en soi des vécus et de représentations contradictoires ou interdits autour de la grossesse, voilà le travail qui s'effectuait de toutes sortes de manières.
Encore un mot sur l'impact de la présence des pères (peu nombreux en raison de notre horaire de réunion l'après-midi). Un seul homme, et tout est transformé ... dans le sens en tous cas d'échanges beaucoup plus verbaux, voire intellectuels, où le «paraître» reprend ses droits, et où l'accès à un vécu plus corporel devient plus difficile pour tout le groupe. Quoique systématique, ce phénomène était moins marqué avec des hommes calmes, non angoissés, désireux de vivre eux-mêmes une expérience autour de la grossesse de leur femme. Quant à d'autres, plus angoissés, moins capables d'écoute et d'attention, ils ont parfois paralysé des séances entières en monopolisant la parole dans des discours généraux, mettant nos capacités de «facilitation» du groupe à dure épreuve! Ceci ne signifie naturellement pas que les échanges en groupe mixte soient forcément superficiels, mais seulement qu'un temps de rencontre plus long est nécessaire pour que les défenses liées au besoin de donner une certaine image de soi cèdent, en permettant une rencontre plus profonde entre individus.

Quels prolongements?

Pour conclure, trois remarques qui sont loin d'épuiser un sujet aussi vaste.
Premièrement, tenter ainsi de reconnaître en soi des désirs divers, parfois contradictoires ou effrayants, parfois très différents de l'image qu'on avait de sa relation à l'enfant qu'on attend, me paraît représenter un acte préventif essentiel. Cette prévention quant à la relation mère-enfant n'est, hélas, pas facile à mettre en évidence. Il est en effet difficile de comparer ce qui s'est passé à ce qui aurait pu être! Il est cependant frappant d'observer, à l'occasion des troubles plus ou moins graves du post-partum (dépression, frigidité secondaire, détérioration de la relation conjugale), combien de femmes font référence à leur expérience d'une grossesse mal vécue, qui a laissé les traces d'une angoisse non dite ou non comprise, d'une blessure dans leur image d'elles-mêmes telle que tout leur avenir de femmes en est handicapé. Il n'est pas trop hasardeux d'affirmer que bien des troubles de la relation mère-enfant y sont liés.

Quant à nous, nous avons constaté souvent l'évolution de l'une ou l'autre qui, au fur et à mesure que les participantes se renouvelaient et que les mêmes questions revenaient à l'ordre du jour, montraient une maturation et une sérénité progressives, indiquant ainsi l'accession à un devenir-mère potentiellement harmonieux.
Non seulement subjectivement satisfaisant, le vécu de l'accouchement ainsi préparé en est aussi modifié objectivement: nous avons observé une diminution globale des accouchements instrumentaux et des accouchements de notablement courte durée chez les primipares. Ceci a été analysé en détail par une autre d'entre nous.

Ma deuxième remarque concerne le changement de rapports que suppose une telle approche de la grossesse et de l'accouchement. Le postulat qui sous-tendait notre travail était qu'il y a un lien étroit entre le psychisme (fantasmes, conflits, etc.) d'une femme et le vécu de sa grossesse, et que tout ce qui peut contribuer à ce qu'elle dispose mieux d'elle-même sur le plan psychique favorise un déroulement de la grossesse et de l'accouchement sans problèmes médicaux.
Beaucoup d'observations cliniques de ce type de liens existent, sans qu'on soit en mesure de comprendre le détail des mécanismes neuro-physiologiques en jeu. Cela n'empêche pas les effets cliniques de ce type de parole d'apparaître. Mais quelle résistance ne faut-il pas affronter! Du haut en bas de l'échelle hiérarchique, tout ce qui ressemble à «du psychologique» fait peur. Or, il me semble que ce que l'outil psychodynamique remet d'abord en cause, c'est un certain type de rapports de pouvoir.

En effet, dans un groupe de rencontre comme celui que j'ai décrit ici, le mode de relation qui s'instaure fait que les participants parlent, se situent en sujets, et non plus seulement en objets de soins médicaux. Pour avoir des effets cliniques, cette approche doit passer par une modification de l'imaginaire du patient et du médecin, qui doivent tous deux renoncer au bénéfice (reposant mais illusoire) de placer l'un des deux dans la position de celui qui sait.

Alors que bien des gynécologues avaient participé à nos groupes préliminaires ou assisté en observateurs à certaines séances du grand groupe, l'institution en tant que telle réagissait sourdement à ce groupe bizarre, au contenu incontrôlable, et qui ne ressemblait à rien! Sans aucun doute, nous dérangions.
En dernier lieu, je voudrais revenir sur le beau titre de cette rencontre: «La parole et le toucher pendant la grossesse». Comme d'autres crises maturatives (Racamier), dans l'histoire du développement individuel (puberté, ménopause), mais beaucoup plus qu'aucune autre, la grossesse entraîne comme on l'a vu un boulversement de l'image du corps propre. Dans le paysage intérieur, le corps est sans doute la partie basale, archaïque, du sentiment de soi. Corps connu, éprouvé dans ses limites, instru-

mentaimé et haï de relation avec le monde, c'est à travers lui qu'on se sent bien ou mal, c'est lui qui renseigne d'abord sur l'envie de s'ouvrir ou de se replier, c'est en lui qu'on éprouve le bien-être de l'extase ou la peur de mourir. Et c'est à travers lui qu'avant tout la grossesse transforme.
Pour aborder utilement un événement aussi corporel, je crois donc à l'importance fondamentale du toucher, d'un corps à corps qui situe, apprivoise, donne à échanger. Bref, à l'importance d'une situation maternante où le corps de l'autre soit présence et référence.
Mais nous sommes des êtres que seul le sens fait vivre, et les modifications du corps propre pendant la grossesse resteraient sans portée si ce n'était d'abord l'image du corps qui est modifiée. Renvoi au symbolique donc, où la parole donne sens et accès à une communication possible.

Créatures de verbe et de chair, c'est bien à ce double niveau de la parole et du toucher que la grossesse nous renvoie, femmes et hommes, dans la reconnaissance de nos différences et la prise en compte de notre altérité.

Bibliographie

Badinter N.: L'amour en plus. Flammarion Ed., Paris, 1980.
Bibring G.: Some considerations on the psychological processes in pregnancy. In: The psychoanal. study of the child. Londres, Imago Publ. 14, 113–121, 1959.
Dufour H.: La guenon qui pleure. Grasset Ed., Paris, 1980.
Groddeck G.: Le livre du ça. Tel Gallimard Ed., Paris, 1973.
James F.: La grossesse, cette prison tant désirée. Thèse de médecine (opt. psychiatrie) N° 3976, Genève, 1982.
Marland S.: Grossesses à risques pour la relation mère-enfant: dépistage et traitement en entretiens collectifs. Les dossiers de l'obstétrique, N° 39, 1978.
Odent M.: Genèse de l'homme écologique. Ed. Epi, Clamecy, 1979.
Racamier, P.-C.: La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum. L'évolution psychiatrique 4, 525–570, 1961.

Adresse de l'auteur: Dr F. James, Ancien chef de clinique à l'unité de gynécologie psychosomatique et de sexologie (Institutions universitaires de psychiatrie), 37, avenue de la Roseraie, 1205 Genève.

Ce texte est paru dans la revue Médecine et Hygiéne.

Le diabète gestationnel

par V.A. Chabot (Lausanne)

Environ 1–2% des grossesses se compliquent de l'apparition d'un diabète. Celui-ci représente un risque fœtal accru, d'autant plus grand qu'il survient plus tôt et que l'hyperglycémie est plus mal maîtrisée. L'auteur présente les critères diagnostiques permettant d'établir, durant la grossesse, l'existence d'un diabète ou d'une simple diminution de la tolérance au glucose (IGT) et les facteurs de risque, anamnestiques, qui imposent la recherche soigneuse d'une anomalie du métabolisme glycémique chez une femme enceinte. Deux protocoles de dépistage sont proposés.
Le traitement d'un diabète gestationnel reconnu est relativement simple, mais intensif. Il associe régime et, si nécessaire, insuline, de préférence aux hypoglycémiants oraux.
L'équilibre glycémique optimal permet alors de réduire aux valeurs de la population générale non diabétique la morbidité périnatale accrue et, peut-être aussi, l'incidence de malformations fœtales, si le diabète s'était déclaré dans les deux premiers mois de la grossesse.

1. Introduction

Environ 0,1% de toutes grossesses se déroulent chez des femmes présentant un diabète déjà connu et traité; par ailleurs, 1–2% des grossesses se compliquent de l'apparition d'un diabète (1).
Les femmes diabétiques qui deviennent enceintes sont groupées, depuis plusieurs décennies, en «classes», d'après l'âge d'apparition du diabète, sa durée, le type de traitement et les éventuelles complications micro/macro-angiopathiques qu'il a entraînées; cette classification, dite de White (tableau 1), peut paraître quelque peu artificielle, à première vue, mais elle présente une importance réelle, en ce sens qu'elle va moduler la prise en charge et l'attitude thérapeutique des médecins (obstétricien, diabétologue, interniste, etc.), mesures qui seront d'autant plus intensives que la femme diabétique enceinte présente un risque plus élevé.
Comme on peut le voir, le diabète gestationnel se distingue bien de la classe A, bien que la littérature et même certains spécialistes confondent parfois les deux entités.
Par définition, il y a donc *diabète gestationnel* lorsque celui-ci *survient* ou *est découvert* au cours de la grossesse, et qu'il disparaît après l'accouchement.

2. Physiopathologie

Lors d'une grossesse, la tolérance au glucose se détériore physiologiquement (17), de sorte qu'après une surcharge glucosée, la courbe de réponse glycémique est légèrement plus élevée que chez une femme non enceinte. Toutefois, dans 1–2% des cas, cette détérioration excède les limites supérieures de la norme et il y a diabète. Nous verrons plus loin quels sont les critères diagnostiques.
Quels sont les facteurs diabétogènes dus à la grossesse? Parmi les hypothèses (3, 4) les plus solides, mentionnons:

- l'effet diabétogène des œstrogènes et de la progestérone;
- l'élévation du cortisol *total* (secondaire à l'augmentation de la transcortine sous l'effet des œstrogènes) et aussi de sa fraction *libre* (jusqu'à 3 fois la norme!), responsable d'une augmentation de la gluconéogenèse hépatique (4);
- une augmentation de l'HPL placentaire (human placental lactogen ou somatomammotropine), une hormone polypeptidique dont la structure et les effets biologiques sont très proches de l'hormone de croissance, la STH (ou GH): lipolyse accrue, augmentation des acides gras libres (AGL) et résistance périphérique accrue à l'insuline (4, 17);
- l'élévation, au cours de la grossesse, de la prolactine, qui peut être un cofacteur de la détérioration de la tolérance au glucose (4):
- une augmentation globale de la résistance tissulaire à l'insuline (17), conjointement à sa dégradation hépatique et placentaire accrues (4). Cette résistance est attribuée actuellement à des mécanismes post-récepteurs et non pas vraiment à une diminution de l'affinité de l'insuline aux récepteurs cellulaires ou du nombre absolu de ceux-ci (3).

Le glucagon, qui est nettement perturbé dans le diabète, semble être parfaitement normal pendant la grossesse (3), même diabétique!
Le diabète gestationnel survient lorsque la cellule ß n'arrive plus à répondre de façon adéquate à toutes ces perturbations.