

## Peut-on faire des « soins de développement périnataux » ? Place du soutien psychologique aux mères

### Is “Developmental Perinatal Care” an Option? The Place of Maternal Psychological Support

C. Albert

Reçu le 9 mars 2016 ; accepté le 9 mai 2016  
© Lavoisier SAS 2016

Aujourd’hui, la plupart des services de néonatalogie français ont adopté la méthode des soins de développement. Les soins de développement proposent un ensemble de stratégies environnementales et comportementales individualisées, destiné à favoriser le développement harmonieux du nouveau-né. Les soins sont centrés sur la famille. Les parents, considérés comme des partenaires de soins, soutenus et accompagnés par l’équipe soignante dans son ensemble, doivent être aidés dans la compréhension des comportements de leur bébé.

Des « soins de développement » périnataux centrés sur la mère, le père, le couple sont-ils envisageables ? Comment penser des soins périnataux adaptés à la femme enceinte et son conjoint ? Comment adapter les prises en charge aux besoins de chacun ?

Psychologue en gynécologie-obstétrique et en néonatalogie, nous nous intéresserons au temps de la grossesse psychique et à l’attention nécessaire au contexte social, psychologique et environnemental pour chaque femme enceinte et son conjoint. Nous nous demanderons pourquoi et comment prendre en charge, sur le plan psychologique, les femmes présentant une menace d’accouchement prématuré (MAP), puis aborderons l’attention nécessaire en post-partum immédiat. Enfin, nous montrerons en quoi la formation des médecins et du personnel soignant peut les soutenir dans leur travail quotidien de compréhension des mouvements psychiques du patient et dans l’écoute de ceux-ci.

### La grossesse, un moment nécessaire de prévention

La parentalité, le fait de devenir parent et de se sentir le devenir est un processus et non un état. Il commence pendant la grossesse et se met en place pendant les neuf mois. Au cours

du premier trimestre, la femme revisite sa propre histoire. Certains futurs parents pensent, avec étonnement et angoisse parfois, à des événements oubliés. Au cours du deuxième trimestre, la mère se centre sur le « bébé du dedans ». Elle lui parle, met les mains sur le ventre, l’écoute et le sent bouger. Winnicott, pédiatre et psychanalyste anglais a montré, en 1956 [1], comment la mère met en place, au cours du dernier trimestre de la grossesse, « la préoccupation maternelle primaire ». Cet état se définit comme « une maladie psychique normale », un repli. Les dernières semaines, les parents commencent à penser au bébé qui va naître. De même qu’ils préparent la chambre, ils construisent un « nid psychique ».

Ces étapes existent quand la grossesse se passe bien. Les vulnérabilités individuelles et de couple s’exacerbent dans ce moment de bouleversement corporel et psychologique. Proposer des soins périnataux, c’est individualiser les propositions de suivi en étant attentif à une future mère qui ne traverserait pas ces étapes.

Azria et al., dans leur article de 2015 « Inégalités sociales de santé maternelle » [2], montrent comment la santé maternelle est corrélée aux conditions sociales. Ils proposent que tout clinicien « *prenne en compte le paramètre social dans ses multiples dimensions et considère que la présence pour une patiente donnée de conditions sociales défavorables constitue un authentique facteur de risque médical* ». Ils montrent comment l’entretien prénatal précoce (EPP) est peu accessible aux femmes en grande difficulté. La précarité sociale entraîne des problèmes multiples, y compris autour de l’investissement psychique du futur bébé. Comment rêver à son futur bébé quand le logement est précaire ou inexistant, quand on ne comprend pas la langue des soignants ? Dominique Mathieu-Caputo dans son chapitre « Les femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale, quelle prise en charge ? » [3] préconise « *une collaboration contractualisée entre les acteurs médicaux sociaux, des collaborations larges extrahospitalières* ». Les difficultés psychiques de la grossesse doivent aussi être repérées et prises en charge. Bydlowski [4] écrit : « *la grossesse est le moment d’un état*

---

C. Albert (✉)  
CHU de Caen, F-14000 Caen, France  
e-mail : albert-c@chu-caen.fr

*psychique particulier, un état de susceptibilité ou de transparence psychique où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience* ». Ainsi, les femmes enceintes au cours du premier trimestre de la grossesse sont autocentrées, revisitent leur propre histoire dans une rencontre intime avec elles-mêmes. Certains aspects de la vie antérieure reviennent au premier plan. Il est habituel de formuler « *ce qui était au sous-sol revient au salon* ». « *Je ne comprends pas pourquoi je repense à tout ça* », me disent régulièrement les femmes enceintes que j'accompagne. Selon le bébé qu'elles ont été, selon les parents qu'elles ont eus, les soins qu'elles ont reçus de leur mère, cette « visite » sera plus ou moins douloureuse. Parfois, le passé revient « *sous la forme d'un affect douloureux, d'une tristesse irraisonnée* » [5]. Des entretiens psychothérapeutiques offrent à la future mère une attention particulière dans un moment où les soignants sont centrés sur son futur bébé. Revenir sur l'enfant qu'elles ont été laisse la place psychique à celui qu'elles portent. La tristesse ressentie d'abord inexplicite prend du sens quand elle peut se relier à d'anciens conflits.

Adressée par son médecin généraliste, Mme Louis me dit : « *Je suis enceinte de 2 mois, c'est que du bonheur* », tentant de mettre à distance sa souffrance. Je la laisse me dire ses nausées, combien c'est difficile. Il faudra plusieurs séances avant que Mme Louis puisse aborder ce qui l'amène vers moi. « *Je ne parviens pas à être totalement heureuse, je ne comprends pas pourquoi je repense à des moments de ma vie que j'avais oubliés.* » Je lui explique alors le mécanisme psychique à l'œuvre, ce qui la rassure. Comprendre ce qui leur arrive, savoir que nous connaissons les mouvements psychiques qu'elles traversent permet aux femmes de ne pas se sentir seules, de ne pas culpabiliser, de comprendre le travail psychique proposé. Mme Louis évoque sa mère, son alcoolisme qu'elle devait cacher dans son milieu de gens aisés. « *J'allais chercher ma sœur à l'école, ma mère ne pouvait plus marcher à cette heure-là, je la trouvais couchée en rentrant de l'école, et j'avais tellement honte de ce qu'elle disait.* » Quelques séances plus tard, elle me dit avoir eu l'impression de ne pas avoir eu de mère, d'avoir été obligée de faire semblant toute sa vie. Elle s'interroge sur sa capacité à être mère à son tour. Elle dit la colère qu'elle a ressentie envers ses parents. Au fil des mois, l'accouchement approchant, elle parvient à s'interroger sur les souffrances de sa mère tout en acceptant de ne plus les prendre en charge seule. Sa fin de grossesse est apaisée, son accouchement se passe bien, le post-partum immédiat aussi. En périnatalité, le médecin généraliste a une place centrale dans l'organisation des soins et dans la prévention, et la prise en charge des troubles psychiques.

Individualiser les soins, c'est pouvoir repérer les vulnérabilités individuelles sociales et psychologiques. Les services de maternité se sont dotés de dispositifs permettant cette attention. L'EPP est un outil central de prévention qui permet

aux soignants de repérer des signes de difficulté sociale, familiale et psychique.

### Entretien prénatal précoce

En 2005, Françoise Molénat, pédopsychiatre, participe et conçoit le plan périnatalité en ce qui concerne la psychologie périnatale. Ce plan, repris par la Haute Autorité de santé (HAS) la même année, propose une « approche plus humaine » de la naissance. Le plan périnatalité de 2005 définit et encadre cet EPP. Il vise à personnaliser l'accompagnement, notamment pour les femmes les plus vulnérables. Il est proposé par les sages-femmes pour anticiper les difficultés qui pourraient advenir et prévenir les troubles de la relation précoce parent-enfant. De nombreuses femmes enceintes me sont adressées par les sages-femmes après cet entretien. Habituellement, elles disent venir me voir « *car elles font confiance à la sage-femme qui leur a proposé cette rencontre* ». Mme Michel est à 16 semaines de grossesse lors de notre première rencontre. Elle est agitée, parle vite. « *Ce n'est sans doute pas facile de venir voir une psychologue, c'est inquiétant souvent la première fois* », lui dis-je. « *J'ai honte* », me dit-elle en touchant son ventre, « *je ne parviens pas à me réjouir de cette grossesse. On la désirait mon mari et moi, mais là, je n'y arrive pas. J'ai peur dès que je pense au fait que je suis enceinte, alors j'essaie de ne pas y penser* ». Au fil de nos rencontres, Mme Michel raconte son accouchement précédent. Sa fille, Éloïse a deux ans : « *Elle est née prématurée. J'ai fait une prééclampsie, j'ai eu une césarienne en urgence, j'avais tellement rêvé d'un accouchement naturel. Éloïse c'était une petite chose dans sa couveuse, branchée de partout. J'avais mal, c'était difficile d'aller la voir. J'avais peur de monter en néonatalogie. Je me sentais tellement coupable qu'elle soit née trop tôt, je n'avais pas voulu m'arrêter de travailler avant le congé comme me l'avait proposé mon gynécologue.* » Éloïse, née à 36 semaines, pesait 2 600 g, a eu une sonde de nutrition entérale pendant deux semaines, est restée hospitalisée dans un service de néonatalogie d'une clinique durant trois semaines. « *Je me souviens que je n'ai pas pu donner son premier bain à Éloïse, j'ai regardé l'auxiliaire le faire et j'ai pensé, ma pauvre fille, ta mère n'est même pas capable de te donner ton bain.* » Mme Michel dit sa peur de connaître un accouchement et un « post-partum » similaires. De retour au domicile, la mère d'Éloïse décrit à la sixième semaine, les symptômes d'une dépression postnatale. « *J'avais le sentiment de ne pas y arriver, de ne pas être à la hauteur. Je ne comprenais pas ce qu'Éloïse voulait quand elle pleurait. D'ailleurs, je pleurais souvent avec elle. Aujourd'hui encore, quand elle pleure, je pense à sa petite figure plissée en néonatalogie, et je me dis, comme à ce moment-là, c'est ma faute si elle est là. Alors, je lui cède tout pour ne pas qu'elle pleure, je dors avec elle sinon elle ne dort pas. Son*

*assistante maternelle me dit que je m'y prends mal, elle a raison. Alors avec deux enfants, je crains de ne pas y arriver. J'ai peur de tout, d'accoucher avant la date, qu'il arrive quelque chose au bébé. Pour Éloïse, tout est allé trop vite. Je n'ai pas eu le temps de me préparer à sa naissance. »* Je demande à Mme Michel l'autorisation de transmettre ses craintes à la sage-femme qui la suit et au gynécologue qui va la rencontrer pour les échographies. Elle est d'accord. Je la reçois toutes les semaines. Au fil des séances, elle se calme, parvient à penser à son bébé. *« Je me sens rassurée. La sage-femme répond à mes questions, elle m'a proposé de venir ici si j'étais trop angoissée, à n'importe quel moment. Le gynécologue m'a expliqué à nouveau la prééclampsie, le dernier accouchement. Cela m'a fait du bien d'entendre les explications médicales. »* Mme Michel accouche à terme d'un garçon de plus de 3 kg. Dans sa chambre, rayonnante, elle me dit. *« Je sais que cette fois-ci ça va aller, j'ai pu lui donner son premier bain. »* Quelques semaines après, Mme Michel revient me voir. *« Je voulais boucler la boucle, et vous dire que tout va bien. Même avec Éloïse, je parviens à ne plus pleurer avec elle, elle dort dans sa chambre, et le petit aussi. »* Mme Michel a pu s'appuyer sur des acteurs de soins coordonnés et cohérents. Le soutien psychologique s'est mis en place grâce à l'EPP. La place de la sage-femme est centrale dans la prévention de la dépression pré- et postnatale. Cette situation n'est pas rare. Certaines femmes, éprouvées par leur accouchement et leur post-partum précédent, craignent de vivre à nouveau ces souffrances physiques et psychiques. L'EPP leur permettant de revenir sur l'histoire antérieure est un outil précieux de prévention de la dépression pré- et post-partum.

De nombreux services de maternité se sont dotés d'un dispositif de réunion hebdomadaire rassemblant des personnels de maternité, des services de la protection maternelle et infantile, de pédopsychiatrie (staff médicopsychosocial). Sages-femmes, médecins, psychologues, assistante sociale se regroupent pour « penser ensemble » [6] autour des situations de femmes ou de couples vulnérables. Ce dispositif existe au CHU de Caen et permet, avec l'accord des patientes, de mettre en place un accompagnement adapté à chaque situation pendant la grossesse et au moment de l'accouchement. La situation sociale, psychologique et familiale est étudiée au cas par cas. Pour chaque personne, des réponses sont cherchées. Comment soutenir une femme à trouver un logement, comment aider cette jeune fille mineure à accepter un lieu d'accueil mère-enfant après la naissance de son bébé, vers qui adresser cette femme qui montre des signes de souffrance psychique ? Comment convaincre de la nécessité du passage de la sage-femme de la protection maternelle et infantile ? Ainsi, des propositions sont faites aux femmes, notamment de venir rencontrer un psychologue à la maternité.

Si l'attention aux femmes enceintes est indispensable, son conjoint ne doit pas être oublié dans ce parcours.

## La place de l'homme

Le processus de parentalité commence chez l'homme en anténatal. Le couple rêve à son enfant. Lamour et Lebovici [7] ont montré que le processus de parentalisation se fait de manière réciproque, les parents « se font » mutuellement. La « paternalité », la construction de la parentalité chez le père, commence au cours de la grossesse et des premiers mois de vie de son enfant. L'homme vit un profond remaniement psychique lui permettant de devenir père. C'est pourquoi les soignants doivent être attentifs à la souffrance éventuelle d'un futur père. L'EPP est proposé au couple. Le futur bébé aura besoin d'un couple parental présent. Les jours de congé de paternité doivent permettre au père de prendre cette place auprès de son bébé et de sa compagne. M. Luc souhaite me rencontrer au moment où sa compagne et lui hésitent à faire une interruption volontaire de grossesse. Il vient seul pour « réfléchir avec quelqu'un d'extérieur ». Il évoque sa relation difficile avec sa conjointe, ses difficultés anciennes à prendre une décision. *« Je suis toujours en proie au doute, cela me rend la vie difficile. »* Avec moi, il tente d'y voir plus clair dans son désir de paternité. Le couple décide de garder la grossesse. Je revois M. Luc à la 36<sup>e</sup> semaine de grossesse. Ils attendent une fille : *« Je suis content de devenir le père de cette petite fille, mais vais-je être à la hauteur ? »* Pendant plusieurs séances, M. Luc évoque son enfance, son père, ses souffrances. Il réfléchit aux liens entre sa relation avec son père et ses doutes actuels. Après la naissance de sa fille, il se sent « à sa place », *« je pensais que ce serait plus difficile, je comprends ma fille, je me mets à son rythme, ses pleurs ne m'inquiètent pas »*, me dit-il. Il continuera un travail de psychothérapie en dehors de l'hôpital. Certains hommes me disent s'être sentis « mis de côté » au cours de la grossesse et avoir mal vécu ce sentiment d'être exclu de ce moment si fort pour eux. Nous devons être attentifs à leurs ressentis.

Le stress est souvent présent en anténatal. Doit-on considérer le stress comme un facteur de risque de la MAP ?

## Menace d'accouchement prématuré

En 2002, Venditelli et Lachcar [8] proposent une revue de la littérature sur le lien éventuel entre le stress vécu pendant la grossesse et la MAP. Ils concluent à une augmentation du risque d'accouchement prématuré en cas de stress, de perturbations psychologiques et d'anxiété pendant la grossesse. Le soutien psychologique est, selon eux, « une proposition intéressante pour réduire le taux d'accouchement prématuré » chez les femmes présentant un risque d'accouchement avant terme. En 2004, Précelle [9] travaille sur le lien entre « la problématique dépressive lors de la première grossesse et la MAP ». Elle utilise un entretien semi-directif et des tests projectifs chez dix femmes présentant une MAP. Le groupe témoin est de dix femmes dont la grossesse se déroule sans

problème. Elle constate des éléments dépressifs chez les femmes présentant cette menace. Elle conclut : « on peut comprendre l'expression somatique qu'est la MAP comme un équivalent dépressif » et préconise de proposer un soutien psychologique aux femmes vulnérables.

En 2011, Michel Boulvain et Zarina Qayoom [3], dans leur chapitre « Risque d'accouchement prématuré : un effet validé ? », concluent que toutes les études accordent de l'importance aux facteurs psychologiques dans l'étiologie du travail et de l'accouchement avant terme. Pour eux, ils sont intriqués aux facteurs médicaux et risquent d'entraîner une MAP. Dans ce même ouvrage, Martine Ségueilla, à partir des travaux de Nicole Mamelle, cherche à démontrer l'existence d'une « part psychique dans la survenue d'un accouchement prématuré » en menant une étude sur la prévention de la prématurité grâce à la mise en place d'entretiens psychothérapeutiques. Trois cent vingt-trois patientes témoins et 303 femmes ayant bénéficié de l'intervention d'un psychologue sont retenues. Les résultats sont clairs : le taux de prématurité est de 12 %, dans le groupe avec intervention, versus 25,7 % dans le groupe témoin. Tous ces auteurs préconisent une intervention psychologique, face à des facteurs de vulnérabilité, pour prévenir la MAP, d'autant plus en cas d'hospitalisation. Les entretiens psychothérapeutiques permettent aux femmes de revenir sur leur histoire, sur les traumatismes anciens, en les « défusionnant » de la grossesse.

Mme Pierre est hospitalisée en soins intensifs de grossesse à 30 semaines. Je la rencontre dans sa chambre. Elle m'accueille en me disant que tout va bien, elle est là « pour la bonne cause » et restera « le temps qu'il faudra ». Percevant son souhait de ne pas pleurer, je parle avec elle du livre posé sur sa table, de ses relations avec le personnel soignant. Je passe la rencontrer régulièrement, et, petit à petit, elle ose se livrer davantage. Elle habite à 60 km du CHU, s'inquiète pour son fils aîné de 12 ans gardé par son mari actuel, le beau-père de son fils. Leurs relations ne sont pas bonnes. Mme Pierre est seule, n'a pas de visites. Au fil de nos rencontres, Mme Pierre évoque son histoire difficile, une enfance marquée par des ruptures, des parents séparés la laissant se débrouiller seule, un premier mariage soldé par un divorce après des violences conjugales. Son mari actuel n'a pas de voiture, dit-elle pour expliquer son absence de visite. Mme Pierre est terrorisée par une naissance avant terme de son bébé, et si les semaines avancent, la prématurité est certaine. Je lui propose de regarder un film destiné aux parents de néonatalogie et aux patients hospitalisés dans l'unité de soins intensifs de grossesse. Ce film présente le service de néonatalogie, les soignants. Des chambres sont filmées, des explications données. Il permet aux parents de mieux comprendre l'organisation des soins, de mémoriser les locaux, et aux futurs parents de pouvoir anticiper ce qui les attend en néonatalogie. « *Quand j'ai vu les bébés dans la couveuse, j'ai réalisé qu'ils étaient finis, petits, mais il ne leur manque rien.* » La naissance du bébé de Mme

Pierre est prévue par césarienne. « *J'ai tellement peur de la césarienne* », me dit-elle, « *j'ai peur de mourir et de laisser seuls mes deux fils* ». Je lui propose d'informer les sages-femmes de sa peur pour qu'elle soit accompagnée le jour prévu. Elle accepte, et les sages-femmes l'assurent que l'une d'entre elles sera là pour l'accompagner. Son fils naît à 34 semaines. Je la rencontre deux jours après, elle est en néonatalogie, son fils en peau à peau. Sa césarienne s'est bien passée, « *La sage-femme m'a tenu la main, c'était important, je n'ai pas eu peur* ». Au cours d'une hospitalisation, les femmes s'appuient sur les soignants cohérents et coordonnés, ce dispositif « contenant » les aidant psychologiquement à supporter leurs angoisses.

L'attention nécessaire à la vulnérabilité psychique doit se poursuivre après l'accouchement.

## En post-partum

Quand la naissance a lieu avant terme, les parents vivent un « tremblement de terre psychique » [10]. En cas de naissance prématurée, les parents n'ont pas toujours pu anticiper cette arrivée avant terme. Missonnier [11] a montré que pouvoir anticiper les événements permet de les vivre avec moins d'angoisse et diminue le risque d'un impact traumatique. Avoir un bébé né trop tôt, c'est avoir peur qu'il meure, même lorsque les médecins ne sont pas inquiets. Les parents plongent dans un monde méconnu d'eux. Sidérés par cette interruption de la grossesse, ils doivent faire face à la rencontre avec leur nouveau-né, tout en entendant ce que disent les médecins. Maëlle est née à 26 semaines, sa mère me dit : « *je suis perdue, les médecins me parlent, je n'entends pas tout. Aller voir Maëlle, c'est difficile, je ne la reconnais pas. J'ai honte, mais je ne me sens pas sa mère* ». Je l'accompagne auprès de sa fille, et la puéricultrice propose qu'elle la prenne en peau à peau. Elle accepte tout en montrant sa crainte. La puéricultrice lui propose de rester avec elles le temps nécessaire. Quelques jours après, je retrouve Maëlle en peau à peau avec sa mère, celle-ci est radieuse et me dit combien maintenant elle attend ces moments avec impatience, même si elle a toujours peur.

Le processus de parentalité est à soutenir dans les services de néonatalogie. La mise en place des soins de développement, la prise en charge des nouveau-nés et de leur famille selon la méthode NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program) [12] ont bouleversé l'accueil des parents de nouveau-nés hospitalisés. Considérer les parents comme nos partenaires et centrer les soins sur la famille crée un véritable soutien psychologique. L'observation NIDCAP permet aux parents d'apprendre à comprendre les comportements de leur bébé, ce qui leur permettra de le connaître mieux que les soignants. Cette capacité les soutient dans leur parentalité débutante.



Ces soins individualisés aux futurs ou aux nouveaux parents sont une prévention nécessaire à la dépression du post-partum. La dépression postnatale concerne une à deux femmes sur dix et risque d'entraver les relations précoces entre la mère et son nouveau-né. En 2001, Poinso et al. [13] s'interrogeaient sur la possibilité de « dépister », dès la maternité, les femmes à risque de présenter une dépression postnatale en proposant d'utiliser une échelle de dépression. Six semaines après le retour à domicile, ces femmes sont revues. L'hypothèse selon laquelle un *post-partum blues* intense est à considérer comme un facteur de risque de dépression postnatale est confirmée. Même si le temps d'hospitalisation après l'accouchement se raccourcit, nous devons tenter de repérer les signes de souffrance psychique après l'accouchement. La sage-femme de suite de couches fait appel à moi pour Mme Jules. Elle a accouché deux jours avant, et la naissance s'est bien déroulée. « *Mme Jules se plaint beaucoup, elle évoque son corps, le fait qu'il a changé. Je ne la trouve pas bien.* » Mme Jules a accepté mon passage sans hésiter. Elle évoque son malaise, sa difficulté à être enceinte, son parcours d'assistance médicale à la procréation, sa peur de ne pas être à la hauteur comme mère. Elle pleure beaucoup, et je lui donne un rendez-vous 15 jours après sa sortie. Nous avons pu entendre sa demande d'aide au travers de ses plaintes et mettre en place un soutien psychologique visant à éviter une dépression du post-partum. Il est nécessaire de connaître la dépression postnatale et ses conséquences afin de proposer des soins ajustés. En 2008, Suter [14] s'interroge sur l'impact de la « dépression postnatale sur le développement cognitif du nourrisson ». Elle conclut : « *il semble ressortir des différents travaux que l'exposition à des syndromes dépressifs postnataux maternels pendant les premières années de vie de l'enfant pourrait influencer négativement son devenir développemental* ».

Dans la circulaire de 2005 encadrant l'EPP, Françoise Molénat préconise la formation des soignants devant mettre en place ce dispositif. La formation initiale et continue aux gestes techniques est une évidence pour tous et se fait de plus en plus en « simulation ». « *Jamais la première chez un patient* » est le mot d'ordre en simulation. Le « savoir-être », écouter, annoncer doit s'apprendre.

## La formation

Prendre en charge des patients vulnérables nécessite de pouvoir les repérer, savoir sur qui s'appuyer pour les aider et implique un travail transdisciplinaire. Cela demande par ailleurs des connaissances sur les signes de la souffrance psychique et d'un trouble de l'attachement.

Travailler en périnatalité, c'est aussi annoncer des mauvaises nouvelles en anténatal ou en postnatal. Nous savons combien la « qualité » de l'annonce faite par un médecin est

essentielle pour le patient, pour sa capacité à « faire face ». Des futurs parents ont évoqué les annonces faites en anténatal et les conséquences sur le vécu de leur grossesse. Ces annonces changent brutalement la perception qu'a le couple de son fœtus. « *Je suis venue pour la deuxième échographie* », me raconte Mme Jeanne. « *La sage-femme était chaleureuse, et puis elle a arrêté de parler. Elle est restée un moment au même endroit et m'a dit : "Il a des intestins hyperéchogènes votre bébé, je vais vous adresser à un échographiste référent. La plupart du temps ce n'est pas grave."* » Je suis revenue la semaine d'après, le docteur a regardé les intestins et m'a dit : « *tout va bien madame, votre bébé n'est pas porteur d'une trisomie 21 ni d'une mucoviscidose. Quand il m'a dit ça, j'ai pensé, mon bébé a une trisomie 21 ; je sais bien que ce n'est pas ce qu'il a dit, mais je n'avais jamais pensé à cette possibilité. Depuis, je ne parviens plus à penser à mon bébé, je fais des projets comme s'il n'était pas là, puis je me souviens que je suis enceinte* ». Cette annonce est venue interrompre le processus psychique de la grossesse. Mme Jeanne ne peut plus rêver à son bébé. « *Je serai rassurée à l'accouchement* », me dit-elle. Nous savons que les suspicions d'anomalies pendant la grossesse, source de stress important, risquent d'entraîner un trouble du lien précoce parent-bébé après la naissance. Le soutien psychologique prend toute sa place dans de telles situations. Nous devons proposer à ces futurs parents, même lorsque l'anomalie n'est pas avérée, un lieu pour dire ses craintes, pour remettre en route « la machine à penser » autour du bébé.

Des parents d'enfants hospitalisés en néonatalogie nous ont témoigné comment certaines annonces les avaient empêchés d'investir leur nouveau-né, que certaines phrases continuent de résonner plusieurs années après. La mère de Théo apprend, avant sa sortie de néonatalogie, que son fils a fait une hémorragie cérébrale sévère. Un médecin le lui dit la veille de sa sortie, en précisant, dit-elle, que Théo est à risque de séquelles motrices. Il n'a pas proposé de revoir Théo et ses parents rapidement, et « *nous avons été lâchés* », dit-elle. « *Quand Théo était bébé, je passais mon temps à regarder comment il bougeait les jambes, je ne faisais que ça toute la journée, je ne pouvais pas lui parler, j'étais tout le temps angoissée* ». Elle dit ne pas avoir pu créer un lien avec son bébé. Théo a 18 mois, sa mère ne parvient pas à croiser son regard et ne peut instaurer de jeux. La HAS recommande de bonnes pratiques de l'annonce. À Caen, nous proposons des séances de formation à l'annonce de la mauvaise nouvelle en simulation. De même qu'un geste technique doit être répété en simulation pour être acquis, nous pensons qu'annoncer une mauvaise nouvelle ne va pas de soi. Prendre soin d'un patient, d'une future mère, d'un futur père, c'est réfléchir à la meilleure façon de lui annoncer les difficultés à venir, une anomalie en anténatal, une maladie en néonatalogie. Nous proposons plusieurs dispositifs de simulation à l'annonce,

notamment pour les internes en fin de cursus. Les internes de pédiatrie et de gynécologie-obstétrique se forment ensemble, l'objectif étant qu'ils apprennent à se connaître, affinent leur représentation du travail de l'autre, la périnatalité nécessitant une collaboration entre les médecins. Des scénarii sont proposés à chacun selon sa spécialité. Les patients simulés sont des acteurs professionnels. Cette formation a plusieurs objectifs : connaître et appliquer les recommandations de la HAS, repérer les processus psychiques des patients au moment de l'annonce, réfléchir à l'impact psychique de l'annonce à court et à long terme, comprendre en quoi les émotions du médecin, au moment de l'annonce, viennent impacter sa pratique et son comportement. Elle doit permettre au médecin d'être le plus ajusté au patient, le plus soutenant.

## Conclusion

Proposer des soins périnataux à la femme enceinte et son conjoint implique des soignants cohérents et coordonnés. Le soin est à penser de façon continue, de l'anténatal au postnatal, et de façon transversale, de l'hôpital à la ville. Le moment de la grossesse et du post-partum entraînent des bouleversements psychiques. Pour les femmes, les couples vulnérables, ce bouleversement peut provoquer un déséquilibre, une souffrance psychique. Des entretiens psychothérapeutiques permettent aux femmes, aux couples de devenir parents dans de meilleures conditions. L'accompagnement psychologique est une prévention nécessaire des troubles psychiques du post-partum. « *Parler est une nécessité, écouter est un art* », Goethe.

**Liens d'intérêts :** L'auteur n'a pas déclaré ses éventuels liens d'intérêts.

## Références

1. Winnicott D (1975) De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot, Paris
2. Azria E, Stewart Z, Gonthier C, et al (2015) Inégalités sociales de santé maternelle. *Gynecol Obstet Fertil* 43:676–82
3. Roegiers L, Molénat F (2011) Stress et grossesse. Érès, Paris
4. Bidlowski M (1997) La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. Puf, Paris
5. Bidlowski M (2001) Regard intérieur de la femme enceinte et représentation de l'objet perdu. *Devenir* 13:41–52
6. Molénat F (2001) Pour une éthique de la prévention. Naissances. Érès, Paris
7. Lamour M, Lebovici S (1991) Les interactions du nourrisson avec ses partenaires : évaluation et modes d'abord préventif et thérapeutique. *Psychiatrie de l'enfant* 24:171-275
8. Venditelli F, Lachcar P (2002) Menace d'accouchement prématuré, stress, soutien psychosocial et psychothérapie : revue de la littérature. *Gynecol Obstet Fertil* 30:503–13
9. Précelle F (2004) Problématique dépressive, première grossesse et menace d'accouchement prématuré. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* 52:279–83
10. Albert C (2014) L'accompagnement psychologique des familles. In: Soins de développement en période néonatale. De la recherche à la pratique. Springer
11. Missonnier S (2003) La consultation thérapeutique périnatale. Payot, Paris
12. Als H (1994) Individual developmental care for the very low-birth preterm infant. Medical and neurofunctional effects. *JAMA* 272:853–6
13. Poinso F, Samuelian JC, Delzenne V, et al (2001) Dépression du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité : évaluation prospective et relation mère-bébé. *Psychiatrie de l'enfant* 44:379–413
14. Suter AL (2008) Impact de la dépression postnatale maternelle précoce sur le développement cognitif du nourrisson : étude prospective sur deux ans. *Devenir* 20:47–63