



« C'EST PRÉMATURÉ »

DEVENIR PÈRE DANS LE CAS DE RISQUE D'ACCOUCHEMENT PRÉ-TERME SANS CAUSE MÉDICALE CONNUE

→ Dans ce court article, je vais rendre compte d'une étude sur de futurs pères conjoints de femmes à risque d'accouchement prématuré pour cause idiopathique. Comme il s'agit d'une recherche déjà ancienne et que je n'ai pas trouvé de recherches plus actuelles, je compléterai mes propos par quelques observations cliniques récentes.

→ LE CONTEXTE

Mon intérêt pour les pères et pour la dynamique du couple dans les situations de risque d'accouchement pré-terme sans cause médicale connue est le résultat d'une rencontre qui remonte à presque trente ans. C'était vers la fin de l'heureuse époque où, dans certains hôpitaux, lors de l'admission d'une patiente présentant les contractions pré-terme, on pouvait ne pas avoir de recours immédiat à la médication mais appeler un psychiatre en espérant qu'il réussirait à renverser la situation. J'ai rencontré le Docteur Gilles Lortie, psychiatre-psychanalyste attaché au service d'Obstétrique de l'hôpital Sainte-Justine à Montréal en cherchant à en savoir plus sur ces causes psychologiques des risques des accouchements pré-terme. Il m'a alors raconté que, souvent, un tel risque se manifestait chez certaines femmes lorsque leur conjoint prévoyait être absent à la date prévue de l'accouchement. Je me suis alors posé une question. *Pourquoi un futur père prévoyait-il de s'absenter au moment de l'accouchement de sa conjointe et dans les premiers temps du post-partum ?* Dans une des histoires racontées par le Dr Lortie, un père prévoyait même de partir dans le Grand Nord. Ça paraissait bien loin. Le psychanalyste anglais, D.W. Winnicott, dont le concept de "mère suffisamment bonne" est connu même du grand public, fait dans ses écrits une remarque qui passe le plus souvent inaperçue. Il souligne que le rôle principal du père pendant les premières semaines de la vie du bébé est de créer les conditions permettant à la mère de se consacrer aux soins de son enfant.

Il y a trente ans au Québec, c'était l'époque du féminisme actif. Le rôle traditionnel du père – voire sa présence même – était contesté. Avec mes étudiants, nous avons donc voulu d'abord savoir ce qu'en pensaient les futures mères et avons procédé à une courte enquête sur les attentes de femmes enceintes envers leurs conjoints. Avec quelque stupéfaction, nous avons alors découvert leur ampleur. Les futures mères s'attendaient à ce que leur conjoint assure, voire, augmente le revenu familial (ce qui était donc une valeur traditionnelle) tout en partageant à égalité avec elles les soins du bébé – ce qui correspondait aux revendications féministes. En filigrane se profilait aussi une demande de présence, de réassurance...

LL

Le rôle principal du père pendant les premières semaines de la vie du bébé est de créer les conditions permettant à la mère de se consacrer aux soins de son enfant.

77

La révolution de mœurs qui bouleversait alors les vies de familles a mis à distance du couple les mères et les belles-mères. Plusieurs femmes nous ont signifié qu'elles souhaitaient trouver auprès de leur conjoint un réconfort sur lequel elles ne pensaient pas pouvoir compter de la part de leur mère.

La rapidité de ces changements sociétaux au Québec mettait en évidence les changements qui se produisaient avec plus ou moins d'intensité dans nombre de pays occidentaux. Cette évolution de mentalités s'est d'ailleurs approfondie depuis. Une recherche en cours sur l'évolution des attentes de femmes enceintes tout au long de leur grossesse (Chassot, Krymko-Bleton, Reeves, 2016) permet de constater que les jeunes femmes (en tout cas celles qui consentent de participer à une recherche) cherchent conseil et réassurance grâce à des réseaux de leurs contemporaines regroupées sur l'internet plutôt que chez leurs mères.

Mon expérience clinique m'indiquait que les femmes qui éprouvent des difficultés autant pendant leur grossesse qu'ensuite, lors de l'accouchement, sont souvent fragilisées psychologiquement par des relations conflictuelles avec leur mère et par divers deuils, ruptures, traumatismes. Dans un article tiré de la thèse de Marie-Linda Turner (Turner, Krymko-Bleton, 2002), nous rapportons que plusieurs femmes de son échantillon de recherche avaient non seulement des relations difficiles avec leur mère, mais que les relations avec leur père étaient aussi très perturbées.

Par ailleurs, mon travail clinique m'a appris combien – à côté de l'élaboration de conflits précoces et de fantaisies mortifères – la solidité de mon soutien et ma disponibilité étaient nécessaires à mes patientes. Il me semblait que les

effets miraculeux des interventions du Dr Lortie devaient beaucoup à sa présence rassurante. Les femmes que j'ai rencontrées par la suite dans le cadre de la recherche, hospitalisées à long terme sans recevoir de traitement particulier, semblaient témoigner de l'importance de ce rôle de giron rassurant que l'hôpital jouait pour elles. De plus, l'hôpital leur servait comme support sur lequel projeter des fantaisies et des affects négatifs. Tout cela m'indiquait qu'il fallait "porter" (en termes psychanalytiques, on dirait "contenir") les futures mères psychologiquement fragiles pour qu'elles puissent, à leur tour, porter et contenir physiquement leur fœtus.

Or, à l'époque au Québec, les sages-femmes étaient illégales. Aujourd'hui, même si la formation existe, leur nombre est très limité par rapport à la demande.

→ LES FUTURS PÈRES

A priori, les conjoints de femmes à risque d'accouchement pré-terme ne pouvaient pas être appelés pour leur assurer le support suffisant – même s'ils ne portaient pas tous pour le Grand Nord au moment prévu pour l'accouchement. Mais qui étaient ces futurs pères ? Que représentait, pour eux, la grossesse de leur conjointe ? Désiraient-ils devenir pères ? Comment vivaient-ils la menace de l'accouchement pré-terme ?

Aller à la rencontre de ces futurs pères s'est avéré une tâche difficile. Nous n'avions pas obtenu de subvention de recherche – nos questions paraissaient peu importantes aux évaluateurs des organismes subventionnaires ; les hôpitaux protégeaient leurs patientes des intrusions extérieures alors qu'il nous fallait passer par les patientes pour rencontrer leurs conjoints.

La recherche a malgré tout pu se réaliser au fur et à mesure de la préparation de thèses de mes étudiantes. Cela a pris du temps, mais nous avons quand même réussi à rencontrer une quinzaine d'hommes dont la conjointe était à risque d'accouchement prématuré pour des raisons idiopathiques. Pour une recherche qualitative qui se voulait exploratoire, c'était au-delà du nombre de sujets nécessaire. Ces pères en devenir, un peu étonnés qu'on s'intéresse à eux, nous ont abondamment parlé de ce qu'ils vivaient pendant le temps de la grossesse de leur conjointe et de ce que représentait pour eux la perspective d'avoir un enfant.

Il est apparu assez rapidement qu'en dehors de la question de la prématurité, la perspective de devenir père les angoissait tous. Ceci était vrai autant pour les grossesses planifiées que pour les surprises ; elle semblait arriver trop tôt, trop précipitamment, au mauvais moment. Comme l'a formulé un des pères, sans que le contexte permette d'élucider s'il parlait de son bébé qui venait de naître ou de la situation de devenir père : « *c'est prématuré* ».

Tout en exprimant leur désarroi devant la situation dans laquelle leur couple se trouvait et les inquiétudes tout à fait

justifiées quant à la santé future de l'enfant, ces hommes semblaient surtout désappointés par l'incapacité de leur conjointe de devenir mère sans problème. Ils en voulaient à leur femme d'être dépendante, demandante et pas disponible pour eux. Sans qu'ils en soient conscients, ils en voulaient aux futures mères de ne pas avoir un ventre capable de protéger et nourrir l'enfant le temps qu'il fallait.

Si derrière la conjointe se profilait donc l'image d'une mauvaise mère, ils ne se voyaient pas bons pères non plus. Presque tous avaient eu de mauvaises ou d'inexistantes relations avec leur propre père. Comme le disait l'un d'eux : « *Comment voulez-vous savoir comment être un père quand vous n'en aviez jamais eu ?* ».

C'est, par exemple, le cas de Monsieur H. qui ne voit son père, séparé de sa mère, qu'une ou deux fois par année et n'arrive pas à nous dire, ni pourquoi c'est ainsi, ni si ces relations ont déjà été plus suivies. Depuis deux ans, Monsieur H. est en couple avec la mère de son bébé, mais ils ont toujours habité avec un ami/colocataire. Cette situation semble avoir pesé à Monsieur H. mais, comme pour beaucoup de choses, il reste vague à ce sujet. Lorsque ce colocataire a déménagé, Monsieur H. a espéré avoir une vie calme à deux ; or voilà que se déclare la grossesse de sa conjointe. « *C't'un bébé qui est arrivé comme ça* », dit-il.

Le bébé est arrivé "comme ça", c'est-à-dire non planifié, mais aussi "comme ça" avec deux mois d'avance. Lorsque nous rencontrons Monsieur H., le bébé est déjà né (arrivé entre le moment de la prise du rendez-vous et le moment de la rencontre). Nous ne saurons néanmoins rien de lui sauf qu'il est « *plus beau que prévu, plus en santé que prévu et plus mature que prévu* ». Cela nous parle de l'angoisse que Monsieur H. devait vivre, mais qu'il n'évoquera pas. En revanche, nous ne saurons pas si c'est une fille ou un garçon. Il n'est désigné par aucun prénom et Monsieur H. ne dira à aucun moment "mon" bébé : au lieu du possessif, il utilise exclusivement les articles, "le" et "un". « *C'est prématuré de 2 mois, c't'un bébé de 7 mois* », nous dit-il encore, en rendant son bébé un peu plus humain : un bébé de 7 mois est au moins un bébé.

Nous sommes au mois de juin. Le bébé était prévu pour le mois d'août. Monsieur H. nous dit que tout l'été il n'est normalement pas présent à la maison. Son métier le tient sur la route. Le bébé est-il arrivé quand il y avait des chances que son père soit encore présent ? S'agit-il d'une histoire semblable à celles que nous racontait le Dr Lortie ?

Quoi qu'il en soit, Monsieur H. nous assure que « *Tout est parfait* ». Le bébé va rester à l'hôpital. Sa conjointe et lui vont rentrer à la maison. Comme ils habitent assez loin de l'hôpital, ils ne pourront pas venir visiter le bébé très fréquemment. Ensuite sa femme pourra se débrouiller. Monsieur H. nous paraît déprimé et presque en état de choc. Il évite de parler de façon négative de quoi que ce soit : « *C'est prématuré mais moé je, je ressens rien de*



négligé par rapport à ça... ». Il semble qu'il accuse ainsi depuis longtemps des coups du destin. Peut-être est-ce juste sur la route qu'il se sent bien ?

Monsieur P., pompier volontaire, est tout le contraire de Monsieur H. Il parle vite et s'exprime clairement. Sa conjointe n'a pas encore accouché. Il s'agit d'un premier bébé. Pour lui aussi la grossesse a été une surprise absolue. Il ne l'a pas encore complètement digérée au moment de l'entrevue. Il avait envisagé de quitter sa conjointe. Il nous a raconté combien, avant que la grossesse ne vienne gâcher les choses, ils avaient une vie agréable, sortaient beaucoup, s'amusaient. Voilà que tout cela s'était trouvé compromis ; il en veut à sa conjointe pour cela. Dans l'ambivalence, le temps est tout de même passé ; il a appris qu'elle attendait un garçon et cette nouvelle l'a réconcilié un peu avec l'idée d'avoir un enfant. Avec un fils, ils pourraient faire du sport ensemble. Il continue de sortir un peu pour prendre une bière avec ses copains, mais ce n'est pas pour cela qu'il est peu présent chez lui. Puisqu'il a décidé de rester, il prépare à l'enfant avec hâte une demeure solide, plus sûre que le ventre qui le porte. C'est ainsi qu'il entend d'être le père : solide et copain avec son fils. Tout le contraire de son propre père. Alors, étant donné les responsabilités qui l'attendent, il fait des heures supplémentaires pour payer plus vite la maison achetée peu de temps auparavant. Il compare l'énergie qu'il y met à l'effort qu'il faut déployer pour éteindre un incendie. Il préfère d'ailleurs travailler parce qu'il supporte assez mal le rythme ralenti de sa conjointe et son manque d'énergie.

Contrairement aux futures mères, qui ont eu du mal à nous dire qu'elles avaient une préférence pour le sexe de leur futur enfant et affirmaient que fille ou garçon, cela leur était égal "pourvu qu'il soit en bonne santé", les futurs pères ont parlé assez ouvertement de leurs préférences. Dans le cas de Monsieur P., ça tombait bien que l'enfant attendu soit un garçon ; mais une telle coïncidence n'était pas toujours le cas. Par exemple, Monsieur F., déjà extrêmement anxieux au sujet de la santé de l'enfant à naître, est d'autant plus désarmé et angoissé que, sans s'en rendre compte, il fait le rapprochement entre le garçon à naître et son plus jeune frère, mort accidentellement dans une situation confuse. Sa paternité l'angoisse au plus haut point, mais il aurait été un peu plus rassuré s'il avait attendu une fille. En revanche, Monsieur M., qui attend une fille, est pleinement conscient qu'il appréhende qu'elle ne naisse handicapée comme l'est sa cousine, angoisse accrue du fait de la prématurité possible. Il aurait préféré d'ailleurs que sa conjointe ait interrompu sa grossesse.

Tous ces pères ont néanmoins un trait commun : ils semblent rendre leur conjointe entièrement responsable et de la grossesse et du sexe de l'enfant à naître.

Parfois la grossesse s'inscrit dans une dynamique du couple différente et elle est planifiée. Celle dont je vais rendre compte s'inscrit dans un projet qui me semble avoir la valeur d'un symptôme.

Monsieur Q. est patron d'une petite entreprise. L'enfant qu'il attend est le quatrième. Il s'avère qu'autant lui-même que sa conjointe viennent de familles de quatre enfants. Ils ont donc décidé qu'ils auraient eux aussi au moins quatre enfants. Les trois enfants précédents sont tous nés prématurés. Deux d'entre eux ont eu des complications importantes, mais Monsieur Q. nous assure que maintenant tout va bien et qu'avec autant d'expériences positives, la prématurité de son quatrième enfant ne l'angoisse pas. Ce qui l'angoisse c'est l'état de son entreprise, au bord de la faillite. Il vit dans un stress constant. Qui plus est, il ne peut pas trouver de calme à la maison, envahie par les différentes aides dont bénéficie sa femme, qui doit rester allongée. Monsieur M. va nous parler pendant une heure de ses problèmes d'entreprise et se plaindre du désordre dans sa maison envahie par les étrangers. Il souhaite que le bébé arrive pour que la paix revienne. Il faudra peut-être qu'il vende l'entreprise, nous dit-il, et qu'ils déménagent dans une maison plus petite. Peut-être que sa femme devra reprendre son métier de coiffeuse. « Ça va s'arranger, nous rassure-t-il, "quand le bébé sera là" ».

Nous avons rencontré un seul futur père, angoissé certes, mais tenant son angoisse sous contrôle. Ce futur père, contrairement aux autres, nous a raconté combien, enfant, il était proche de son père avec qui il partage toujours certaines passions (les voitures, le hockey). La grossesse de sa conjointe a été une surprise et une source de stress. Il aurait préféré attendre encore un peu, mais « Être père, ça fait grandir », dit-il. Il se demande s'il va être à la hauteur, s'il va être capable de faire aussi bien que son père, voire peut-être mieux : il ne voudrait pas être autoritaire comme son père a été, mais un vrai "chum"* pour son enfant. Si on sent pointer des notes de critique envers ce père en passe de devenir grand-père, ou de rivalité, elles sont vite annulées ou réprimées. En revanche, il juge sévèrement le père de sa conjointe, qu'il trouve indigne. Elle ne maintient presque plus de relations avec celui-ci depuis qu'il a quitté le domicile conjugal. Elle a aussi des relations assez distantes avec sa mère. Heureusement, nous dit-il, « ma mère est là. Chez nous on est une vraie famille ». Ce père, le seul sur la quinzaine rencontrée, s'occupe activement de sa conjointe,

LL

Tous ces pères ont néanmoins un trait commun : ils semblent rendre leur conjointe entièrement responsable et de la grossesse et du sexe de l'enfant à naître.

77

* "chum" : copain.



essaie de la soutenir, et se persuade que puisqu'il « *sait maintenant tout* » sur la grossesse et surtout sur comment se passe un accouchement, « *tout va bien aller* ». Il faut dire qu'il se trouve dans une situation exceptionnelle à plus d'un titre. Il travaille à l'hôpital où nous poursuivons notre recherche. Il nous dit être entouré de ses collègues : tout le monde s'intéresse aux progrès de la grossesse, les infirmières viennent le voir, on le conseille, on l'invite, on lui offre une bière... Sans grande surprise nous apprendrons plus tard que son bébé est né pratiquement à terme.

→ QUELQUES EXEMPLES CLINIQUES

Comment se présente aujourd'hui la situation psychologique de couples qui vivent la menace d'accouchement pré-terme pour des raisons médicalement indéfinies ? A-t-elle évolué ?

Si je me fie à ma pratique clinique, non. Voici quelques brefs exemples : Madame A., Madame I., Madame P., trois histoires différentes mais tellement semblables. Toutes trois ont eu des relations extrêmement compliquées et, à leurs yeux, insatisfaisantes avec leurs mères. Si Madame A. entretient maintenant de très bonnes relations avec son père, pendant toute son enfance il était la source de honte et de difficultés familiales. Madame P. ne se sent pas aimée de son père. Madame I. trouve le sien insignifiant.

Madame A. et Madame P. se sont chacune mises en ménage avec leur conjoint très rapidement après leur rencontre et la grossesse est arrivée tôt, les prenant par surprise. Je ne rencontrerai aucun de ces trois hommes, même si je le suggère et que je me rende au domicile de mes patientes, puisqu'il leur faut, le plus possible, rester allongées. De ce que je comprends, le premier père travaille tout le temps, angoissé par les responsabilités financières qu'il lui faudra assumer ; il a aussi un projet personnel qu'il sent menacé et qu'il veut avancer le plus possible avant la naissance de l'enfant. Le deuxième est devenu complètement déprimé, mais ne veut rien savoir d'une consultation ; il essaie tant bien que mal d'aider dans les tâches ménagères, mais se sent dépassé et révolté par la situation. À vrai dire, je m'inquiète de sa santé psychique ; l'avenir montrera que j'avais raison de m'inquiéter. Le troisième veut bien avoir un enfant, promet de s'en occuper quand celui-ci sera né, mais pour le moment ne voit pas pourquoi il devrait changer son mode de vie. Il trouve des demandes de sa conjointe complètement injustifiées et démesurées.

Qu'en conclure ?

D'abord et surtout, me semble-t-il, que dans les cas de menace d'accouchement pré-terme sans cause médicale connue, s'il est primordial d'assurer aux futures mères un support continu et – autant que possible – thérapeutique, les futurs pères bénéficieraient tout autant d'un soutien approprié. Aider les couples, et non seulement les mères, pendant la période de la grossesse permettrait peut-être

LL

Aider les couples, et non seulement les mères, pendant la période de la grossesse permettrait peut-être de prévenir les séparations qui arrivent après la naissance de l'enfant.

77

de prévenir les séparations qui arrivent après la naissance de l'enfant. Dans la population générale, ces séparations sont de plus en plus fréquentes et arrivent souvent dans les deux années qui suivent la naissance de l'enfant. Elles sont encore plus courantes dans le cas d'enfants nés prématurément. Pour mes patientes, cela est arrivé dans deux couples sur les trois.

Les sages-femmes sont-elles formées pour assurer à elles seules de tels suivis ? Il ne me semble pas, en tout cas pas au Québec, où la formation est surtout technique. Porter une famille le temps d'une grossesse à risque devrait être le travail d'une équipe. Ce travail aurait d'autant plus de chances de réussir et de porter ses fruits à long terme que la grossesse est un temps qui facilite le travail psychothérapeutique, autant chez la mère que chez le futur père, si celui-ci accepte l'aide proposée. Lorsque la femme enceinte cherche de l'aide dans le cadre de consultations privées, cela exclut souvent le père de telles rencontres. Une organisation adéquate d'un service public pourrait certainement mieux répondre aux besoins de ces couples et surtout, de façon préventive, de leurs prochains enfants. ■

RÉFÉRENCES

- Chassot R., Krymko-Bleton I., Reeves N. (à paraître printemps 2016) *Les enjeux psychiques de la maternité, quand le corps fait symptôme*. FILIGRANE, Montréal
- Krymko-Bleton I. (2005) *Le risque d'accouchement prématuré et la dynamique du couple : la place du père ?* Le Journal des psychologues, Dossier "Naissance du père : psychanalyse et paternité", n° 229, juillet-août. Paris.
- Turner M.-L., Krymko-Bleton I. (2002) *Risque d'accouchement prématuré et fantasmes mortifères : la maternité et les contes*. Dialogue, recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille, n° 156, Érès, Paris.
- Sednaoui-Mirza M., Krymko-Bleton I., (1996) Being a Son — *Becoming a Father : A Mourning Process*, The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine, Vol. 8, n° 2, pp. 145 - 156.
- Sednaoui-Mirza M., Krymko-Bleton I., Lortie G. (1991) *Aspects psychologiques de l'accouchement prématuré. Relation de couple*. P.R.I.S.M.E., Autour de la naissance, vol. 2, n° 1. pp. 36 - 46.