

PENSER LA MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ DES FEMMES DE FAÇON PLUS GLOBALE POUR EN AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE

→ Si la prise de la MAP passe par l'amélioration des outils de prévention et de dépistage (échographie du col, test de dépistage...), il est cependant nécessaire de la questionner en élargissant notre regard.

Au-delà d'une approche purement scientifique, des explications autres que médicales complèteraient la discussion d'une prise en charge plus singulière d'une femme en MAP, chez qui aucune explication organique n'est trouvée.

→ COMMENT EXPLIQUER "AUTREMENT" LA SURVENUE D'UNE MAP ?

Mettre au monde un enfant est un événement complexe sur le plan psychique.

Toute femme enceinte est à la fois subjuguée et déconcertée par les mouvements internes qu'elle commence à ressentir. Traversée par des sentiments contradictoires, elle se retrouve dans un état de bouleversement plus ou moins aigu. Être enceinte est une étape du développement psychoaffectif qui plonge momentanément la femme dans un état de vulnérabilité. Cette "crise de la maternité" est décrite par P.C. Racamier, pionnier de l'approche psychanalytique de la grossesse.

Chaque femme aborde cette étape de sa vie en fonction de la manière dont se sont déroulées les étapes antérieures de sa vie (enfance, adolescence...). Elle se recentre sur elle-même et il lui est alors permis de porter un autre regard sur soi. Cette étape est solitaire. Personne ne peut prendre sa place. Et si la solitude est, de fait, un état privilégié, elle peut être aussi une source de perte de repères.

Pour qu'une grossesse puisse être menée à son terme et qu'une femme ne soit pas trop envahie par ses craintes, il est alors indispensable qu'elle se sente soutenue et comprise.

Elle a besoin d'un entourage qui soit à l'écoute de ce qu'elle éprouve physique-

ment et psychiquement. Cette notion est appelée par W. Bion, psychanalyste britannique, le "contenant psychique". On peut alors prendre l'image d'une poupée russe. La femme enceinte porterait en elle la plus petite poupée, le fœtus. L'entourage affectif et social constituerait la deuxième enveloppe. Le tout, contenu par la dernière enveloppe représenté par l'institution médicale. Toutes ces enveloppes peuvent permettre une réelle prévention de la MAP en devenant des "enveloppes protectrices". Le plus souvent, le conjoint, le milieu familial ou le milieu professionnel suffisent. Mais parfois, la femme enceinte ne se sent pas suffisamment contenue. Elle est isolée, loin de sa famille et la solidarité de proximité n'est pas très répandue. Elle se tourne alors vers l'institution médicale avec une demande de soins accrue. Si cette demande n'est pas entendue, si la femme n'est pas écoutée, comprise et contenue dans ses émotions, il y a un risque plus élevé de décompensation psychique (dépression, psychose...) et de décompensation somatique (MAP ou AP effectif).

Compris d'abord comme un manque de contenant, les signes de MAP peuvent être considérés comme la manifestation somatique d'une souffrance psychique.

M. Ségueilla, psychologue, utilise une métaphore.

À l'image de l'utérus qui menace de lâcher, quelque chose se met à dysfonctionner à un point ou à un autre de toutes les interactions de la femme avec son environnement et son histoire passée et présente, mettant ainsi les femmes en situation de perte ou de rupture d'un cadre protecteur, cadre interne représenté par leur propre capacité psychique à vivre cette grossesse, cadre externe représenté par l'entourage familial, social et médical.

Par ailleurs, la grossesse s'inscrit dans l'histoire humaine. Si la naissance est à chaque fois renouvellement, elle se place entre les ancêtres, les contemporains et les descendants. De ce fait, la MAP

pourrait aussi révéler une problématique de dépendance des femmes enceintes à l'égard de leur mère : ces femmes craindraient de perdre leur statut de fille car elles pensent que l'accession à la maternité détrônera leur propre mère, qu'elles ont peur de perdre. Le choix est alors impossible à faire : soit elles restent "filles" et leur bébé disparaît ; soit elles mettent au monde leur enfant et leur mère leur échappe. La MAP serait ici une tentative de réponse à ce choix inconscient.

Au-delà de la pathologie, il conviendrait de repenser alors la grossesse physiologique, la questionner pour qu'elle ne devienne pas MAP. La grossesse peut être comprise comme le temps du mouvement de la filiation, un temps de transition. Comment ne plus être moi pour redevenir moi ? Cet état de métamorphose semble comme une "chrysalide de la maternité", temps de repli sur soi, indispensable au changement de place dans le cycle des générations. La grossesse est alors un immense travail psychique : Françoise Dolto évoque l'idée que : « *c'est avant d'être parent qu'il faut réfléchir au problème de sa propre enfance périmée, pour être prêt à accueillir les autres* ». *Ce travail fait resurgir des souvenirs jusque-là refoulés, réactive des fantasmes, des angoisses, des traumatismes, des moments importants de l'histoire infantile... Ce temps de passage peut être source de plaisir et d'approfondissement, une façon de "tourner la page après l'avoir lue" ».*

Pour vivre cette grossesse de façon sereine, pour que ce mouvement normal ne devienne pas pathologique, il faut du temps. Il apparaît que le monde social offre peu d'espace pour vivre cette grossesse : il n'est donné aucun temps à la métamorphose obligatoire qui a lieu. Ce modèle contemporain de la "super woman" impose d'abord à de nombreuses femmes enceintes un rythme impossible. Les médias valorisent ce modèle et la vie professionnelle tolère mal l'indisponibilité. La femme est alors dans un "entre-deux"

dans la société : attendre un enfant est gratifiant en termes d'image mais gênant par rapport aux contraintes du mode de vie actuel.

Beaucoup de femmes ne s'écoutent plus, ne prennent plus le temps de la métamorphose. Elles ne sont plus à l'écoute d'elles-mêmes. Elles ne prennent plus garde aux limites que leur impose leur état de grossesse, nouvelles limites à réadapter au fur et à mesure du terme, tant sur le plan physique, psychologique qu'émotionnel. Cette difficulté peut les amener jusqu'à une hyperactivité, comprise comme un nécessaire moyen de défense psychologique pour éviter de penser, de se laisser envahir par ses angoisses... Mais, si l'hyperactivité est une défense efficace pour une grande partie de la population, elle s'avère pathogène en cours de grossesse.

La femme a alors une solution, souvent inconsciente, pour stopper cet engrenage : la MAP, comprise comme un besoin de repos, de temps et d'écoute. La MAP permet à la femme d'échapper à ces pressions. La femme exprime alors quelque chose qui ne peut pas se dire. « *Il est plus facile de dire "j'ai mal" que "je vais mal"* ». Les contractions utérines révèlent le "subtil" de l'esprit, cristallisent les émotions contenues. Ce mal-être devient source de pathologie amenant à des arrêts de travail, des tests multiples. La MAP serait alors plus une pathologie sociétale que médicale.

→ QUELLE AIDE PSYCHOLOGIQUE ? UNE AIDE POSSIBLE À L'HÔPITAL ?

Quelle que soit la signification psychologique de la MAP, la demande d'aide est forte. D'après la littérature, le stress, les perturbations psychologiques et l'anxiété peuvent augmenter le risque d'AP. Une aide semble importante chez les femmes ayant une MAP, qu'elles soient hospitalisées ou non. Cet accompagnement spécifique paraît intéressant pour réduire le taux d'accouchements prématurés effectifs. Un soutien psychologique pourrait alors être apporté sous la forme d'entretien avec l'équipe soignante. L'hypnose, la peinture ou la relaxation peuvent aussi être évoquées, mais ces techniques ont encore peu d'adeptes dans cette optique de soutien.

Il semble nécessaire de ne pas se limiter à la recherche de causes psychologiques mais aussi de mieux s'interroger sur le sens de ce symptôme pour la femme. Il ne s'agit pas, alors, d'établir des liens de cause à effet, de la mettre dans des déterminés psychiques, mais plutôt d'essayer de laisser la future mère s'exprimer librement. Son discours serait alors sans contrainte, avec des lapsus, des oublis...

En matière de prévention de l'accouchement prématuré, outre les prescriptions classiques nécessaires, il apparaît donc que le "contenant" médical – c'est-à-dire la vigilance, l'écoute et l'attention des instances médicales – est d'une importance capitale. Selon des enquêtes en milieu hospitalier, le temps moyen d'une consultation prénatale excède rarement sept minutes. Il est donc, bien sûr, difficile pour un praticien hospitalier de se pencher sur chaque cas avec empathie, dans ces conditions d'exercice. Comment être vigilant à l'encadrement social, affectif et comprendre une patiente qui nous est étrangère ? Comment livrer des secrets de vie, un simple mal-être à quelqu'un que l'on n'est pas assuré de revoir ou qui pourrait manquer d'attention ?

Pourtant, si les consultants avaient une disponibilité suffisante pour écouter attentivement les patientes et tenter de repérer les failles dans leur vécu actuel, il est probable qu'un certain nombre de MAP pourrait être prévenu. Il paraît important d'être en mesure d'évaluer le tissu affectif et social de la femme, de s'intéresser à son vécu émotionnel, son contexte familial et professionnel, à son entourage affectif. Quelques signes d'alerte ainsi repérés pourraient devenir des signaux d'alarme.

→ LE SOUTIEN SOCIAL COMPLÉMENTAIRE AU SOUTIEN HOSPITALIER

En plus du suivi hospitalier, le soutien social (conjoint, famille, cercle d'amis...) a aussi son importance. Il n'est pas à comprendre comme un outil de premier choix pour améliorer les issues de grossesse. Pourtant, il est utile en termes de bénéfice psychologique. La femme enceinte aurait une plus grande satisfaction d'elle-même. Ce soutien aurait un impact, à long terme, sur l'équilibre psychologique des mères et sur la relation mère-enfant.

■ La place du conjoint et de la famille

Souvent, la personne la plus proche de la femme enceinte, le futur père, reçoit les angoisses de sa femme. Il est en première ligne. Sa compagne est déstabilisée, angoissée, plus vulnérable. Il devient alors, dans l'inconscient de sa femme, une figure maternante. Certains hommes retrouvent alors spontanément les gestes de leur propre mère à l'égard de leur femme. D'autres, eux-mêmes dans leurs propres bouleversements, sont en difficulté et ne peuvent être "contenants".

Dans notre culture contemporaine, les familles dites nucléaires sont le nouveau modèle social. Ainsi, la solitude et l'isolement des femmes enceintes accentuent le risque de MAP. Une étude à la demande du CNRS (Centre National de Recherche Scientifique), de la DGS (Direction Générale de la Santé) et de la DDASS (Direction des Affaires Sanitaires et Sociales), en collaboration avec l'association "Migration-Santé", a été réalisée à la maternité de l'hôpital de Mantes-la-Jolie dans les Yvelines en 1999 auprès d'une population d'immigrants à forte concentration maghrébine considérée comme "à haut risque d'AP" par les épidémiologistes.

Il apparaît que, chez certaines communautés immigrées très soudées, le taux d'AP est inférieur à la moyenne nationale (2,7 %). Dans ces grandes familles, l'enfant n'est pas une fin en soi pour le couple mais devient un nouveau membre pour la société entière. L'enfant est ainsi précieux pour la famille mais aussi pour la communauté. Chaque naissance renouvelle le monde. L'enfant est enfant de la vie et rompt le phénomène d'usure de la nature. La femme est le vecteur permettant cette naissance et il faut la respecter. La grossesse est valorisée comme un véritable travail social. Le repos est alors considéré par tous comme un droit lié à l'état de grossesse et non comme un devoir lié à une prescription médicale. La femme est encadrée et portée par le groupe social tout au long de sa grossesse. Ce soutien par la famille élargie et la solidarité de proximité semble manquer dans le modèle occidental de la société française actuelle.

■ Les associations

Différentes associations existent et tentent d'améliorer la prise en charge et la prévention de la prématurité. L'association SOS Préma en est un exemple. Elle est reconnue d'intérêt général et association d'usagers par le ministère en charge de la Santé. Elle travaille sur trois axes.

1 D'abord, l'aide et le soutien des familles.

Elle organise, entre autres, des cafés parents à Boulogne et à Arpajon en région parisienne, mais aussi à Lyon et à Toulouse, pour ne citer que ces grandes villes. Ce sont des moments d'écoute et de partage. Ces rencontres se font plutôt en postnatal mais deviennent prévention pour les grossesses suivantes tout en aidant à un soutien postnatal. En antenatal, il est compliqué d'organiser des rencontres avec des femmes en MAP chez qui les déplacements trop longs, l'attente, la station debout prolongée... sont délicats. Les consultations médicales par téléphone ne permettent pas l'établissement d'un diagnostic clinique mais il existe des permanences téléphoniques destinées aux familles avant la naissance: les discussions en antenatal ont lieu alors sur le forum ou par téléphone. Une puéricultrice et une psychologue écoutent et dirigent, en cas de besoin, les femmes vers d'autres professionnels.

2 Ensuite, la sensibilisation des pouvoirs publics et institutionnels en France et en Europe,

en ce qui concerne la prématurité, s'amorce notamment sous l'impulsion des associations (parmi elles, SOS Prema). L'allongement du congé maternité pour les mamans de prématurés a été ainsi voté en 2006, une charte de la parentalité en entreprise existe depuis 2008, une journée mondiale de la prématurité annuelle existe depuis 2009, un colloque parlementaire à l'Assemblée nationale est organisé en 2010.

3 Enfin, le 12 novembre 2012, l'association "collectif prématurité" est créée et réclame une politique de santé spécifique en faveur de la prématurité sur le modèle des politiques de santé qui existent déjà au Portugal et au Royaume-Uni.

Enfin, SOS Prema travaille sur le dialogue avec les équipes médicales. Une personne au siège de l'association s'occupe spéci-

quement des relations avec les soignants. Une journée annuelle de sensibilisation aux vécus d'enfants prématurés est aussi organisée pour former les équipes soignantes.

■ Les aides et les prestations sociales/la vision de la société

En ce qui concerne les droits sociaux, les femmes présentant une MAP peuvent bénéficier d'un congé dit pathologique de 14 jours, accordé sur prescription médicale en cas de pathologie durant la grossesse. Ces femmes sont parfois hospitalisées, soit au sein d'une structure hospitalière, soit à domicile par l'intermédiaire d'une structure de soins alternative à l'hospitalisation classique, l'hospitalisation à domicile (HAD). L'HAD assure une prise en charge multidisciplinaire, et améliore le confort de la patiente en la soignant dans un environnement sécurisant.

Les femmes qui ont effectivement accouché prématurément ont le droit, depuis le 1^{er} janvier 2006 à un congé maternité "remodelé". Quand l'accouchement intervient plus de six semaines avant la date prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant, la période d'indemnisation est allongée du nombre de jours entre la date effective de l'accouchement et le début du congé maternité initialement prévu. Cela revient à dire que la jeune mère peut reprendre son travail à la date à laquelle elle aurait dû reprendre si elle n'avait pas accouché prématurément. Les jeunes pères ont le droit à trois jours de congé de naissance et à onze jours de congé paternité supplémentaires. Les jeunes parents peuvent, de plus, bénéficier d'un congé de présence parentale jusqu'aux 3 ans de l'enfant.

■ Et la sage-femme ?

La sage-femme donne vie à la naissance. Elle est une actrice de ce moment de l'existence, témoin de cette physiologie. Elle aide la future mère à s'ouvrir à sa propre histoire, à entrer dans l'instant de la grossesse. Elle interroge la transformation, écoute ce temps de la "chrysalide de la maternité". La sage-femme doit alors faire preuve de patience, patience attentive, comprise comme un accueil du temps de l'autre. Cette patience attentive permet à la future mère de donner un sens

au moment présent, d'être orientée vers un nouveau temps de vie. Ainsi, un lien serein est permis entre la sage-femme et la future mère. Il se fonde sur la qualité de l'échange, l'écoute, la capacité à percevoir comment la grossesse s'intègre à l'histoire toujours singulière de la femme, du couple et de la famille. Cette relation de confiance permet un cheminement conjoint, pour trouver pour une grossesse donnée, à un moment donné, la meilleure façon de vivre ce temps. La sage-femme donne alors un cadre mais laisse la place à un espace personnel avec des variations possibles pour la femme, au sein de ce cadre. La sage-femme a un rôle important à jouer dans la prévention de la prématurité. Elle devient le professionnel de santé de première ligne. Celui qui écoute, souvent pour la toute première fois, les difficultés, les inquiétudes et détecte les possibles pathologies sous-jacentes, les troubles de la physiologie.

Les sages-femmes peuvent aussi prendre en charge et surveiller les femmes présentant des risques prévisibles de prématurité. Elles peuvent réagir et éviter à ces patientes tout risque supplémentaire en assurant, par exemple, leur suivi régulier à domicile, parallèlement au suivi à l'hôpital. La prise en charge globale de la patiente trouvera alors ici tout son sens: une seule sage-femme en pré et en postnatal pour un lien plus serein entre patient et professionnel, un regard global, une connaissance plus fine de sa patiente et une confiance plus facilement accordée. Et quand bien même la pathologie s'invite effectivement, que la MAP est avérée, ce moment de la vie continue à être singulier. Le suivi et la présence des sages-femmes maintiennent cette continuité et rendent plus floue la frontière entre la grossesse physiologique et la grossesse pathologique. La sage-femme est en état d'alerte. Sa fonction et son écoute permettent à la femme d'être vigilante à ce qu'elle ressent d'inhabituel, de remettre la sensation au cœur de la pensée. La future mère a alors la possibilité de dire « *je ressens donc je suis* » et non seulement « *je pense donc je suis* ». La sage-femme rassure aussi. Garante de l'éthique de la naissance, la sage-femme garde une place dans la pathologie pour ce qui continue à se vivre: une grossesse pathologique, certes, mais une grossesse tout de même. ■