

La maternité physiologique : où s'arrête la physiologie ? où commence la pathologie ?

Marie-Josée Falevitch, sage-femme libérale, Nîmes

Devenir mère, devenir père ne semblent pas être une évidence... Les difficultés d'accès à la parentalité ne concernent pas que les mères en précarité. La maternité était autrefois un processus familial qui se déroulait dans un environnement social et familial intime. Aujourd'hui, elle est devenue un phénomène médical, le plus souvent vécu dans un contexte de solitude. Notre société est différente de celle d'il y a cinquante ans : les modes de vie sont individualistes, l'isolement est fréquent, les familles éclatées deviennent le modèle, de « nouvelles familles » sont apparues avec les familles dites « recomposées », les mères sont actives...

D'un point de vue médical, depuis une trentaine d'années, dans notre société, l'accompagnement de la maternité semble essentiellement se baser sur les aspects physiopathologiques de la grossesse, pour, au final, quasiment occulter dans notre pratique que derrière le terme grossesse se sont les notions de famille et de parentalité qui se développent... et non pas seulement l'accouchement. Pour les patientes elles-mêmes, dès le plus jeune âge, la maternité est synonyme d'accouchement bien plus que de parentalité...

Plus de 10 % des mères se trouvent en souffrance au décours d'un accouchement, ce qui représente près de 82 000 enfants à très haut risque quant à leur développement psycho-affectif, voire à risque de maltraitance... Si l'on s'en tient à ces chiffres, environ 90 % des mères seraient, elles, en situation saine, donc a priori physiologique. Notre pratique semble pourtant éloignée de ces chiffres...

Deux questions peuvent donc se poser : où s'arrête la physiologie ? où commence la pathologie ? Pour répondre à ces deux questions, précisons tout d'abord ce qu'est la physiologie. D'après le dictionnaire Larousse, il s'agit de « la science qui étudie le fonctionnement normal d'un organisme vivant ou de ses parties ». La physiologie est à rattacher à l'homéostasie qui signifie « maintien à un niveau constant, par les organismes vivants, des caractéristiques internes : température, concentration des substances... » (Larousse). La physiologie de la maternité signifie donc un fonctionnement normal de deux corps : celui de la mère et de l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Ainsi la maternité est dite physiologique lorsque le maintien de l'ho-

méostasie est assuré. Toutefois, comme le démontre le professeur Antonio Damasio, professeur de neurologie, neurosciences et psychologie, la régulation homéostatique passe par ce que nous connaissons communément de l'homéostasie, mais aussi par les réflexes primitifs (assurant notre instinct de survie), le système immunitaire ainsi que par la régulation de la réaction émotionnelle, donc par les sentiments et les émotions...

Pourtant aujourd'hui, notre diagnostic de « grossesse physiologique » n'est posé, la plupart du temps, qu'à partir du moment où il est démontré qu'il n'existe aucun facteur de risque potentiel. C'est d'ailleurs ce que l'on retrouve dans la définition de la « santé de la grossesse » selon la Haute Autorité de santé (HAS). Les objectifs de la HAS étant de « définir les éléments nécessaires pour apprécier le risque et l'absence de facteur de risque prévisible pour la mère, l'enfant et ceux liés à l'accouchement. Il en découlera une définition de la grossesse physiologique ».

I - RÉFLEXION POUR LE RESPECT ET LE RENFORCEMENT DE LA PHYSIOLOGIE

Conformément au plan de périnatalité 2005-2007 qui « vise à améliorer la sécurité et la qualité des soins de la mère et du nouveau-né, développant une offre plus humaine et plus proche », il semble important que les sages-femmes, comme l'ensemble des professionnels intervenant autour de la maternité puissent réfléchir ensemble pour le respect et le renforcement de la physiologie. Jusqu'à ce dernier plan de périnatalité, la notion de prévention semblait être essentiellement rattachée au soma...

Optimiser la sécurité de nos patientes et patients, sans, bien entendu, remettre en question l'état des connaissances médicales actuelles, est indispensable, mais impose, selon moi, que nous nous intéressions :

- à nos pratiques ;
- aux émotions et sentiments ;
- aux conditionnements.

Car ceux-ci ont une influence non seulement sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, mais aussi sur la famille. Ne l'oublions pas, derrière ce voyage qu'est la maternité il y a la construction d'iden-

tités : l'identité maternelle et paternelle, soit l'identité parentale et celle de l'enfant.

Premier cas clinique

→ Prenons le cas de Mme D., primipare de 25 ans que je reçois pour la première fois pour une consultation du post-partum. Cette patiente se plaint : d'asthénie (que j'apprécie comme étant une asthénie physique et mentale), d'une difficulté quotidienne avec son enfant qui pleure beaucoup, d'un mal-être général.

Obstétriquement, si je m'en tiens au dossier médical que nous remplissons tous au quotidien d'une façon consensuelle je note : ANAT 27/01/05 - Travail 4 h - APD - DS - Fille 3 150 g - Echec AM.

Pourtant, en m'intéressant à l'histoire de cette patiente, voici ce que je relève :

- T1 (premier trimestre) : « J'étais très heureuse, épanouie et je voulais une fille » ;
- quatrième mois (première consultation) : « On m'a dit que mon col était modifié, qu'il était mou et que je devais me reposer » (Arrêt de travail 15 jours) ;
- examens complémentaires : échographie du col = 30 mm ;
- conduite à tenir : repos strict avec surveillance par une sage-femme à domicile 2 fois/semaine ;
- « On m'a dit que je risquais d'accoucher prématurément, que le bébé serait peut-être trop petit et risquait d'avoir de grosses séquelles ; à chaque consultation j'étais stressée, j'avais peur de ce qu'on allait m'annoncer » ;
- « Je ne voulais pas m'attacher de peur de la perdre. Je n'ai jamais pu parler à Lucie pendant ma grossesse. Mon mari aussi a eu très peur » ;
- 38 SA : « Je suis rentrée au bloc obstétrical très angoissée » ;
- « A la maternité il m'était impossible de m'occuper de Lucie. C'est mon mari qui s'en est occupé jusqu'à maintenant. Je commence à m'y intéresser depuis peu. J'apprends tous les jours à la connaître, mais c'est difficile ».

Il semblerait que Mme D. ait présenté une difficulté maternelle, pour reprendre le terme des maternologues, difficulté dans la relation mère-enfant.

Réflexion

→ La peur, le stress de Mme D. ne constitueraient-ils pas les éléments essentiels, déclencheurs de cette difficulté ? Quelle aurait été la maternité de cette patiente avec le même diagnostic médical, la même prise en charge proposée, mais des mots différents, une attitude contenante et optimiste, un accompagnement du lien mère-enfant, parents-enfant, une attitude revalorisante et un accompagnement renforçant la confiance en soi, développant au maximum les capacités maternelles et parentales ?

Mme D. est revenue trois ans plus tard pour sa deuxième grossesse. L'entretien révèle : un état anxieux important, une dévalorisation de soi, « pas de confiance en soi » dit-elle, la crainte d'avoir une deuxième fille (sa difficulté avec l'aînée est toujours présente). Elle souhaite un accompagnement anté, per et postnatal soutenu.

Peut-on, obstétriquement, se limiter à noter les antécédents usuels de la

sorte « ANAT - APD - DS - Fille 3 150 g - AM 1 jour » ? Sont-ils évocateurs de la réalité des faits, c'est-à-dire du vécu de la patiente, du couple, et de ses conséquences ? Ne devrions-nous pas prendre également en compte systématiquement le vécu du couple ?

→ Pour Mme D., une fiche de liaison suite à l'entretien prénatal précoce a été établie, faisant ainsi le lien entre les différents professionnels intervenant auprès de cette patiente. Un soutien psychologique a été mis en place et la famille accompagnée tout au long de la maternité, soit en pré, per et post-partum...

Second cas clinique

→ Mme S. deuxième pare, vient à 30 SA, en 2005, pour un entretien, car « elle a très peur », dit-elle. Dans ses antécédents, on note :

- 1993 : 1 FCT (fausse couche tardive) à 18 SA « j'avais peur de mourir moi en même temps que le bébé. Je suis remontée dans la chambre pleine de sang » ;
- 1993 (six mois plus tard) : 1 FCS (fausse couche spontanée) ;
- 1995 : grossesse normale - ANAT rapide - Garçon 3 200 g - Déclenchement artificiel - Travail 2 h - AM 18 mois. Ceci est noté dans son dossier.

→ Cette maternité a-t-elle pour autant été physiologique ? L'accouchement s'est-il pour autant bien passé rendant ainsi favorable le pronostic de cette maternité en cours ?

Le vécu de la patiente a été, dit-elle, « très mauvais ». La patiente décrit une peur extrême pendant toute la durée de la grossesse et de l'accouchement, des suites de couches difficiles, et un lien avec son enfant très fusionnel.

Mme S. détaille ce vécu : asthénie, reflux gastro-œsophagien, peur de la mort fœtale in utero (acquise au troisième trimestre). « Les sages-femmes n'ont pas compris, je ne voulais pas accoucher, j'étais prête à payer quelqu'un pour qu'il accouche à ma place. J'ai eu des contractions utérines toutes les cinq minutes pendant une semaine. J'ai paniqué, j'ai beaucoup souffert. Ma tension artérielle est montée à 22. » Il est à noter que la grand-mère maternelle de Mme S. a présenté une grave hémorragie de la délivrance lors de la naissance de sa fille (la mère de Mme S.).

→ Déroulement de cette grossesse en cours :

- premier trimestre : reflux gastro-œsophagien (RGO), stress T21 ;
- second trimestre : RGO majoré, crainte d'une mort fœtale in utero (MFIU), arrêt de travail ;
- troisième trimestre : contractions utérines, peur intense de l'accouchement.

Réflexion

Quelle est l'origine du stress ? Une écoute attentive aurait-elle permis de révéler la réelle peur de Mme S. ? Cette peur n'est-elle pas liée au vécu de sa grand-mère, relaté et ressassé sans cesse tout au long de sa vie ? Travailler ces peurs n'aurait-il pas permis d'éviter ou de diminuer l'intensité de la pathologie, le mauvais vécu ? (dystocie de démarrage, HTA, souffrance...).

Le déroulement de sa maternité future n'aurait-il pas pu être différent ? (A noter qu'un trouble du stress post-traumatique - TSPT - semble

s'être installé, imposant ainsi dix années d'écart entre ces deux grossesses). La relation mère-enfant n'aurait-elle pas pu être différente ? (lien fusionnel).

II - LES ÉMOTIONS ET LES SENTIMENTS

Il est important de s'intéresser aux sentiments exprimés par les patientes et de constater la symptomatologie associée à ces sentiments, comme dans le cas de Mme S, ci-dessus.

En effet, l'écoute des patientes révèle combien la peur est sous-jacente chez les patientes ne présentant pas une grossesse physiologique. Elles expriment cela plutôt facilement : peur du danger que peut constituer la maternité pour leur enfant, comme pour elles, peur de la malformation chez l'enfant, peur de perdre l'enfant, mais aussi peur de la douleur « de l'accouchement » disent-elles.

J'ai eu l'occasion d'intervenir dans des classes de CM2 pour parler de la maternité aux enfants. A ma grande stupéfaction, à l'âge de 10 ans déjà, la maternité est associée aux termes :

- accouchement ;
- douleur ;
- danger pour la maman ;
- danger pour le bébé ;
- péridurale.

Ceci m'a fait réfléchir, car c'est aussi ce qu'expriment les couples au quotidien.

Certains sentiments comme notamment celui de la peur sont conditionnés dans notre société. Dès le diagnostic de grossesse posé, il semble s'installer une symptomatologie devenue « typique » de la grossesse et étant assimilée par tous (grand public et corps médical) comme une symptomatologie physiologique : nausées, vomissements, irritabilité, asthénie, troubles du sommeil... Cet état semble se stabiliser au deuxième trimestre de la grossesse, pour réapparaître dès le début du troisième trimestre, avec un pic à l'approche du terme.

Le début du troisième trimestre est une période au cours de laquelle de nombreuses patientes sont médicalisées, par exemple suite à un épisode de contractions utérines. Lorsque leur intensité s'accroît, elles s'avèrent souvent un signe, un symptôme exprimant des difficultés ou des conflits plus ou moins conscients, voire inconscients... ou l'expression d'émotions.

Dans ces cas, il est en effet fréquent de constater que la patiente se trouve en difficulté de devenir mère, difficulté observée sur le terrain chez les mères comme les pères par manque de confiance en soi, absence de modèle parental ou rejet de ce modèle, par difficulté à s'accepter soi, c'est-à-dire d'accepter toutes les transformations physiques et mentales ou encore en raison des peurs, des croyances et des conditionnements.

Le conditionnement de société est un fait important qu'il faut prendre en compte et si possible travailler, démystifier. La culture à laquelle la patiente appartient est importante et semble influencer l'état de grossesse, les modes d'accouchement et d'attachement à l'enfant. Notre culture de praticiens n'est pas non plus sans incidence. Nous sommes, nous aussi conditionnés...

C'est la médecine occidentale qui impose la prise en compte de ces aspects émotionnels.

Dans d'autres cultures, une forme « d'apprentissage naturel de la parentalité » s'instaure dès le plus jeune âge et devenir mère semble bien plus facile que chez nous. Je pense notamment à la population amérindienne ou les petites filles se trouvent littéralement en situation d'apprentissage auprès des mères et futures mères, qui les préparent à leur future primiparité.

J'ai eu l'occasion d'exercer en Guyane et d'observer combien la maternité était physiologique au sein de ce peuple, par opposition aux parturientes haïtiennes, par exemple, qui présentaient dans l'ensemble une symptomatologie morbide et un état émotionnel pendant toute leur maternité.

La Guyane, avec sa population pluri-ethnique a été pour moi extrêmement riche d'enseignement. Chaque ethnie possède sa propre culture, ses propres croyances, sa propre maternité et ses propres codes d'expression, verbaux ou non, physiques ou émotionnels. Les émotions et les sentiments sont donc largement conditionnés. Les neurobiologistes précisent d'ailleurs qu'il existe des « déclencheurs émotionnels » universels. La grossesse semble constituer l'un d'entre eux.

Les émotions sont spécifiques à des situations inductrices, c'est en cela qu'elles sont conditionnées. Le professeur Damasio, professeur de neurobiologie, neurosciences et psychologie, démontre très bien que « les émotions sont des réponses chimiques et neurales », avec donc, intervention du système nerveux et endocrinien. Tout cela afin d'assurer le maintien de l'homéostasie, réagir à une situation. Il s'agit donc bien d'une expression du « corps physique »...

Les sentiments sont les perceptions de ces émotions. Il est primordial de préciser que ces sentiments, ces perceptions sont fonction de l'expérience vécue et de la trace émotionnelle persistante, comme en témoignent quelques exemples dans ce dossier. Emotion qui va se manifester dans et par le corps, par, éventuellement toute une symptomatologie, mais qui peut aussi être exprimée au moyen des sentiments. Ainsi, encore une fois, il n'y a pas de séparation possible entre le « corps physique » et « le corps mental ». Suite à une émotion, toute une cascade de processus cognitifs va s'enclencher en fonction de la situation.

Toute émotion engendre donc l'intervention du système nerveux et endocrinien. Les neuromédiateurs impliqués, tout comme les hormones, ne seront pas du même type en cas d'émotion dite négative (néfaste) ou positive (bienfaisante).

Tout ce qui relève de la cognition (sons, mots, images...) peut réveiller la mémoire et ramener à l'expérience passée une femme dans cette période particulière de la maternité. D'où l'importance primordiale de l'écoute du vécu.

III - LES ASPECTS ÉMOTIONNELS DE LA GROSSESSE

Les aspects émotionnels et affectifs semblent bien peu pris en compte dans notre pratique obstétricale. L'obstétrique devrait pourtant être globale puisqu'elle comporte deux versants : un versant physique très connu, très bien pris en charge médicalement, mais aussi un versant psychique qui nous concerne tout autant, car, comme nous venons de l'expliciter ci-dessus, le corps et l'esprit sont totalement indissociables dans leur fonctionnement et leurs manifestations.

La grossesse est un processus de transformation aboutissant au devenir

mère, tous les auteurs s'accordent sur ce sujet, qu'ils soient psychologues, neuropsychiatres, maternologues, éthologues... Le terme parentalité est apparu pour la première fois en France en 1961. Il fut introduit par le docteur Paul-Claude Racamier, psychanalyste français qui fut le premier à développer les concepts de maternalité et paternalité, expliquant ainsi que ceux-ci constituent une étape du développement psycho-affectif de tout individu, similaire à la période de l'adolescence, avec un état de crise possible. Catherine Bergeret-Amsleek, psychothérapeute et psychanalyste reprend ce concept en parlant de « crise de maternalité », la grossesse étant selon elle un « passage de fille de ... à mère de ... », une période « de passation de pouvoir ou d'identification à sa propre mère » qui peut donc devenir conflictuelle, selon l'expérience passée et vécue.

Pendant la grossesse comme dans le post-partum, il s'opère donc tout un remaniement émotionnel associé à une fragilité psychique spécifique à cette période. Le docteur Bydlowski, neuropsychiatre, évoque la transparence psychique. Cet état propre à la maternité favoriserait à cette période la remontée de contenus inconscients. Le septième mois de la grossesse semble être une étape où cette transparence psychique est accrue. En pratique, on note beaucoup d'angoisse, d'anxiété et de questionnements personnels quant au passé et cela se mêle au présent comme au futur, rendant cette période souvent particulièrement difficile, bien que physiologique. Encore une fois, selon l'expérience vécue, ce retour à soi peut être extrêmement difficile et au minimum représente un état de régression. Le docteur Jean-Marie Delassus, pédopsychiatre et maternologue décrit très bien dans ses ouvrages « que devenir mère est d'abord un parcours intérieur » et que cela relève « du domaine de l'inconscient ». Parcours qui renverrait la mère à son « origine », le devenir mère passant obligatoirement par « le transfert de l'originaire maternel ». L'obstétrique devrait toujours être tridimensionnelle, puisque la maternité elle-même est tridimensionnelle.

Troisième cas clinique

→ Prenons le cas de Mme M., son récit évoque clairement les aspects émotionnels et affectifs relatifs à la grossesse. Cette patiente m'a raconté le vécu de sa première grossesse, à 33 SA de sa deuxième grossesse. Les trois années séparant les deux grossesses lui ont permis de prendre conscience des faits.

→ Mme M. a 30 ans, seconde part. Elle consulte en urgence, à 33 SA pour asthénie, algies pelviennes, anxiété importante. L'examen montre un TV rassurant, bien que le col soit modifié et l'utérus contractile. Les antécédents médicaux révèlent un déclenchement en 2005 avec une dystocie de démarrage : W long - ANAT - APD - DNC - Fille 2 570 g - Episiotomie - Allaitement maternel.

→ Histoire de Mme M. :

- « Ma mère m'a eue à 16 ans (grossesse non désirée), notre relation a toujours été difficile, ma mère m'a rejetée à 20 ans.
- Lorsque j'ai appris que j'attendais une fille j'ai eu peur.
- Ce reniement et toutes les difficultés que j'ai eues avec ma mère remontaient sans cesse pendant la grossesse.
- Tout ce que j'ai refoulé de ma mère, tout ce que je n'ai pas eu, je l'ai fait pour ma fille

- Je craignais que ma mère vienne voir le bébé (je voulais pourtant), mais j'avais peur que cela me déclenche une dépression.
- Inconsciemment je ne voulais pas faire comme ma mère. »

Réflexion

→ Son passé n'est-il pas l'étiologie de ses maux ? Quelle approche thérapeutique pour éviter que cette patiente ne bascule dans une réelle « MAP » (menace d'accouchement prématuré) ?

→ A l'issue de cette première discussion Mme M. a exprimé combien son état physique comme émotionnel s'est apaisé. Mme M. a réalisé le poids de son passé, réactivé par cette nouvelle grossesse. Cette patiente a été accompagnée deux fois par semaine jusqu'à la fin de sa grossesse. Les prises de conscience ayant été faites après la naissance de son premier enfant, il a suffi de l'accompagner, la rassurer, lui laisser exprimer combien la relation avec ses deux enfants (dont un in utero...) était saine pour que la grossesse retrouve un état de physiologie, tant sur le plan physique qu'émotionnel. L'accouchement a été normal, à terme, très bien vécu, la relation mère-enfant s'est installée sans difficulté, l'allaitement maternel n'a pas posé de problème.

IV - LE STRESS

Les recherches sur les émotions et les sentiments sont récentes, mais en ce qui concerne le stress, les premières publications retrouvées datent de plus de 130 ans. En effet, en 1878, Claude Bernard définissait déjà « la constance du milieu intérieur » ou homéostasie. 50 ans plus tard, Walter Cannon établissait que des agressions telles que le stress étaient susceptibles de perturber l'homéostasie. Dans les années 40, Hans Selye définissait le « syndrome général d'adaptation ». Enfin dans les années 1980 étaient publiées les premières études sur le stress et le système immunitaire. Ces vingt dernières années, la façon dont la pensée agit sur les cellules a été mise en évidence par les scientifiques grâce à la psycho-neuro-immunologie. La communication directe entre le système nerveux et le système immunitaire a été établie, démontrant ainsi qu'il représente un réel facteur de risque de pathologies diverses. L'impact du stress en périnatalité est donc très bien connu aujourd'hui.

Pourtant, le poids des responsabilités, la prise en charge des pathologies de plus en plus sévères, la surcharge de travail de tous les professionnels de l'obstétrique... laissent bien peu de place à la prise en compte et la gestion des aspects émotionnels et affectifs des patientes.

Le « morcellement » de l'individu par notre médecine moderne est aussi en cause... Nous séparons le corps de l'esprit, qui pourtant ne font qu'un. Selon B. Cyrulnik : « C'est notre culture occidentale qui pose les problèmes en termes séparatistes. »

En effet, prenons l'exemple de la médecine traditionnelle chinoise (MTC), une médecine globaliste. Elle s'intéresse à la pathogénie, aux mécanismes qui créent la pathologie. Pour les praticiens de MTC, la maladie est fonctionnelle. En médecine occidentale, l'étiologie est la cause structurelle de la maladie. La maladie est dite lésionnelle.

Le stress a deux principales voies de communication :

- la voie nerveuse ;
- la voie hormonale.

La voie endocrinienne semble être la plus importante quant à l'effet sur le système immunitaire.

La réponse au stress est destinée à permettre une adaptation rapide de l'organisme aux menaces de son environnement. Le docteur Hans Selye parle ainsi de « syndrome général d'adaptation ».

Dans notre société, dès le début de la grossesse, la majorité des femmes enceintes semblent décrire un état de stress. Etat qui peut être défini comme un « stress chronique » puisqu'il perdure pendant neuf mois (si l'on ne s'en tient qu'à la grossesse, car le post-partum est aussi source de stress chez nous...). Si l'on se réfère aux mécanismes du stress définis dans l'encadré ci-contre, il semble évident que les conséquences de cet état sont à prendre en considération dans nos pratiques.

De nombreux auteurs ont montré les conséquences du stress prénatal. Ainsi, Huizink et coll. ont publié une étude portant sur 170 femmes soumises à des stress importants pendant la grossesse (stress pris en compte : bagarre conjugale quotidienne ou une inquiétude spécifique). L'analyse du taux de cortisol salivaire sur les enfants sains, nés à terme mettait en évidence un retard psycho-moteur à huit mois, avec un écart de huit points sur l'échelle d'évaluation.

Ellis et Peckam, quant à eux, ont étudié 270 mères stressées (d'un an en période pré-conceptionnelle jusqu'à la fin de grossesse). A posteriori, les taux de stress s'avèrent significativement plus sévères chez les mères de gauchers que chez les mères de droitiers ou d'ambidextres. Au-delà de l'influence du stress sur la latéralisation de l'enfant : « Les hormones liées au stress pendant la grossesse peuvent significativement affecter l'organisation du néocortex. »

O'Connor et coll ont montré que « l'anxiété prénatale a des effets tardifs sur l'axe HPA et ses fonctions : vulnérabilité en ce qui concerne la psychopathologie des enfants et des adolescents ». Morley-Fletcher et Coll. ont eux mis en évidence une « réponse différentielle suite à l'administration de drogue chez des animaux adolescents ayant été stressés en période prénatale... Le stress prénatal ralentit l'élimination de la drogue dans le sang et accentue les déficits moteurs produits par cette drogue. » Vincent Van Waes dans sa thèse conclut que « le stress prénatal modifie la réponse de l'axe corticotrope à une dose modérée d'alcool lors de l'adolescence chez des rats mâles ». Enfin Fride et coll. montrent que le stress prénatal altère le comportement maternel dans une situation de conflit et réduit les récepteurs de l'hippocampe aux benzodiazépines.

De nombreuses études éthologiques ont également prouvé que :

- le stress maternel entraîne des perturbations des comportements maternels d'attachement à l'enfant ;
- tout lien d'attachement difficile entraîne des modifications des comportements.

Une difficulté dans la communication sensorielle est signalée par Boris Cyrulnik, qui décrit des mères qui ne parviennent pas à reconnaître les pleurs de leur enfant, ou encore une modification dans le « portage » (en cas de difficulté dans la relation mère-enfant, la mère a tendance à tenir son enfant entre le pouce et l'index...).

Un manque de confiance en soi maternelle et moins de spontanéité sont également fréquemment signalés par les éthologues, et retrouvés dans notre pratique quotidienne.

Les premières études retrouvées sur la notion d'attachement sont de

LA RÉPONSE AU STRESS – LE SYNDROME GÉNÉRAL D'ADAPTATION

Une situation stressante va stimuler deux zones cérébrales distinctes :
- les aires sensorielles du cortex : entraînant ainsi toute une cascade de réactions métaboliques (vasoconstriction périphérique, diminution de la salivation, augmentation de la température, contractions musculaires...);

- l'amygdale : activation de notre instinct de survie, ce qui nous permet de « fuir ou de combattre ».

L'émotivité stimulant l'amygdale va entraîner une augmentation de la sécrétion de la CRH (corticotrophin releasing hormon).

Les sentiments de peur et d'anxiété vont déclencher une production de noradrénaline qui stimule alors les neurones de l'hypothalamus.

La CRH a une action sur les cellules corticotrophiques de l'hypophyse qui induit et régule la sécrétion de l'ACTH. Véhiculée par voie sanguine, l'ACTH agit sur les cortico-surrénales, d'où production de cortisol et d'autres glucocorticoides.

Le cortisol va avoir une action sur l'amygdale (donc aussi l'hypothalamus), ainsi que sur l'hippocampe. Il participe ainsi à la régulation de l'immunité : la libération de glucocorticoides par les surrénales inhibe la réponse inflammatoire et permet de contenir la réaction immunitaire.

Les cytokines sont des médiateurs de l'immunité et de l'inflammation. Certaines sont pro-inflammatoires, d'autres anti-inflammatoires. Leur production se situe dans le cortex des surrénales. Leur production est réglée par des neuromédiateurs, les glucocorticoides et les endotoxines.

Le cortex préfrontal reçoit les signaux de toutes les régions sensorielles par le thalamus.

L'hypothalamus qui exerce un rôle de régulation transmet des signaux électriques et chimiques à l'hypophyse : des neuromédiateurs sont sécrétés, comme la vasopressine (modulateur de la CRH).

En cas de stress bref, le rétrocontrôle effectué par les glucocorticoides ramènera l'organisme à l'homéostasie. En revanche, en cas de stress prolongé, ce rétrocontrôle ne fonctionnera plus, il y aura accumulation de cytokines pro-inflammatoires, des pertes neuronales sont possibles dans l'hippocampe, etc. D'où installation de la pathologie.

Konrad Lorenz, en 1930. Ce fondateur de l'éthologie moderne mit en évidence la notion de « période sensible » dans le développement de l'attachement mère-enfant.

Pourtant, quasiment 80 ans plus tard, les patientes en souffrance sont malheureusement connues et prises en charge a posteriori, au plus tôt à partir de la période où elles entament la rééducation périnéale, période propice pour nous, les sages-femmes : l'observation de la qualité du lien mère-enfant et de leurs échanges y est aisée, et répétée... Mais la période sensible est alors dépassée, la plupart des patientes démarrant la rééducation périnéale après la visite postnatale, soit au-delà de huit semaines dans le post-partum... Certes, deux « séances postnatales » sont prévues dans cet intervalle de temps, mais seule une minorité des patientes en bénéficient, notamment celles qui auront été dépistées lors de l'entretien prénatal.

Mesure phare du plan de périnatalité de 2005-2007, l'entretien prénatal précoce devrait pallier cette carence. Malheureusement, il est encore peu pratiqué et les fiches de liaison rarement établies par les sages-femmes le pratiquant. L'entretien s'avère pourtant un outil précieux pour orienter les familles et adapter le suivi selon les besoins (en pré, per comme en postnatal).

Une continuité de notre présence, de notre soutien et de notre accompagnement dans la période postnatale immédiate qui est celle de la naissance psychique s'avère très efficace sur le terrain et semble indispensable en terme de prévention. La bonne communication au sein d'un réseau de professionnels doit pouvoir le permettre.

Les mesures de ce plan de périnatalité sont tout de même encourageantes quant à l'évolution de nos pratiques. Toutefois, il ne s'agit pas de limiter notre vision globale des femmes (couples) et de la maternité à ce temps que nous offre l'entretien. Chaque acte pratiqué, chaque contact avec une patiente, un couple, une famille, est l'occasion d'en tenir compte, fonction des circonstances, bien sûr. L'urgence reste l'urgence et elle fait partie de notre quotidien, toutefois, si l'on a conscience des éléments cités ci-dessus, notre attitude s'en trouve généralement modifiée, plus adaptée.

Le stress chronique prénatal constitue un réel facteur de risque prédisposant à la pathologie deux individus, une famille, des générations... La distance entre physiologie et pathologie est étroite, préserver la grossesse à son état physiologique est notre devoir. Ceci n'est pas toujours facile en pratique, certes, en raison de tous les conditionnements évoqués, mais il est de notre ressort de diminuer le stress et surtout de veiller à ne pas le majorer par nos propres conditionnements... S'intéresser au vécu de nos patients de façon précoce semble l'un des meilleurs outils de prévention et concerne l'ensemble des intervenants en obstétrique et non seulement les psychologues ou pédo-psychiatres. Considérer la patiente, le couple et l'enfant dans la globalité nous permettra alors, sans nul doute de réévaluer le taux des maternités réellement physiologiques à la hausse.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- Bergeret-Amselek C., 1996, Le mystère des mères. Paris, Desclée de Brouwer.
- Bernard C, 1878/79, Leçons sur les phénomènes de la vie communs aux animaux et aux végétaux, 2 tomes, Archives.
- Bydlowski M., 2005, La dette de vie. Paris, PUF.
- Cannon W, 1963, The Wisdom of the Body. New York, Norton & Company.
- Cyrulnik B, 1989, Sous le signe du lien. Paris, Hachette.
- Cyrulnik B, 1998, La naissance du sens. Paris, Hachette.
- Cyrulnik B, 2001, L'ensorcellement du monde. Paris, Odile Jacob.
- Chéné, P.A., 2003, Sophrologie - Tome 1 - Fondements et méthodologie. Ellebore, Paris.
- Damasio A., 1997, L'erreur de Descartes. La raison des émotions. Paris, Odile Jacob.
- Damasio A., 2002, Le sentiment même de soi. Paris, Odile Jacob.
- Damasio A., 2008, Spinoza avait raison : joie et tristesse, le cerveau des émotions. Paris, Odile Jacob.
- Delassus, J.M., 2007 (3^e édition), Le sens de la maternité. Paris, Dunod.

- Delassus, J.M., 1998, Devenir mère. Histoire secrète de la maternité. Paris, Dunod.
- Delassus, J.M., 2005, Psychanalyse de la naissance. Paris, Dunod.
- Delassus J.M., 2001, Le génie du fœtus. Paris, Dunod.
- Fort J., 2005, Naissance et fantasme de mort. Paris, L'Harmattan.
- Janssen T., 2006, La solution intérieure. Vers une nouvelle médecine du corps et de l'esprit. Paris, Fayard.
- Lorenz K, 1984, Les Fondements de l'éthologie. Paris, Flammarion.
- Odent M., 2001, L'amour scientifique. Paris, Jouvence.
- Selye H, 1962 (2^e édition en 1975), Le stress de la vie. Paris, Gallimard.
- Selye H, 1973, Du rêve à la découverte. Montréal, Éditions de La Presse.
- Winnicot D.W., 1992, Le bébé et sa mère. Paris, Payot.

Articles

- Ellis L, Peckham W. (1991). « Prenatal stress and handedness among offspring ».
- Pre- & Peri-Natal Psychology Journal, 6(2), 135-144.
- Fride E, Dan Y, Gavish M and Weinstock M Y, « Prenatal stress impairs maternal behavior in a conflict situation and reduces hippocampal benzodiazepine receptors » Life Sciences, Volume 36, Issue 22, 3 June 1985, pp 2103-2109.
- Huizink AC, Robles de Medina PG, Mulder EJH, Visser GHA, Buitelaar JK. « Stress during pregnancy is associated with developmental outcome in infancy ». JChild Psychol Psychiatry. Volume 44, Issue 6, Date: September 2003, Pages: 810-818.
- O'Connor TG, Ben-Schlomo Y, Heron J, Golding J, Adams D, Glover V, « Prenatal Anxiety Predicts Individual Differences in Cortisol in Pre-Adolescent Children », Biol Psychiatry. Volume 58, Issue 3, 1 August 2005, pp 211-217.
- Racamier PC, « La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum », l'Evolution psychiatrique, vol. 26, 1979.
- Van Waes V, Enache M, Dutriez I, Lesage J, Morley-Fletcher S, Vinner E, Lhermitte M, Vieau D, Maccari S, Darnaudéry M, « Hypo-response of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis after an ethanol challenge in prenatally stressed adolescent male rats » European Journal of Neuroscience, Volume 24, Numéro 4, 21 août 2006, pp 1193 - 1200.

Sites internet

- www.iscaga.fr
- www.has.sante.fr
- www.anaes.fr
- www.sante.gouv.fr
- www.ordre-sages-femmes.fr
- www.ameli.fr
- www.caf.fr
- www.perinat-france.org

Divers

- Molénat F. - La collaboration médico-psychologique en périnatalité [Rapport à la DHOS], 2004.
- Van Waes V. « Conséquences d'un stress prénatal sur la vulnérabilité à l'alcool lors de l'adolescence chez le rat ». Thèse soutenue de 4 février 2008, consultable en ligne : http://wcentre.tours.inra.fr/societeneuroendocrino/these_en_Neuroendocrinologie/VanWaes.htm
- La santé de l'homme - N° 391 - Septembre-octobre 2007- Périnatalité et parentalité.