Grossesse et souffrance psychique : un suivi médical élargi et coordonné

Pregnancy and Psychological Distress: A Global, Coordinated, Perinatal Care

F. Molénat

© Lavoisier SAS 2015

Organiser la complexité

Malgré le trouble éprouvé devant toute nouvelle situation obstétricale de souffrance psychique, avec ses inconnues et ses difficultés de communication, un coup de projecteur balayant dix années d'effort collectif éclaire des avancées considérables.

Progressivement, se construisent des stratégies collectives dont l'objectif premier est l'approche maîtrisée de grossesses marquées par le risque de débordement émotionnel, tant pour la future mère, son enfant et son entourage, que pour les équipes médicales et soignantes. Celles-ci en effet ont été, ou sont encore trop souvent confrontées à un sentiment d'impuissance ou de malaise, une appréhension pour l'avenir, quand ce n'est pas le traumatisme d'une décision autoritaire et non anticipée de protection pour l'enfant.

La clé du changement réside, comme pour les grossesses accompagnées d'addiction, d'avancer sur la crête du suivi obstétrical, terrain d'alliance entre le médecin et la femme enceinte, tout en organisant avec prudence les orientations spécialisées qui doivent assurer la sécurité de chacun, et en tout premier celle des équipes sans lesquelles il est vain d'envisager une thérapeutique efficace. Pourquoi prudence ? Simplement du fait que le trouble psychique atteint profondément l'image de soi et le rapport aux autres. Il devient délicat de manier des propositions psychiatriques et/ou sociales évidentes pour le médecin, mais chargées de peurs multiples chez la patiente. La clinique prospective nous révèle régulièrement le silence d'une femme enceinte qui craint de relier l'enfant à venir à son mal-être actuel ou passé, et cloisonne les deux registres professionnels, jusqu'à la décompensation ou le trouble de l'attachement qui n'auront pu être anticipés.

La question de l'alliance entre future mère et praticien de la grossesse devient ainsi la colonne vertébrale d'une organisation de soins rigoureuse, d'abord obstétricale, puis psy-

chiatrice et sociale, où chacun peut occuper sa place, et tout particulièrement ceux restés longtemps dans l'ombre des protocoles obstétricaux : les médecins traitants, souvent personnages de confiance et responsables thérapeutiques, ou psychiatres qui pourraient être sollicités dès que possible, en première ou deuxième ligne, si possible avant l'urgence. Plus aisée, parfois seule recevable au départ, la proposition d'un suivi obstétrical ajusté aux besoins exprimés, enrichi d'une surveillance spécifique « *pour que l'enfant arrive dans les meilleures conditions possibles* » a fait ses preuves grâce à l'expérience répétée de revue de dossiers complexes, de la grossesse à la petite enfance. Elle avait déjà transformé la dynamique autour des questions d'addictions de toutes sortes. Les mêmes principes s'appliquent, même s'il s'y ajoute une difficulté de relation aggravée par la nature même du trouble psychiatrique, selon ses variantes symptomatiques.

L'ancrage du suivi global sur la prise en charge médicale, obstétricopédiatrique, coordonnée avec le réseau de proximité de la patiente, constitue un changement dans les habitudes de chaque discipline, et une intégration rigoureuse de tous les facteurs de risque en jeu : impact des psychotropes sur l'état maternel et fœtal, risques d'un arrêt intempestif du traitement, anticipation des étapes sensibles, tant pour la femme et son conjoint que pour les professionnels, prévision d'un ajustement thérapeutique pour le post-partum, organisation des consultations spécialisées au rythme supporté par la famille, mise à plat d'éventuelles divergences d'avis. Les nouveaux « outils » d'accompagnement interdisciplinaire existent, leur utilisation nécessite l'apprentissage répété au travers d'analyses de dossiers avec l'ensemble des acteurs concernés et dans la continuité des étapes. L'effort de créer une première alliance avec le médecin, la sage-femme, l'échographiste, a montré son efficacité dans les situations d'addiction. Par contre, la connaissance précise du diagnostic psychiatrique, ou simplement la détection d'une souffrance psychique qui ne se dit pas d'emblée, place le professionnel de la grossesse face à de nouvelles questions : comment dire ce que l'on suspecte sans faire fuir, comment se relier au spécialiste du psychisme peu enclin parfois à se

F. Molénat (✉)

Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement, Société francophone de psychologie périnatale
e-mail : afree@afree.asso.fr

relier activement à l'équipe obstétricale, et surtout comment potentialiser les effets sécurisants d'une prise en charge médicale centrée sur le positif d'un enfant à naître « comme pour toutes les femmes » ?

Une évolution nécessaire des pratiques dans toutes les disciplines

Tous les cas de figure n'entrent pas – loin de là – dans le schéma « idéal » d'un suivi psychiatrique stabilisé qui se coordonnerait à celui de la grossesse. La pathologie psychique induit par elle-même des peurs, des évitements, tant chez la future mère que chez ceux qui aideront à la mise au monde de l'enfant. Dans les cas difficiles, l'élaboration d'un projet de protection relèvera d'une anticipation rigoureuse avec les acteurs concernés, tout en respectant à tout prix la bienveillance qui permettra au couple de rester actif, et si possible partenaire d'un tel projet. Dispositifs pilotes et nouveaux concepts ont fait leurs preuves : consultation préconceptionnelle, entretien prénatal précoce, suivi médical ajusté, fonction de coordination, consultation anténatale du pédiatre, staff centré sur le fil obstétricopédiatrique, personnalisation des liaisons. Il reste à décliner les rythmes de stratégies intégratives dont témoigneront les auteurs de ce dossier. À la lecture des textes, on est frappé par la rigueur dans le développement de stratégies qui mêlent précocité, anticipation, coordination, continuité, différenciation et harmonisation des rôles, toutes fondées sur un partenariat avec la femme

enceinte, son conjoint, son entourage personnel selon les cas.

L'intervention des praticiens du psychisme est fortement sollicitée, même et surtout lorsque la femme y est réticente, dans ce cas en deuxième ligne, puis en consultation à partir de la confiance établie avec l'obstétricien ou la sage-femme. Les modalités d'intervention respective du psychologue, du psychiatre d'enfants ou d'adultes, ne sont pas encore stabilisées. Elles doivent tenir compte des contextes et spécificités de chaque terrain, en espérant que s'atténueront les frottements encore trop fréquents entre les tenants de la discipline « psy ».

Les situations de grossesse accompagnées de psychopathologie dans ses formes variées font désormais partie des « grossesses à risque », c'est-à-dire relevant d'un suivi ciblé qui intègre l'ensemble des composantes intervenant dans le développement ultérieur de l'enfant. La qualité des collaborations entre les services concernés, au rythme du suivi obstétrical, et dans la continuité, est à l'évidence le pilier de l'efficacité, tant pour la femme elle-même que pour la construction des liens parents-enfant quelles qu'en soient leurs modalités. Encore plus qu'avec d'autres problématiques, la cohérence des soins et la sécurité des équipes font partie des éléments thérapeutiques, la perméabilité psychique des femmes vulnérables donnant aux interrelations un impact démultiplié mais difficile à décoder dans l'instant. La connaissance, par les acteurs de la période périnatale, de l'évolution familiale ultérieure constitue à l'heure actuelle un précieux outil d'évaluation des pratiques innovantes.