

UNIVERSITE DE NANTES

UFR DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2005

N°1

MAP SEVERE : COOPERATION
SOIGNANTS / PSYCHOLOGUE
AU CHU DE NANTES

Elodie BACLET

Directeur de mémoire : Madame Line PETIT

Promotion 2001-2005

Table des matières

Avertissement au lecteur : abréviations utilisées	4
Introduction	5
1 – De la grossesse normale à la grossesse pathologique	7
1.1 – La naissance d’une mère	7
1.1.1 – Au premier trimestre	7
1.1.2 – Au deuxième trimestre	8
1.1.3 – Au dernier trimestre	10
1.2 – La Menace d’Accouchement Prématuro sévère et ses bouleversements	11
1.2.1 – Définition	11
1.2.2 – Epidémiologie en Loire-Atlantique.....	12
1.2.3 – L’hospitalisation pour MAP.....	13
1.2.4 – Les conséquences psychologiques : de la physiologie à la pathologie	14
2 – Le vécu des femmes	17
2.1 – Pourquoi une étude par entretiens ?	17
2.2 – Objectifs de l’étude	17
2.3 – Hypothèses de l’étude	17
2.4 – Réalisation et méthodologie de l’étude par entretiens	18
2.5 – Limites des entretiens.....	18
2.6 – Analyse des entretiens.....	18
2.7 – Conclusions	28
3 – Le vécu du monde médical.....	29
3.1 – L’enquête par questionnaire.....	29
3.2 – Objectifs de l’enquête.....	29
3.3 – Hypothèses de l’enquête.....	29
3.4 – Réalisation et méthodologie de l’enquête par questionnaire.....	29
3.5 – Limites des questionnaires d’enquête	31
3.6 – Analyse des questionnaires	32
3.6.1 – Données générales d’orientation	32
3.6.2 – Incidence de son propre vécu par rapport à la profession	34

3.6.3 – Rôle de la psychologie en maternité	35
3.6.4 – Coopération sage-femme / psychologue, ou médecin / psychologue, au sein du service de grossesses pathologiques.....	43
3.6.5 – Conclusions	45
4 – La coopération est nécessaire : penser ensemble	46
4.1 – Constatations sur un travail en équipe.....	46
4.2 – Les mesures et façons de faire déjà existantes	47
4.2.1 – Rapports et missions de périnatalité.....	47
4.2.2 – Collaboration interprofessionnelle autour des parents et du bébé.....	48
4.2.3 – Expérience du CHR de Lille	49
4.3 – Les suggestions pour le CHU de Nantes.....	50
Conclusion.....	53

Avertissement au lecteur : abréviations utilisées

MAP : Menace d'Accouchement Préaturée

MAP sévère : MAP diagnostiquée avant le terme de 32 SA

SA : Semaines d'Aménorrhée

ERCF : Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal

FIV – ICSI : Fécondation In Vitro – avec Injection Intra-Cytoplasmique de Spermatozoïdes
(ou microinjection)

PU-PH : Professeur Universitaire – Praticien Hospitalier

CAMSP : Centre d'Action Médico - Social Précoce (accueillant les enfants de la naissance à six ans)

Introduction

En 2001, le programme des études des écoles de sages-femmes a changé [1]. Trois axes ont été développés par rapport aux années précédentes :

- un renforcement de l'enseignement de l'obstétrique, de la gynécologie, de la pédiatrie, et en particulier de la néonatalogie,
- une acquisition d'outils méthodologiques pour la recherche (anglais médical, informatique),
- un élargissement à l'enseignement des sciences humaines.

Les études suivies dans le cadre de ce dernier point permettent aux élèves de mieux appréhender la complexité et la fragilité, sur le plan psychologique, d'une simple grossesse physiologique.

Et lorsque cette grossesse devient pathologique, avec une Menace d'Accouchement Prétermaturé sévère (MAP sévère) en particulier, ces phénomènes sont accentués et l'hospitalisation, nécessaire dans ce cas, crée un traumatisme supplémentaire. Dans cette situation, les femmes soumises à cette pathologie ont encore plus besoin d'une assistance psychologique qui peut être assurée bien sûr par un psychologue mais aussi par les soignants.

Quelles sont les attitudes des sages-femmes et autres soignants en contact direct et permanent avec ces femmes "en détresse psychologique" ? Comment essayent-ils de les comprendre, de les aider au mieux ? Où se place la psychologue dans cette prise en charge ? Quel est son rôle ? Quelle est la coopération entre tous ?

C'est le sujet de ce mémoire.

La méthode retenue pour cette étude est :

- un rappel sur l'évolution de la psychologie des femmes enceintes tout au long de la grossesse et de l'impact de la déclaration d'une MAP sévère sur ce processus.
- une analyse du vécu de femmes ayant subi cette pathologie au CHU de Nantes, recueilli à travers une série d'entretiens.
- une analyse du vécu des soignants (sages-femmes, médecins, internes) travaillant au contact de ces femmes au CHU de Nantes, par le biais d'une enquête par questionnaire.
- une recherche dans la littérature sur les équipes pluridisciplinaires intégrant des psychologues et une prise d'informations sur les relations entre soignants et psychologues au CHR de Lille.

Après examen de toutes ces données, des conclusions en sont tirées, dégagent les idées directrices en formulant quelques propositions d'amélioration qui peuvent être mises en œuvre en périnatalité au CHU de Nantes.

1 – De la grossesse normale à la grossesse pathologique

1.1 – La naissance d'une mère

Devenir mère est un long processus. Il faut passer par différentes étapes, aussi bien physiques que psychiques, indissociables les unes des autres. « Une mère doit naître psychologiquement tout autant que son bébé naît physiquement. » [2].

1.1.1 – Au premier trimestre

Le premier trimestre de la grossesse, c'est le début d'une aventure. En plus d'un enfant qui grandit dans l'utérus, un bébé imaginaire prend forme dans l'esprit et une identité maternelle se développe dans l'inconscient. Cela ressemble à la communion de trois grossesses en une seule.

Des changements physiques vont accompagner ce parcours initiatique. Ils surviennent le plus souvent au début du deuxième mois. Ils sont appelés les signes "sympathiques" de la grossesse. Leurs principales manifestations sont :

- les bouffées de chaleur, sensation classique due au fonctionnement plus intensif des glandes sudoripares ;
- les envies fréquentes d'uriner, dues à l'afflux sanguin et au basculement de l'utérus ;
- les seins douloureux, plus volumineux et hypersensibles sous l'effet des oestrogènes ;
- le pyrosis et les reflux, le sphincter oesophagien devenant plus hypotonique ;
- les céphalées, attribuées à des variations de la pression artérielle en raison des modifications de la circulation sanguine ;

- l'hypersialorrhée, fort désagréable mais rarement pathologique ;
- les démangeaisons, ou prurit gestationnis, dues à l'incidence des hormones nécessaires à la grossesse sur le foie.

Si les évolutions morphologiques maternelles (développement du ventre, des seins) vont continuer jusqu'au terme de la grossesse, fort heureusement certains de ces signes "sympathiques" vont disparaître [3].

La fin du troisième mois est souvent le moment choisi par la mère pour annoncer sa grossesse à son entourage : parce que l'équilibre est trouvé entre l'excitation de la grossesse et la peur de perdre le bébé ; parce que son futur enfant est vivant, le médecin ou la sage-femme le lui a confirmé en signant la déclaration de grossesse ; parce que l'échographe lui a démontré à l'échographie de 12 SA, qu'il y avait une activité cardiaque de l'embryon. C'est à cette même période que, l'embryogénèse finie, ce dernier devient fœtus.

C'est alors que le processus de l'enfant imaginaire va prendre son plein essor. L'enfant en création a en réalité déjà une histoire qui n'a pas forcément commencé qu'à la conception ; il a été projeté inconsciemment dès l'adolescence de ses parents dans leur esprit respectif. « Un bébé seul, ça n'existe pas. » [4]. Tout au long de la grossesse, il ne va cesser de prendre de l'ampleur à partir des désirs des futurs parents, et notamment ceux de la future mère. Il ne sera un nouveau-né "réel" que le jour de sa naissance. Jusque là, il faut parler de bébé imaginaire.

1.1.2 – Au deuxième trimestre

Les semaines passant, la hauteur utérine augmente de plus en plus, la démarche devient différente, prend une autre grâce. Au statut de femme se substitue celui de mère.

C'est la période de plénitude pour la future maman : l'inquiétude de la fausse-couche a disparu, l'angoisse de la naissance est encore loin. La communication materno-fœtale s'élabore. Les mouvements rassurants du fœtus commencent à être ressentis ; le premier restera mémorable à tout jamais. Les coups de pieds ou de n'importe quelle autre partie du

corps fœtal, notamment en réaction aux bruits extérieurs ou à la reconnaissance des voix maternelle et paternelle, sont de plus en plus sensibles et fréquents.

Le quatrième mois est synonyme de préparation à la naissance : psychoprophylaxie obstétricale, sophrologie, yoga, haptonomie, piscine, voire acupuncture sont parmi les plus pratiqués. Néanmoins, « Aucune préparation à la naissance ne doit être qualifiée de « meilleure » ou de « plus adaptée » qu'une autre. Chacune d'elles propose une méthode différente ; tantôt plus axée sur la pratique corporelle, tantôt davantage orientée sur le travail psychique, s'appuyant sur une pédagogie directive et des cours essentiellement didactiques ou, au contraire, privilégiant l'expression du groupe. » [5]. A la future maman de trouver ce qui lui correspond le mieux. Pour la guider, il y a une sage-femme. Mais la femme doit être la seule à vivre sa grossesse. Sa préparation à l'accouchement doit être le reflet de la manière dont elle veut accueillir son enfant.

Seulement quarante-sept pour cent des femmes enceintes suivent une préparation à la naissance, principalement des primipares. Dans le nouveau plan de périnatalité de 2004 [6], ce chiffre a conduit à l'introduction d'une proposition systématique aux futurs parents d'un entretien individuel et/ou en couple au quatrième mois afin de préparer avec eux la venue au monde de leur enfant. « Il doit être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux : questions sur elle-même, sur les modifications de son corps, sur son environnement affectif, sur sa vie professionnelle, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille ». Cette consultation se déroule sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance, et est accompagnée de recommandations de bonnes pratiques en matière de préparation à la naissance (à rendre publiques courant 2005).

Le couple ému peut également commencer à observer les premiers mouvements visibles de bébé. Tout ce qui n'était qu'imaginaire se concrétise un peu. Le père, "exclu" de l'aventure depuis son commencement, peut enfin comprendre toutes ces sensations - si difficiles à décrire avec des mots par la future mère - et trouver sa place dans ce binôme. Malgré cette approche du bébé réel qui s'affine grâce aux images échographiques, le portrait de l'enfant imaginaire est toujours présent dans le psychisme maternel. « Au cours du quatrième mois, l'expérience réelle va donner corps au bébé imaginaire, et ce grâce à l'échographie. » [2].

Enfin, le terme de 22 SA signe le passage à la viabilité du fœtus. Il fait partie de la famille. Quoi qu'il arrive, il sera reconnu socialement en étant obligatoirement déclaré à l'Etat civil, donc inscrit sur le livret familial. Le droit français, faut-il le rappeler, fixe en effet deux conditions pour accéder à la vie juridique : être né vivant et être né viable. Est né vivant « l'enfant qui a eu une activité cardiaque. En pratique, elle est faite par la constatation visuelle de secousses respiratoires ou « hoquets » ». Est né viable un enfant né au terme de 22 SA ou avec un poids de cinq cent grammes, conformément au consensus accepté dans la circulaire du 22 juillet 1993 [7], réaffirmé dans la circulaire du 30 novembre 2001 [8].

1.1.3 – Au dernier trimestre

Les mois passant, le désir d'enfant grandit et devient réalité pour le futur père. La future mère, elle, s'initie à l'art de l'enfantement en poursuivant ses cours de préparation à l'accouchement, qui allient entraînement physique – par des séances de respiration et d'étirements entre autres – et préparation psychologique. Cette préparation est facilitée par les congés de maternité, qui donnent plus de temps à la future maman et lui permettent de parachever son bébé imaginaire, qui atteint alors sans doute son degré d'élaboration maximal.

La femme peut mieux prendre soin d'elle, veiller à son poids, soigner son corps, soulager par quelques mouvements les désagréments des jambes lourdes et des lombalgies, ou encore se reposer de toutes les nuits blanches de plus en plus fréquentes. Au huitième mois de grossesse, il est encore trop tôt pour accoucher, et pour cela, la principale règle à respecter, c'est un repos maximum.

Le ventre ne peut plus passer inaperçu, et incite à arrêter le choix du prénom. Le bébé imaginaire commence à laisser place au futur enfant réel. « Au lieu que le portrait soit davantage affiné, c'est presque l'inverse qui se produit. Elle (*la mère*) laisse son image s'effacer et, en un sens, commence à déconstruire et à oublier ce bébé imaginaire. » [2]. Sans pour autant disparaître entièrement, ce bébé imaginaire laisse simplement la place aux rêveries.

Arrive le neuvième mois. Le terme de la grossesse approche. C'est un moment d'ambiguïté pour la nouvelle maman : pressée d'en finir mais inquiète, excitée mais fatiguée de ce ventre "envahissant" ou de ce sommeil perdu faute de mauvaises positions. Pendant neuf mois, l'imagination de la femme a été sans cesse occupée à nourrir des espoirs, des rêves, des peurs et des fantasmes autour de l'identité de son bébé, de sa future identité de mère. Tout ce parcours a été un travail de préparation essentiel à l'émergence de l'identité maternelle. Les angoisses qui peuvent ressurgir lors de l'accouchement sont en général vite atténuées par la vision de ce nouveau-né attendu. « C'est l'instant délicieux de la première rencontre, l'enfant placé sur le ventre de sa mère. » [3].

Neuf mois sont nécessaires pour en arriver à cette construction, succession de lentes évolutions, de prises de conscience progressives, et sans qu'aucun de ces changements ait pu être accéléré ou forcé par une quelconque volonté.

1.2 – La Menace d'Accouchement Prématuro sévère et ses bouleversements

1.2.1 – Définition

Il n'y a pas de Menace d'Accouchement Prématuro, il n'y a que des accouchements prématurés, même si une MAP conduit à une naissance prématurée dans 50% des cas [9]. La symptomatologie de la MAP en obstétrique s'appuie sur l'existence des signes simultanés suivants : au moins une contraction utérine par dix minutes, et une modification avérée du col utérin, ces signes survenant entre 22 SA et 36 SA révolues [10].

Une MAP est dite sévère lorsqu'elle survient avant 32 SA. En effet, la prématurité est divisée schématiquement en trois groupes :

- moyenne prématurité entre 32 SA et 37 SA (80% de la prématurité)
- grande prématurité entre 28 SA et 32 SA

- très grande prématurité entre 24 SA et 28 SA

La naissance prématurée est la cause la plus importante de mortalité et de morbidité périnatales : plus de 60% des décès périnataux et 50% des séquelles neurologiques néonatales concernent des accouchements survenant avant 32 SA.

Deux types d'accouchements prématurés sont distingués, correspondant à :

- une prématurité provoquée ou consentie, due à une extraction fœtale volontaire indiquée par les obstétriciens pour sauvetage maternel et/ou fœtal
- une prématurité spontanée dont la diminution est un véritable enjeu de santé publique.

1.2.2 – Epidémiologie en Loire-Atlantique

Des chiffres et des rapports ont été publiés sur le nombre de MAP en Pays de la Loire en 2002 et en 2003 [11]. Cependant, leurs données restent imprécises sur l'occurrence des termes, ce qui ne nous permet pas d'y isoler les MAP sévères, et nous fait comptabiliser ci-dessous toutes les MAP jusqu'à 37 SA.

Hospitalisations pour MAP en Pays de la Loire :

	Dans les 26 maternités régionales (niveaux I + II + III)		Dans les maternités de niveau III	
	2002	2003	2002	2003
Nombre d'accouchements	43104	43060	10458	10513
Nombre de MAP recensées	327	248	169	119
Taux MAP / Accouchements	0,76 %	0,58 %	1,62 %	1,13 %
Equivalent en nombre de MAP pour 1000 accouchements	~ 7 à 8 MAP	~ 6 MAP	~ 16 MAP	~ 11 MAP

Ces chiffres montrent que la MAP reste d'assez faible fréquence, et que sa prévalence augmente fortement dans les niveaux III, ce qui correspond au plan de périnatalité de 1994 [12] et à ses applications par les décrets de 1998 [13], conduisant à une régionalisation des soins.

(N.B. : le doute persiste quant à savoir si l'accouchement a été prématuré ou non).

La diminution en 2003 des taux de MAP, même si elle ne fait pas encore l'objet d'une conclusion significative, pourrait correspondre à l'application éventuelle de nouvelles pratiques de prévention.

1.2.3 – L'hospitalisation pour MAP

Toute MAP sévère nécessite une hospitalisation en centre de médecine périnatale de niveau III pour une prise en charge néonatale adaptée. Si la maternité d'origine de la patiente

n'est pas un niveau III, un transfert in utéro est nécessaire. Cette prise en charge via les transferts in utéro est une mesure concrète de la régionalisation des soins périnataux.

En effet, des réseaux de soins régionaux ont été institués suite au plan de périnatalité de 1994. En Pays de la Loire, le réseau régional se nomme « Réseau Sécurité Naissance » et comptabilise 26 maternités (3 maternités de niveau III, huit de niveau II et quinze de niveau I y sont répertoriées en 2003). Ce « Réseau Sécurité Naissance » uniformise aussi les pratiques par l'instauration de protocoles, présentés chaque année lors de ses « Journées Scientifiques ».

La prise en charge d'une MAP dans le centre de niveau III comprend :

- le traitement systématique de toute infection maternelle, première cause de MAP ;
- l'instauration d'un protocole tocolytique, dans le but d'inhiber les contractions utérines pendant 48 heures ;
- une corticothérapie prénatale (si le terme est inférieur à 34 SA uniquement), diminuant les risques néonataux de détresse respiratoire, d'hémorragie intraventriculaire, d'entéocolite nécrosante et de mortalité néonatale ;
- une surveillance materno-fœtale de l'efficacité et de la tolérance du traitement par un suivi clinique et paraclinique avec notamment enregistrements du rythme cardiaque fœtal et échographies régulières du col utérin.

La durée de l'hospitalisation n'est pas fixée d'avance : elle dépend du bien-être fœtal et de la stabilité de la MAP. L'objectif implicite est bien évidemment de prolonger la grossesse le plus longtemps possible. Cette hospitalisation est ressentie comme très pénible pour toutes.

1.2.4 – Les conséquences psychologiques : de la physiologie à la pathologie

« La femme enceinte, neuf mois durant, vit dans son corps des événements intenses. A certains d'entre eux, le médecin connaît des explications. A d'autres, il n'en a aucune. » [14].

Le professeur Frydman évoque ici « le mystère de la vie », vie qui peut être menacée à tout moment de la grossesse. C'est ce qui arrive lors d'une MAP. La grossesse change de nom, n'appartient plus au domaine de la physiologie – mise entre parenthèse jusqu'à un terme plus avancé – mais à celui de la pathologie. « Désormais, les médecins veillent et surveillent, et le risque pour la mère et pour l'enfant est trop grave, en cas d'accouchement prématuré, pour ne pas prendre toutes les précautions qui s'imposent. » [14]. C'est alors à eux de prévenir des grandes conséquences psychologiques sur la mère.

Lorsque la MAP est sévère, l'hospitalisation s'impose, vécue différemment selon les femmes : « parfois comme un soulagement, parfois au contraire avec culpabilité par celles qui supportent mal d'abandonner leur foyer et leurs responsabilités, surtout si la maternité où elles se retrouvent est très éloignée de leur domicile et des leurs. » [14]. Ces deux réactions résultent de scénarios opposés :

- Soit la patiente a ressenti des contractions inhabituelles et s'est présentée d'elle-même au médecin, et « dominant alors l'angoisse et l'appel à l'aide de la part d'une femme qui redoutait le pire. » [15]. L'hôpital représente souvent dans ce cas un endroit sécuritaire qui suffit à l'apaiser.
- Soit la patiente n'a ressenti aucune contraction ni aucun autre signe de "menace", et le diagnostic prend un aspect brutal, lors d'un examen de suivi de grossesse théoriquement anodin. La femme réagit alors « par un effondrement psychique » [15] accompagné d'une très forte culpabilité. Ne s'être aperçu de rien fait d'elle une mauvaise mère, alors que son enfant n'est même pas encore né.

De nombreux auteurs se sont intéressés aux étapes psychiques indispensables permettant à une femme de devenir mère, et à leur perturbation en cas de MAP, à commencer par Luc Roegiers dans *La grossesse incertaine* : « Le corps et le psychisme de la mère et de l'enfant sont solidaires dans l'aventure de la grossesse ; tout incident retentit inévitablement sur l'un et sur l'autre. » [16]. Il y rappelle aussi « qu'un faisceau de fragilités peut déterminer une MAP. Cette situation associée aux injonctions du médecin donne à l'attente la tonalité de l'angoisse, à l'immobilisation le vécu d'une pénible contrainte, à la « confection » de l'enfant le goût amer de l'échec. » La grossesse est chargée d'ambivalences, et la MAP vient renforcer

les visions négatives. Les rêveries de la grossesse deviennent cauchemars, la vie résonne comme la mort, la joie des préparatifs de la naissance fait place au désir d'une non précipitation de l'événement. Les soignants se doivent donc de redonner forces et confort à la femme en détresse afin de remédier à ces attitudes négatives pour rebasculer vers des attitudes plus positives.

Monique Bydlowski, quant à elle, observe dans *La dette de vie* [17] que « le fœtus reste un reflet de l'inconscient ou du "préconscient maternel" », mais aussi un secret rempli de fantasmes et d'érotisme. Annihiler ces fantasmes revient pour la future mère à rejeter l'enfant qu'elle porte. Il est absolument nécessaire qu'elle les accepte et qu'elle les exprime pour pouvoir devenir mère ; si elle ne le fait pas, les soignants doivent l'aider à le faire.

Daniel Stern encourage, pour sa part, la femme à se "parentaliser" via le processus d'attachement, qui « commence pendant la grossesse avec les pensées et les rêves de la mère autour de son bébé. » [2]. Cette mère s'engage émotionnellement et authentiquement avec l'enfant - idée très proche de la "préoccupation maternelle primaire" de Winnicott - tout en transformant son identité propre avec le passage de fille à mère, de femme à parent. Ce processus de rêveries est entravé par la MAP. Dans ce cas aussi, les soignants doivent aider la mère à retrouver les moyens de rêver.

Ces fantasmes et ces rêveries émergent habituellement les trois derniers mois de la grossesse, c'est-à-dire après l'annonce et l'hospitalisation pour MAP sévère. En effet, le fœtus n'est investi véritablement qu'à partir du quatrième ou cinquième mois, moment où toute interruption de grossesse se solde par un travail de deuil. Stoppés par une MAP, ces processus de fantasmes et de rêveries doivent être réactivés pour les femmes hospitalisées, au plus tard à 32 SA.

Dans ce long cheminement psychologique, une chose est sûre et c'est ce que souligne Chantal Birman dans son recueil *Au monde* : « Une mère à terme ne peut pas être une mère pour un prématuré. Ce qui n'est pas mûr chez l'enfant ne l'est pas plus chez la mère et c'est pour cette raison que ces deux-là sont faits l'un pour l'autre. » [18].

2 – Le vécu des femmes

2.1 – Pourquoi une étude par entretiens ?

Dans ce mémoire, laisser la parole aux femmes hospitalisées ou ayant été hospitalisées va de soi : elles sont les premières concernées quand survient la pathologie. C'est un moment déterminant qui marquera vraisemblablement le cours de leur vie de mère. Il est donc normal de s'intéresser à leur ressenti à l'annonce de ce bouleversement, durant l'hospitalisation et comment elles envisagent l'avenir.

La méthode par entretien a été choisie pour ouvrir les possibilités de réponses et l'éventail des sujets abordés. « L'enquête par entretien est une technique qui s'impose lorsque l'on veut aborder certaines questions, et une démarche qui soumet le questionnement à la rencontre, au lieu de le fixer d'avance. » [19].

2.2 – Objectifs de l'étude

Les entretiens réalisés avaient pour but :

- D'identifier le vécu et le ressenti des femmes ayant eu une MAP sévère avant sa survenue, à l'annonce de la MAP, pendant leur hospitalisation, et dans leurs relations avec les différents intervenants médicaux ou paramédicaux.
- De rapporter les opinions de ces femmes aux théories développées et rappelées dans le chapitre précédent.

2.3 – Hypothèses de l'étude

Avant les entretiens, les hypothèses étaient :

- Les patientes ont un vécu différent lié à la personnalité de chacune et à la singularité de chaque situation de MAP sévère.

- Les principes théoriques développés se retrouvent a priori dans les témoignages.

2.4 – Réalisation et méthodologie de l'étude par entretiens

Quatre entretiens ont été réalisés, entre le 27 octobre 2004 et le 21 janvier 2005. Deux femmes étaient encore hospitalisées, les deux autres avaient accouché l'une depuis près d'un an, l'autre depuis un mois. Chaque entretien a été enregistré sur un dictaphone, afin de pouvoir les citer. Aucune durée n'a été imposée. La durée des entretiens est comprise entre 35 minutes et une heure trente. Ils ont été réalisés soit dans leur chambre d'hôpital, soit à leur domicile. Pour l'un d'entre eux, la rencontre a eu lieu en soins intensifs de néonatalogie où l'enfant était encore hospitalisé. Pour pouvoir comparer leurs paroles, une grille d'entretien semi directive [Annexe 1] a été utilisée.

2.5 – Limites des entretiens

Quatre entretiens ont été recueillis.

Toutes les femmes interrogées avaient rencontré au moins une fois la psychologue du service. Il n'y a donc pas d'information sur les éventuelles raisons de ne pas rencontrer un psychologue.

Des questions peuvent manquer d'approfondissement, les entretiens ayant été pratiqués en une seule passe.

2.6 – Analyse des entretiens

Dans cette partie, nous allons analyser les propos recueillis. Pour faciliter la compréhension, commençons par une présentation des quatre femmes interrogées :

- Madame A., 29 ans, secrétaire, mariée, encore hospitalisée lors de l'entretien. C'est une première grossesse. Rien de particulier à signaler dans ses antécédents. Elle a été hospitalisée à 24 SA + 3 jours ; nous sommes à 31 SA + 1 jour lors de l'entretien. Elle se trouve donc à J47 de séjour d'hospitalisation.

- Madame B., 31 ans, secrétaire, en concubinage, encore hospitalisée lors de l'entretien. C'est une seconde grossesse, après un premier accouchement prématuré à 27 SA + 3 jours sans hospitalisation préalable (à ce jour, l'enfant va bien et a actuellement 2 ans et demi). Elle présenterait un DES syndrome. Elle a été hospitalisée à 22 SA ; nous sommes à 29 SA + 1 jour lors de l'entretien. Par conséquent, elle est à J50.
- Madame C., 35 ans, sans emploi, mariée, accouchée lors de l'entretien depuis 11 mois. C'était une première grossesse, gémellaire, après FIV – ICSI. Un diagnostic d'une obstruction tubaire due à une infection par Chlamydiae avait été établi. Elle a été hospitalisée à 23 SA + 3 jours et a accouché à 34 SA + 2 jours. Elle a été hospitalisée pendant 74 jours.
- Madame D., 40 ans, responsable qualité, vivant seule, accouchée lors de l'entretien depuis un mois. C'était une première grossesse. Sa sœur a fait trois MAP après 34 SA sans aucune étiologie retrouvée (tous les enfants vont bien mais pesaient moins de deux kilogrammes à leur naissance). Elle a été hospitalisée à 28 SA et a accouché à 29 SA + 5 jours. Elle était encore hospitalisée, d'où un temps d'hospitalisation de 12 jours.

Ces présentations faites, comparons les attitudes et les propos de chacune, par thèmes.

➤ Le soutien familial :

Trois d'entre elles disent avoir eu un très bon soutien familial, important dans les moments comme cela. « Le cocon familial est fort, d'autant plus dans ces moments là. »

La quatrième, Mme C., a expliqué être seule mais par choix. « Je ne voulais personne. Pour leur dire quoi ? J'ai une famille très dispersée. On n'est pas très famille. Il y a tout de même la mère de mon mari qui est venue me voir deux fois, mais ça me mettait mal à l'aise. Je ne savais pas quoi lui dire. »

➤ Le vécu de la grossesse avant l'incident de la MAP :

Toutes les quatre vivaient bien, avaient une grossesse « normale ». On n'imagine jamais "le pire", même l'ayant déjà vécu une fois. Mme B nous décrit son état d'esprit : « Je vivais sans crainte, parce que je n'avais rien du tout. Je n'avais pas de contraction, il n'y avait vraiment aucun signe avant coureur. Non, pour moi, c'était une grossesse normale, qui allait forcément bien se passer. »

➤ A l'annonce de l'hospitalisation :

Deux types de réaction sont décrits :

- Pour trois d'entre elles, il s'agit d'une catastrophe. Mme A nous confie : « On avait vraiment l'impression que le monde s'écroulait autour de nous ».
- Pour Mme B. (seconde grossesse après un premier accouchement prématuré), elle dit avoir eu le pressentiment de l'hospitalisation. « Je le pressentais. Ça a été dur à accepter mais je m'y attendais plus ou moins. »

Pour toutes les quatre, l'annonce a été un moment brutal. Mme D nous le confirme par ces propos : « Un drame. Ça a été très dur pour moi. On ne s'y attend pas. Moi, je pensais accoucher à terme, je m'en étais persuadée. Donc le fait d'être hospitalisée à 28 SA, moralement, ce n'est pas évident. Vous arrivez pour une consultation, vous ressortez avec une hospitalisation. »

➤ Le vécu pendant l'hospitalisation :

- Solitude, isolement ?

Elles sont toutes d'accord pour dire ne pas avoir souffert de la solitude pendant l'hospitalisation. Ou sinon, cette solitude était volontaire.

Mme A nous raconte : « Non, parce que ça a été tellement vite, au niveau de tout ... Dès le lendemain, il y a eu la famille, la pédiatre, la psychologue ; c'est vrai que tout le monde s'est jeté sur nous. C'est vrai, je n'ai donc pas ressenti de solitude. » Sa famille était près d'elle pendant tout le temps de son séjour, et dès le début comme

elle nous le fait remarquer. De plus, elle s'est sentie prise en charge immédiatement. Elle n'était donc pas seule face à sa pathologie.

- Vécu d'être différentes des autres ?

« Non » revient quatre fois, sans véritablement d'explications.

- Culpabilité ?

Chez ces quatre femmes, une seule, Mme A., dit en souffrir « un petit peu », tout en rajoutant que cela a disparu après lui avoir fait comprendre qu'elle n'y était pour rien. « Un petit peu, parce que, vu que c'était ma première, je ne savais pas ce qu'étaient des contractions. Quand ils me l'ont expliqué, je me suis dit que j'aurais dû m'en rendre compte avant. Pour moi, elle bougeait, c'était normal. Mais après, on m'a bien expliqué, et fait comprendre que je n'y étais pour rien. »

Mme D. ajoute que le terme le plus approprié serait « plutôt angoissée », alors que « la culpabilité, beaucoup le disent, mais je ne le pense pas ».

- Honte ?

Cette sensation n'a été ressentie chez aucune des femmes interviewées.

- Pour les quatre points ci-dessus, les réponses obtenues sont contraires à l'attente que l'on pouvait en avoir, au vu des textes et des croyances établies sur ces sujets.

- Place de l'enfant ?

Toutes reconnaissent que l'enfant est leur meilleure aide.

L'une d'elle, Mme A, nous commente que « dans l'hospitalisation, il m'aide énormément. Il n'y aurait pas de bébé, je crois que je serais en dépression, je serais tout le temps avec mon mouchoir en train de pleurer. Alors qu'au contraire, pour la petite, il faut que je tienne. C'est une motivation incroyable.»

- Résumé de cette hospitalisation ?

Mme D. l'exprime très bien. « On ne s'y est pas préparée, on a la vie qui continue normalement et puis il faut tout arrêter. Ce n'est pas de la culpabilité, ce n'est pas de la solitude... On est dans un petit cocon, et ce qu'on met neuf mois à préparer dans sa tête, tout doit être arrêté pour rentrer dans le vif du sujet. On nous met face à nos responsabilités subitement. »

➤ Les relations avec les sages-femmes :

Ce qui transparaît dans leurs dires, c'est que les sages-femmes sont un bon soutien durant l'hospitalisation, mais pas forcément de bonnes confidentes. Leur capacité « d'écoute » ponctuelle est reconnue, malgré le fait qu'elles ne peuvent avoir un suivi régulier comme la psychologue. « Elles sont très proches, il y a beaucoup d'écoute, plus d'écoute que de confiance d'ailleurs. ».

Cependant, elles se rendent toujours disponibles pour parler, écouter quand le moral est bas ou quand la femme en a besoin, notamment le soir. C'est ce que résume Mme A. : « Oui. Le soir, je trouve que c'est plus facile, on arrive plus à parler. Elles ont peut-être plus de temps. Elles ont du travail aussi, je ne vais pas dire qu'elles en ont moins, mais elles sont peut-être un peu plus disponibles. »

Mais il est reconnu aussi que les sages-femmes se rendent disponibles à n'importe quelle heure : « De toute façon, on m'a toujours dit que si j'avais besoin de parler, elles prendraient cinq minutes, et effectivement, c'est ce qui s'est produit à plusieurs reprises. »

➤ Les entretiens avec la psychologue :

Toutes les quatre ont vu la psychologue du CHU au moins une fois.

- Qui a demandé à la voir ? A-t-elle été proposée ?

Toutes les femmes ont été prévenues de la présence d'une psychologue à la maternité. C'était ensuite à elles de choisir si elles voulaient la rencontrer ou non. Par

exemple, Mme C. a refusé plusieurs fois avant de dire oui, jusqu'à ce qu'elle se sente « prête à recevoir son aide ».

Autre cas, Mme B., qui avait déjà eu un accouchement prématuré à La Rochelle, avait rencontré une psychologue là-bas et savait qu'il y en avait également une à Nantes. Elle en a donc fait la demande spontanément. Mais seulement parce qu'elle savait qu'il y avait quelqu'un « non répertoriée, d'ailleurs ».

L'information a donc été faite dans tous les cas, chaque femme ayant décidé ensuite librement de demander un entretien avec la psychologue.

- Vécu de ces entretiens ?

Le terme « Aide » est employé par trois femmes sur quatre, aussi bien une aide personnelle qu'au couple. Les autres termes cités sont « soutien », « appui » et « sécurité ».

L'autre idée retrouvée communément est « une autre écoute », « où on peut avoir un avis extérieur, en dehors du médical » comme le dit Mme A. et qui est aussi un plus par rapport à la famille. « Même si la famille est là pour me soutenir, il y a des choses qu'ils ne comprennent pas, la façon dont je m'exprime, ou ce que je ressens ».

Mme B. reprend l'idée ci-dessus quand elle qualifie la psychologue de « complémentaire à la sage-femme. La première n'a pas à connaître spécialement le dossier médical, à l'inverse de la seconde ».

Enfin, unanimement, la psychologue est « un lien entre moi et mon bébé ». La sage-femme est "gardienne du bébé", c'est-à-dire qu'elle a pour objectif de préserver la grossesse "bien au chaud" le plus longtemps possible. Elle est alors supposée porter un jugement de valeur, consciemment ou non, sur la mère incapable de mener à bien la grossesse. Le travail de la psychologue, lui, n'est pas centré sur ces valeurs et cette notion de bien et de mal ; il ne porte aucun jugement. C'est sans doute pour cela que l'on retrouve, dans les paroles de ces femmes, les notions de confidences envers la psychologue – où tout peut être dit et révélé sans crainte – et d'écoute envers la sage-femme – à qui l'on peut parler sans forcément préciser tous les détails.

➤ Mode d'alimentation :

Chacune a fait le choix de nourrir son bébé au sein, la prise de décision étant antérieure à l'hospitalisation, et même à la grossesse débutée. Cela confirme le fait que le projet d'allaitement est souvent bien antérieur à la grossesse.

Elles reconnaissent toutes avoir pu demander des conseils aux sages-femmes. Mme C, qui allait avoir des jumeaux, nous explique en particulier que « je pensais que je ne pouvais pas allaiter mes deux enfants, et j'étais très déçue. Une sage-femme m'a un jour expliqué que c'était possible, et m'a donné quelques conseils par rapport à la préparation des bouts de seins et aux positions à adopter ensuite pour que cela marche le plus longtemps possible. Et j'ai allaité un mois et demi après l'accouchement. »

➤ A l'accouchement ou pendant le post-partum :

Mme C. et Mme D. ont évoqué la même difficulté d'attachement à l'enfant pendant son hospitalisation. A son contact, elles avaient instinctivement les gestes d'une mère – « Je crois que je peux être un robot » – mais, une fois chez elles, aucune sensation de manque de l'enfant hospitalisé.

« Je n'avais pas de manque au niveau du ventre non plus. » La prise de conscience d'être mère a mis quatre mois pour Mme C. à compter de la survenue de la MAP, l'amenant à neuf mois de pseudo-grossesse. Comme s'il fallait tout ce temps pour s'approprier son enfant, et que l'accouchement prématuré n'avancait pas ce processus identitaire.

Par contre Mme B., quand elle parle de son premier enfant prématuré né à 27 SA + 3 jours, hospitalisé alors un mois en service de néonatalogie, dit que « ne pas avoir son bébé auprès de soi au début n'est pas facile ». Elle était donc mère à l'accouchement et son enfant lui manquait.

Les mères n'ont pas toutes besoin des mêmes étapes. Elles n'acquièrent pas leur identité maternelle au même moment. La maternité n'est pas innée, elle demande un apprentissage de neuf mois, confirmé par deux femmes interrogées sur trois et ayant déjà accouché.

➤ Le retour à domicile :

Tout est bouleversé au retour à domicile, ce qui n'est pas différent des cas de grossesse physiologique. Simplement, le retour s'effectue plus tôt, et sans l'enfant : « C'est plus un manque de repères ».

➤ Suivi avec la psychologue dans le post-partum :

Mme C. a revu la psychologue deux fois, mais « surtout pour dire bonjour et donner des nouvelles ». L'occasion s'était présentée, lors de passages au CHU pour le suivi des jumeaux.

Quant à Mme D., elle reste en contact avec la psychologue, « pour préparer la sortie de mon enfant surtout ». Elles se voient régulièrement dans la chambre du nouveau-né encore hospitalisé, une à deux heures par semaine.

Toutes les deux s'accordent à dire que le soutien psychologique après la naissance est peut-être encore plus important : « Avant la naissance, c'est quelque chose qu'on occulte assez rapidement. Après, c'est là où est sa place. ».

➤ Prévision d'un nouvel enfant :

A cette question, Mme C nous a répondu « ça ne me ferait pas peur ».

Cela rejoint le sentiment exposé par Mme B, qui a dit avoir vécu un début de grossesse normal, sans aucune idée noire, malgré son antécédent d'accouchement prématuré. Est-ce parce que son premier enfant né prématurément va bien qu'elle a débuté une nouvelle grossesse ? « Peut-être », nous répond-t-elle.

Chaque grossesse est unique, et ce n'est pas parce qu'il arrive un problème grave une fois que cela se reproduira la fois suivante. Les mamans en ont bien conscience. « Toutes les grossesses ne se ressemblent pas, et que ce n'est pas parce que ça m'est déjà arrivé que ça arriverait forcément de nouveau. »

Que conclure ? Avoir vécu une MAP n'empêche pas de pouvoir désirer un autre enfant, peut-être à condition que cet enfant prématuré soit bien portant.

➤ Place et rôle d'une psychologue en maternité :

Sa place est reconnue à l'unanimité. « Primordial », « Très important », sont les qualificatifs cités par toutes.

Quant à son rôle, il a des définitions plus variées.

D'abord, reviennent les idées de confidente avec une « personne à qui on peut se confier sans a priori, sans jugement » et également de « soutien ».

Ensuite, une autre notion est abordée : « c'est un miroir ». Le psychologue est le plus souvent destiné professionnellement aux personnes qui vont mal, qui manifestent des troubles d'origine psychique. Deux femmes l'ont confirmé dans notre enquête. Cet avis négatif a d'abord suscité la réticence de consulter. Par la suite, elles se sont rendues compte que cette vision est totalement restrictive et que les entretiens leur ont fait simplement prendre conscience d'elles-mêmes et de leurs problèmes, comme si elles se voyaient dans un miroir. L'une d'entre elle dit : « J'avais cette vision là des psychologues : d'être mal. C'est un moment où on est mal mais ils nous apprennent à nous connaître. Ils ont plus de recul que nous, ils voient plus les choses. Nous on a tendance à les mettre de côté, eux nous aident à nous regarder et à nous connaître. C'est un miroir. »

Enfin l'une d'entre elles, plutôt que de ce « côté psychologique qui effraie », préfère parler de « coordinateur, qui fait un pont entre la mère et l'enfant ».

➤ Prise en charge psychologique durant l'hospitalisation :

L'avis est général quant à la qualité de la prise en charge par l'ensemble de tous les soignants, les sages-femmes, les médecins, les aides-soignantes et les élèves sages-femmes.

➤ Entente avec les intervenants du service :

Elle est qualifiée de bonne par toutes, « accompagnée de sourires, de bonne humeur, de discussions ».

Les propos sont positifs : « Quand elles rentrent dans la chambre, toujours le sourire quelle que soit la situation. » ou encore « Tout le monde est très professionnel, à l'écoute. ». Si nous voulons encore un témoignage : « Tout le personnel, de l'agent hospitalier au médecin, en passant par les aides-soignantes. On sent qu'il y a "osmose". On sent tout le temps la bonne humeur, même avec nous, les patientes ; et avec les familles, c'est pareil. Il y a toujours un bonjour, un sourire. Et c'est agréable. »

➤ Points forts du service de grossesse à haut risque :

La prise en charge médicale est reconnue comme étant « très bonne », avec un personnel qualifié et « très professionnel ».

L'écoute est une nouvelle fois mise à l'honneur.

Mais surtout, ce qui est reconnu unanimement : « c'est l'humain des sages-femmes et des élèves sages-femmes ».

➤ Points faibles ou à améliorer du service de grossesse à haut risque :

Premier reproche : « ne pas faire des choses dites », tel que des examens prévus et ensuite repoussés.

Second reproche : la moins bonne disponibilité des sages-femmes quand les femmes reviennent dans le service pour présenter leur enfant. Mais elles reconnaissent aussi que ces sages-femmes sont très occupées.

Troisième reproche : ne pas réunir les femmes dans la même situation qu'elles. Un espace a été créé mais actuellement aucune réunion, ni rencontre, ni activité n'y sont organisées. Elles pensent qu'il est important de voir qu'elles ne sont pas seules dans ces situations de MAP et qu'elles peuvent en discuter ensemble. « Lors du passage de la collation par exemple, on pourrait avertir chaque femme qu'une rencontre est possible au salon. »

➤ Remarque complémentaire :

Hors grille d'entretien, une notion complémentaire a été évoquée, celle du tabou. « La MAP, c'est presque un sujet tabou. C'est bizarre, mais il faut que ça nous touche pour commencer à en parler. »

Cela peut paraître paradoxal avec l'absence de honte exprimée précédemment. En effet, l'idée de tabou se rapproche un peu de celle de honte, bien que restant un sentiment d'ordre collectif, alors que la honte est un ressenti strictement personnel.

2.7 – Conclusions

Cette analyse des entretiens effectués nous ramène à nos deux hypothèses de départ et nous permet de conclure :

- C'est vrai : les patientes ont un vécu différent lié à la personnalité de chacune et à la singularité de chaque situation de MAP sévère. Malgré tout, de nombreux points communs sont exprimés par une majorité d'entre elles : dans le vécu de la grossesse avant la MAP, dans la brutalité ressentie à l'annonce de l'hospitalisation, dans le vécu de l'hospitalisation, dans les relations avec les sages-femmes et la psychologue, dans la reconnaissance des points forts et des points faibles du service de grossesses à haut risque.

- Sans pouvoir généraliser ni chiffrer, de par la non représentativité de l'échantillon de femmes interrogées, les principes théoriques ne sont généralement pas retrouvés. En particulier les sentiments de solitude, d'être différente des autres, de culpabilité ou de honte ont été niés dans les entretiens. Cela ne suffit pas à remettre la théorie en cause ; ce ne sont que quatre cas particuliers. C'est peut être seulement à rapprocher de l'aide apportée par les sages-femmes ou par la psychologue, aide unanimement reconnue, et dont l'effet a sans doute atténué ou fait disparaître ces sentiments.

3 – Le vécu du monde médical

3.1 – L'enquête par questionnaire

Pour analyser les ressentis des acteurs de santé côtoyant les femmes hospitalisées pour MAP sévère, une enquête par questionnaire a été effectuée auprès des sages-femmes, des médecins et des internes d'obstétrique.

3.2 – Objectifs de l'enquête

Cette enquête avait deux objectifs :

- Mesurer les difficultés de prise en charge psychologique des femmes enceintes ayant une MAP sévère.
- Mesurer l'importance d'une bonne coopération au sein de l'équipe pluridisciplinaire dans le but de rechercher toute amélioration possible.

3.3 – Hypothèses de l'enquête

Les hypothèses étaient :

- Les personnels médicaux éprouvent des difficultés à prendre en charge les femmes hospitalisées pour MAP sévère.
- Pour aider au mieux ces femmes, il est essentiel qu'il y ait une bonne coopération entre l'équipe médicale et la psychologue.

3.4 – Réalisation et méthodologie de l'enquête par questionnaire

Ce questionnaire [Annexe 2] a été distribué à partir du 1^{er} août 2004 à la maternité du CHU de Nantes, avec la date butoir du 30 septembre 2004, repoussée au 31 octobre 2004 suite au déménagement de la maternité à la Faïencerie. L'envoi des questionnaires ciblait le

personnel le plus en contact avec les femmes hospitalisées pour MAP sévère. D'autres exemplaires ont été mis à disposition des sages-femmes ne travaillant plus en grossesses pathologiques, mais qui y ont travaillé, afin d'étoffer les résultats et obtenir un maximum de points de vue.

59 questionnaires ont été distribués, (49 sous enveloppe nominative, et 10 en « libre-service »), avec les cibles suivantes :

- 34 questionnaires aux sages-femmes
 - 4 questionnaires aux sages-femmes cadres et cadre supérieur (suites-de-couches, grossesses à haut risque, bloc obstétrical).
 - 20 questionnaires aux sages-femmes travaillant en grossesses pathologiques.
 - 10 questionnaires à disposition des sages-femmes des Urgences Gynécologiques et Obstétricales et des salles de naissance, à l'attention plus particulièrement de celles qui ont travaillé auprès de femmes présentant une MAP sévère et qui ne sont plus actuellement dans le service.
- 10 questionnaires disposés à l'Internat à l'attention des Internes en spécialité obstétrique.
- 15 questionnaires adressés aux praticiens hospitaliers, chefs de clinique et PU-PH.

Le retour de l'ensemble des questionnaires s'est fait au moyen de boîtes de recueil déposées dans les services.

Sur ces 59 questionnaires distribués, 33 ont été remplis et renvoyés, après quelques relances verbales ou écrites, soit un taux de réponse de 55,93 %.

Remarque : l'incidence du caractère non nominatif des 10 questionnaires en « libre-service » sur ce taux de réponse est faible. Ces dix questionnaires ont donné cinq réponses, et

leur non-existence aurait donné un taux de réponse de 57,14 %, légèrement supérieur mais du même ordre de grandeur. Leur intérêt évident est d'avoir apporté des avis supplémentaires.

3.5 – Limites des questionnaires d'enquête

Dans l'analyse des questionnaires, plusieurs questions n'ont pas amené d'information primordiale. D'autres, peut-être un peu mal formulées, ont semble-t-il gêné quelques personnes quant à l'anonymat des réponses (notamment les premières questions de renseignements généraux d'orientation).

Volontairement, ce questionnaire contient beaucoup de questions ouvertes. L'exploitation des réponses a pu entraîner certaines interprétations, même si nous nous sommes efforcés d'être le plus fidèle possible aux témoignages, et de rester le plus objectif possible dans cette analyse.

Les aides-soignantes n'ont pas été interrogées, alors qu'elles jouent un rôle de confidentes non négligeables durant l'hospitalisation des femmes.

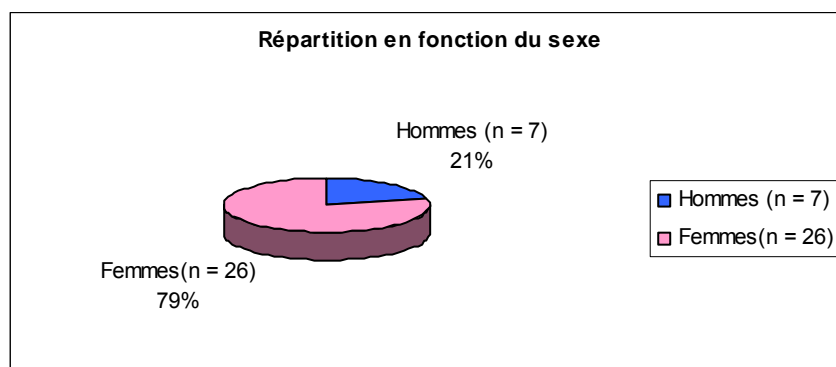
Notre faible effectif ne nous permet pas de donner des résultats statistiques plus probants. Toute généralisation des chiffres ci-après serait sans doute abusive.

3.6 – Analyse des questionnaires

3.6.1 – Données générales d'orientation

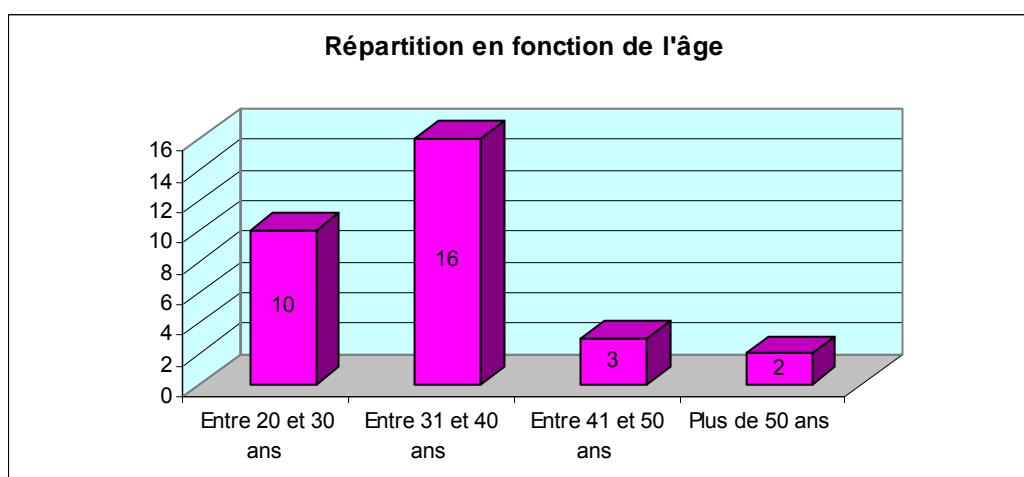
Les caractéristiques des personnes ayant répondu au questionnaire sont :

➤ **Répartition en fonction du sexe :** (sur 33 réponses)



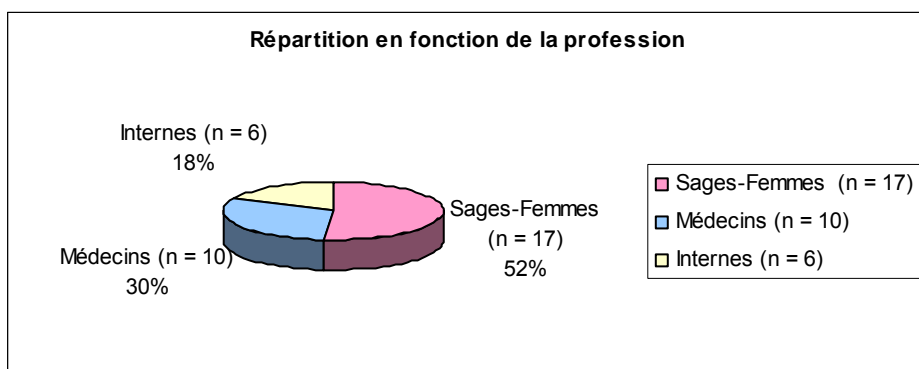
La population masculine comprend 1 interne et 6 médecins.

➤ **Répartition en fonction de l'âge :** (sur 31 réponses)



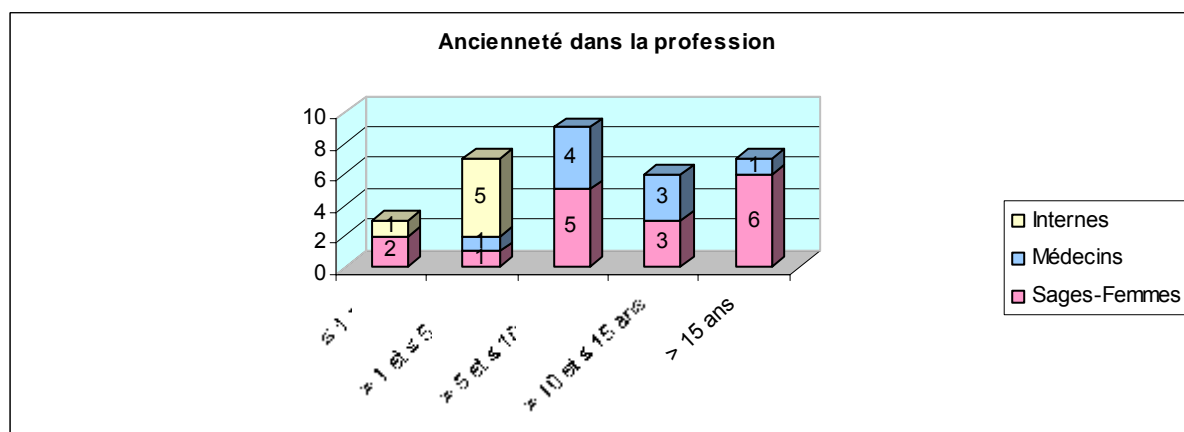
La moitié des personnes interrogées (16/33) ont entre 31 et 40 ans.

➤ **Répartition en fonction de la profession :** (sur 33 réponses)



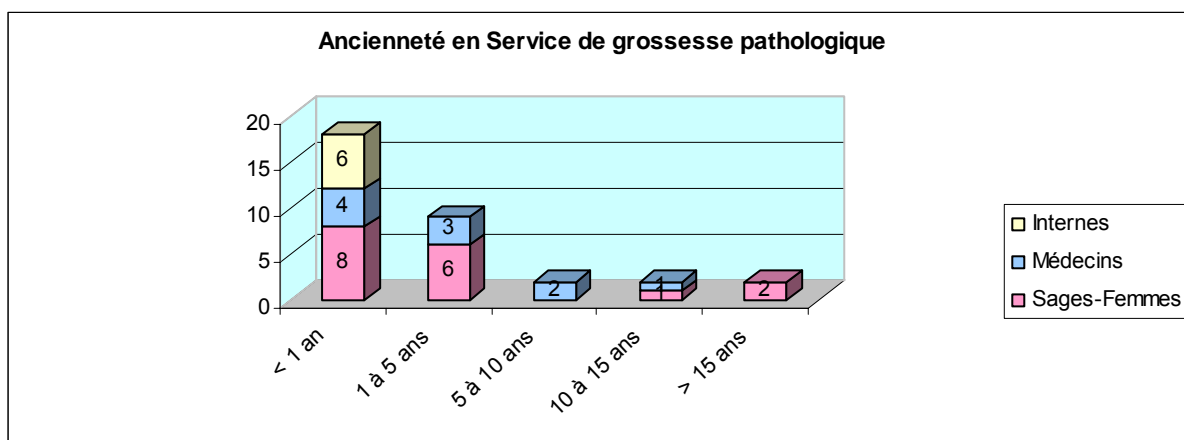
Les sages-femmes ont répondu à un taux de 50% (17/34), les internes à 60% (6/10) et les médecins à 67% (10/15).

➤ **Ancienneté ou temps d'exercice dans la profession :** (sur 31 réponses)



Hormis les internes pour lesquels une ancienneté de moins de 5 ans est normale, le temps d'exercice dans la profession des médecins et des sages-femmes est en grande partie supérieur (moyenne d'ancienneté de 13 ans pour les sages-femmes, de 11 ans pour les médecins).

➤ **Ancienneté ou temps travaillé dans le service de grossesses pathologiques :**



Ce tableau (basé sur 33 réponses) représente les personnes qui travaillent actuellement dans le service de grossesses pathologiques (n = 17), celles qui y travaillent occasionnellement (n = 8) ainsi que celles qui y ont travaillé antérieurement (n = 8).

Majoritairement peu élevée, cette ancienneté est inférieure à 5 ans pour 82% des soignants, dont 55% avec une ancienneté ou un temps travaillé dans ce service de moins de un an.

3.6.2 – Incidence de son propre vécu par rapport à la profession

Nous nous sommes interrogés sur l'incidence du vécu personnel des soignants sur leur activité professionnelle.

Sur l'ensemble des questionnaires, 4 femmes ont eu une MAP. Quand nous leur avons demandé si elles pensaient que cela les aidait à mieux comprendre les femmes présentant une MAP, elles ont répondu :

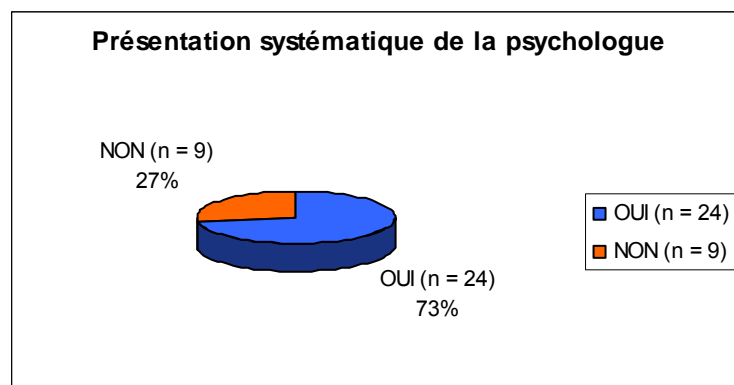
OUI pour deux d'entre elles, et **NON** pour les deux autres

Aucune conclusion ne peut être faite à partir de ces réponses.

Néanmoins, à titre informatif, citons une sage-femme : « les femmes se perçoivent mieux comprises quand elles savent que les sages-femmes sont "aussi" passées par là... »

3.6.3 – Rôle de la psychologie en maternité

➤ A la question : « la psychologue est-elle présentée systématiquement comme faisant partie de l'équipe obstétricale à toute femme présentant une MAP sévère ? », les réponses se répartissent en :



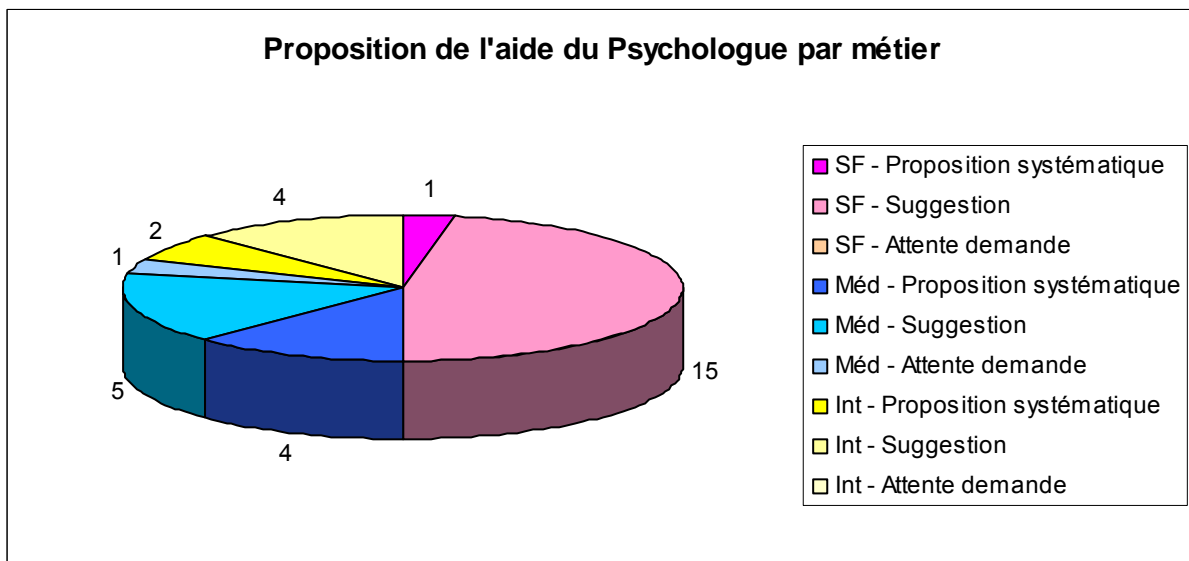
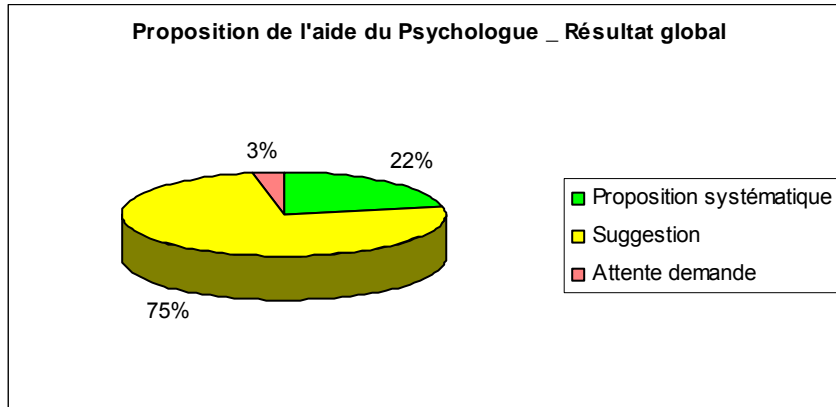
L'analyse des 33 réponses obtenues montre que la majorité du personnel soignant (presque trois soignants sur quatre) la présentent bien comme telle.

➤ Dans le protocole du service du CHU de Nantes (Annexe 3), l'entretien avec la psychologue n'apparaît pas dans les recommandations, alors que l'appel au pédiatre ou à l'anesthésiste doit être systématique. Nous nous sommes interrogés sur l'application stricte du protocole. La question suivante a été posée : « *En règle générale : (choisir une des trois réponses)* »

Proposez-vous systématiquement l'aide d'une psychologue à toute MAP sévère ?

Suggérez-vous la possibilité de l'aide d'une psychologue ?

Attendez-vous que la femme fasse d'elle-même une demande d'entretien auprès de la psychologue ? »



Dans les 32 réponses obtenues, la quasi-totalité des soignants suggèrent ou proposent à la femme un entretien avec la psychologue. Ce résultat semble pouvoir prôner une possibilité d'entretien psychologique comme éventuelle modification du protocole.

➤ La psychologue étant proposée sans protocole défini, nous avons voulu connaître les critères ayant conduit à cette proposition. La question définissait une liste de critères ; d'autres ont été spontanément ajoutés dans les réponses des soignants, marquées par un astérisque (*).

Critères en rapport avec l'attitude de la femme	
Angoisse exprimée par la femme	29
Pleurs incessants ou intermittents	24
Difficultés à accepter l'hospitalisation (*)	2
Inquiétude de la femme ou questions incessantes (*)	2
Patiente ne s'exprimant pas ou peu (*)	1

Critères en rapport avec la technique	
Terme très précoce	21

Critères en rapport avec le dossier médical	
Antécédent(s) de dépression lors de précédente(s) grossesse(s)	20
Nombre d'enfant(s) déjà présent(s) au foyer	8
Antécédents de fausse-couche, de mort in utéro, de nouveau-né décédé (*)	3

Critères en rapport avec l'environnement psycho-social de la femme	
Problèmes sociaux	13
Eloignement de la famille, du conjoint, des amis (*)	3
Problème de couple (*)	1
Deuil récent d'un proche (*)	1

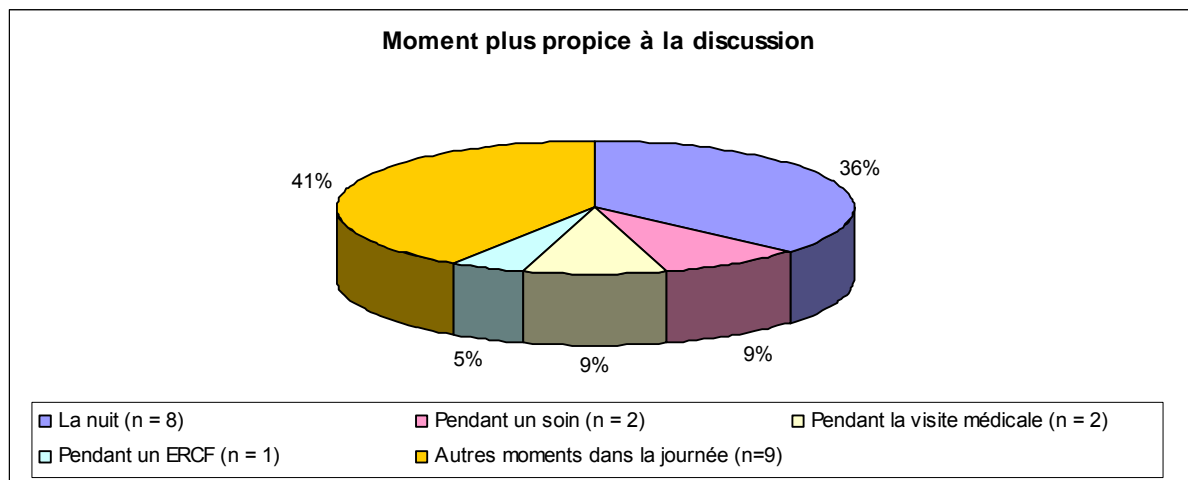
A partir de toutes ces réponses, nous constatons que beaucoup de critères sont pris en compte, à savoir les attitudes de la femme, les éléments du dossier médical, ou tout l'environnement multifactoriel. Certains même disent le faire de façon systématique (n = 4). Cela inciterait à avoir un guide plus défini pour que tous aboutissent aux mêmes critères sur ces différents points, un genre de « check-list » permettant une sensibilisation plus généralisée de tous les soignants à un même ensemble de critères.

➤ Depuis deux ans, au CHU de Nantes, les sages-femmes ont vu leurs horaires de travail passer de 8 heures par jour à 12 heures par jour. Nous avons voulu savoir si elles en tiraient un bénéfice dans leur suivi des patientes.

Oui _ En retirent un bénéfice	15
Ne se prononcent pas	2

Le passage à 12 heures par jour est donc ressenti comme profitable par la très grande majorité des sages-femmes ayant répondu.

➤ Y a-t-il un moment particulier plus propice à la discussion avec les patientes ? Les 22 réponses viennent en très grande majorité des sages-femmes (17 / 22).



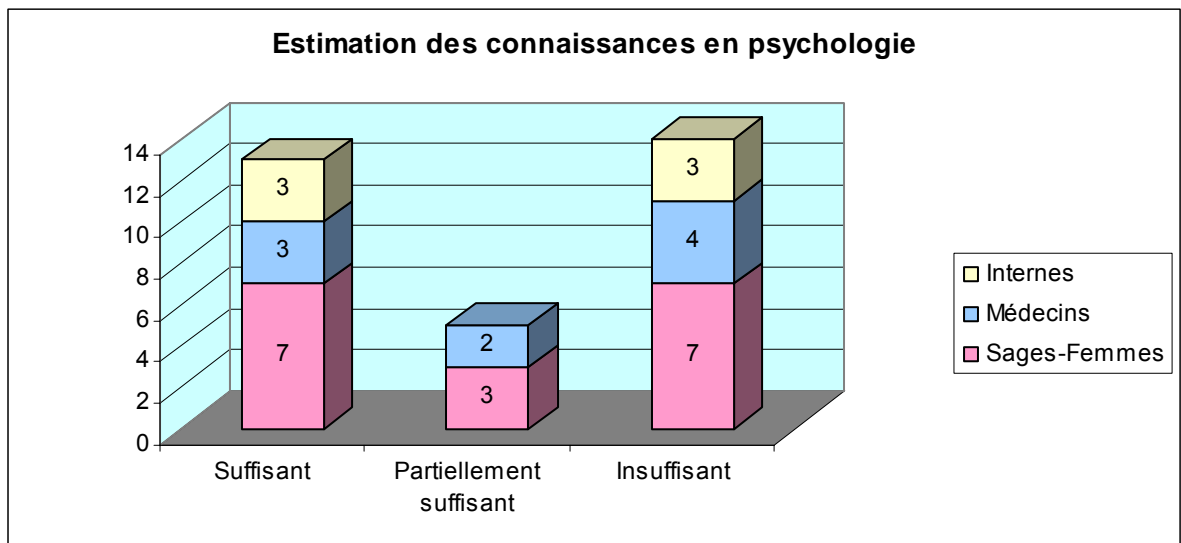
La nuit semble donc le moment le plus adéquat, comme le souligne une sage-femme : « Au cours des nuits réalisées dans le service, j’ai remarqué que les femmes se confiaient davantage car l’équipe est réduite, plus au calme. C’est aussi le moment où beaucoup d’angoisses resurgissent (difficultés d’endormissement, fréquence de la reprise des contractions). Il faut se rendre disponible pour rassurer et déculpabiliser énormément (peur majeure que beaucoup de femmes n’osent pas verbaliser). »

Cependant, tous les professionnels ne travaillent pas la nuit. Il leur faut trouver un autre moment dans la journée, d’où la diversité des réponses obtenues. Le moment le plus propice serait celui où la femme a besoin de se confier et que le soignant est disponible, selon l’activité du service.

Une remarque de la part d’un interne vaut la peine d’être signalée : il nous dit qu’il est « important que le suivi soit fait par la même équipe, le même médecin. ». Cela conforte l’intérêt d’un suivi continu de la part des mêmes soignants.

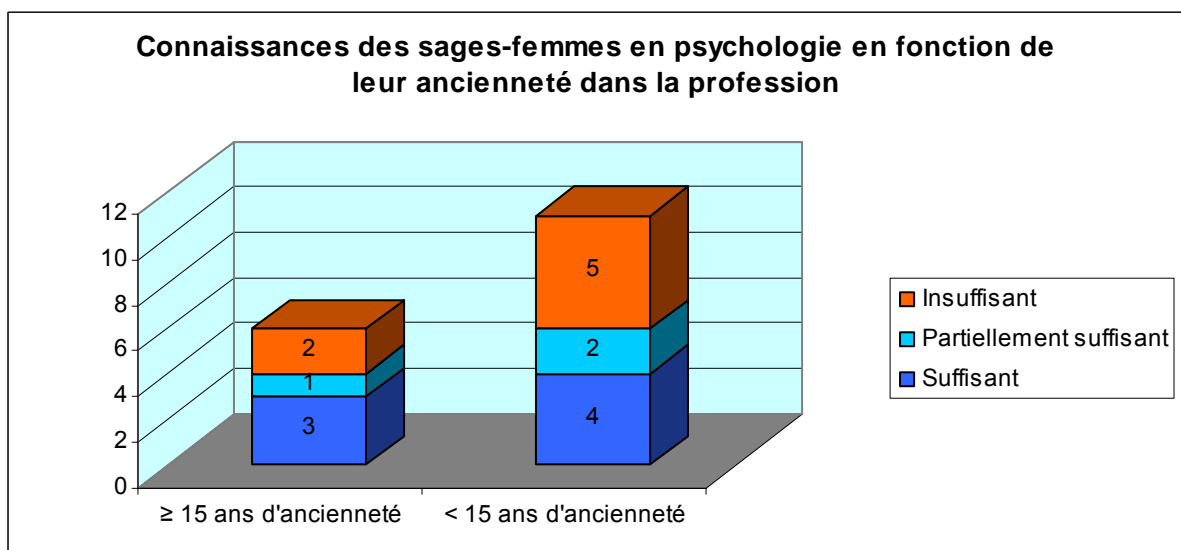
➤ Nous avons ensuite demandé aux soignants s’ils estimaient suffisantes leurs connaissances sur la psychologie de la femme enceinte et leur aptitude à faire face à une femme présentant une MAP sévère.

Nous avons eu 32 réponses sur cette question.



Dans chaque catégorie de personnel soignant, il y a autant de personnes qui ont ou n'ont pas suffisamment de connaissances en psychologie de la femme enceinte pour faire face à une MAP sévère.

➤ Le programme de psychologie a été renforcé dans les études de sages-femmes depuis 1989. Quelle est l'incidence de ce changement de programme sur la connaissance des sages-femmes en psychologie ? Selon leur ancienneté (≥ 15 ans pour les sages-femmes déjà en exercice en 1989, < 15 ans pour celles diplômées après 1989), les réponses sont les suivantes :

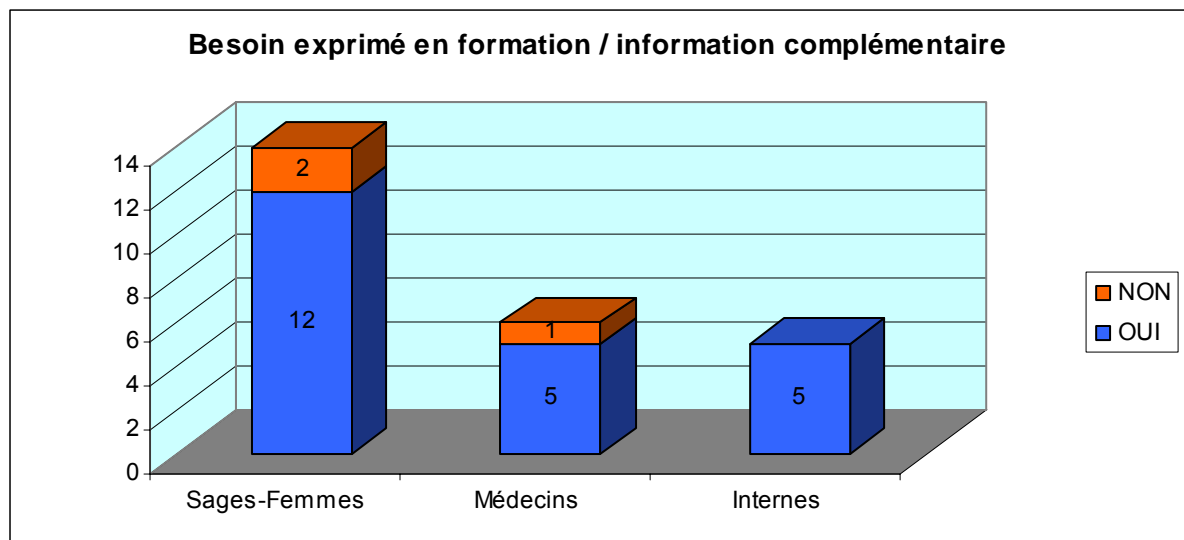


Le renforcement des cours de psychologie depuis 1989 n'a semble-t-il pas d'incidence sur l'estimation personnelle des connaissances et des capacités à prendre en charge les MAP sévères. La proportion de « *suffisant* » n'est pas supérieure pour les gens de moins de 15 ans d'ancienneté sensés avoir profité de cette formation.

L'ancienneté donc l'expérience semble avoir favorisé davantage l'acquisition de ces compétences, plus que la formation initiale.

➤ Les personnes estimant avoir un manque de connaissances et désirant une formation ou une information en psychologie se répertorient comme suit.

N.B. : les 25 réponses comptabilisées incluent celles des personnes estimant avoir des connaissances suffisantes, mais néanmoins demandeurs de mise à jour et/ou de rafraîchissement de ces connaissances. Ce sont donc les réponses « *insuffisant* », « *partiellement insuffisant* » plus quelques « *suffisant* » à la question de l'évaluation de l'aptitude et de la suffisance des connaissances ci-dessus. Une sage-femme l'explique bien : « Même si j'ai répondu « *suffisant* » à la question précédente, je pense qu'une formation ne peut être que bénéfique. On a toujours à apprendre ! ».



La grande majorité souhaite des formations en continu et/ou des réunions de concertation avec la psychologue.

Cependant, un problème d'organisation et de logistique reste en suspens, bien défini dans la réponse d'une sage-femme : « Oui, mais comment ? Par une réunion, une information ? Et quel temps y accorder ? ».

➤ Quels sont la place et le rôle de la psychologue en maternité ? Cette question permet de juger de sa reconnaissance et de celle de son métier par toute l'équipe médicale. 29 réponses ont été exploitables, plusieurs étaient possibles :

La **place** de la psychologue est unanimement définie comme « nécessaire, important, très important, essentiel, primordial, incontournable »

Le **rôle** de la psychologue a des définitions plus variées :

Définitions	Réponses
Travail d'équipe, Complémentarité, Lien et relais, Soutien supplémentaire	9
Aide aux patientes, dans la prise en charge, Soutien	9
Plus disponible pour l'écoute	5
Autre écoute	2
Visite de la néonatalogie	2
Préparation à la prématurité éventuelle	1
Suivi à long terme	1
Libération des angoisses	1
Gestion de l'hospitalisation	1
Amélioration de l'information	1

Le constat global est donc que la place de la psychologue en maternité est reconnue par tous comme importante, voire indispensable.

Quant à son rôle, en résumant, il est considéré comme une aide pour les patientes, un complément à l'équipe médicale, car symbolique d'une autre écoute, moins médicalisée, et assurant le suivi du lien mère-enfant dans le prolongement éventuel en néonatalogie. Cela rejoint l'opinion formulée par les femmes elles-mêmes (voir paragraphe 2.6).

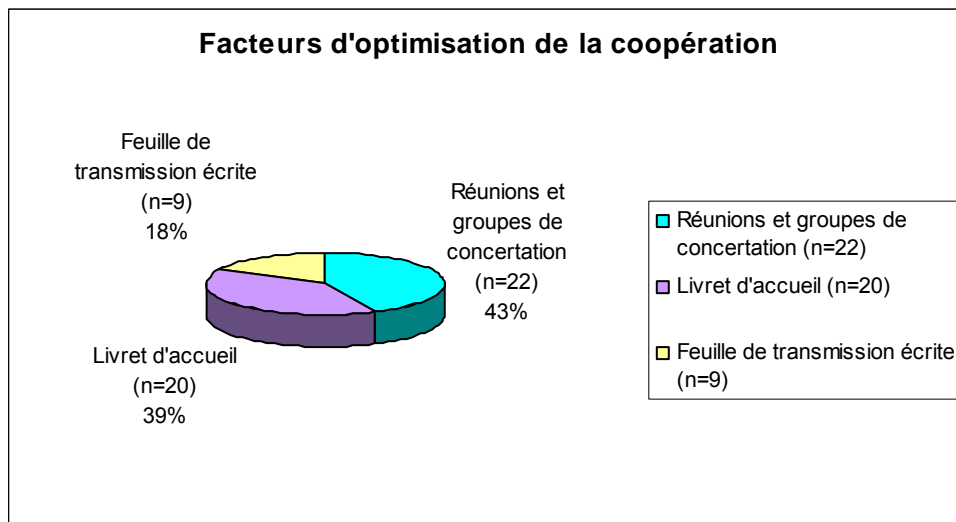
3.6.4 – Coopération sage-femme / psychologue, ou médecin / psychologue, au sein du service de grossesses pathologiques.

➤ Dans la coopération entre soignants et psychologue, qu'est-ce que les soignants attendent de la psychologue après ses entretiens avec les futures mères ? Les réponses, qui pouvaient être multiples, sont les suivantes (celles spontanément ajoutées dans les réponses des soignants, sont marquées par un astérisque (*) :

Nature des réponses	Médecins	Internes	Sages-femmes	Total
Compte rendu d'entretien écrit	5	2	7	14
Conduite à tenir	3	3	3	9
Transmissions personnelles	8	4	14	26
Transmissions en équipe	8	5	16	29
Conseils de prise en charge et manière d'aborder la patiente (*)	1	1	1	3
Réunion pluridisciplinaire (*)			2	2

Sont mises en avant les transmissions, personnelles ou en équipe, ce qui est en principe déjà réalisé au staff de grossesses pathologiques du mardi après-midi, auquel la psychologue participe.

➤ Comment encore optimiser la coopération sage-femme / psychologue ? La question a été soumise aux soignants afin qu'ils donnent leur avis. Les 31 réponses multiples recueillies proposent :



Une nouvelle fois, le besoin de transmissions entre soignants (médicaux ou paramédicaux) est exprimé. Le staff du mardi après-midi est cité de nombreuses fois, avec une insistance sur la présence nécessaire de la psychologue.

Autre proposition remarquable d'un tiers des personnes ayant répondu à cette enquête : il serait normal d'avoir le nom de la psychologue marqué sur le livret d'accueil.

3.6.5 – Conclusions

L'analyse des questionnaires retournés par les soignants nous permet de conforter nos hypothèses d'avant enquête.

Les personnels médicaux éprouvent des difficultés à prendre en charge les femmes hospitalisées pour MAP sévère.

Une grande majorité des soignants en service de grossesses pathologiques a une expérience de moins de 5 ans (pour 82% d'entre eux).

Leurs connaissances en psychologie sont évaluées par les soignants eux-mêmes comme non suffisantes pour 60% d'entre eux. La formation initiale semble donner moins l'aisance ou les connaissances en psychologie que l'expérience elle-même. Un taux de 88% de sages-femmes demande de la formation ou de l'information complémentaire, ce chiffre étant à rapprocher d'une expérience récente pour 82% d'entre elles, d'ancienneté inférieure à 5 ans.

Pour aider au mieux ces femmes, il est essentiel qu'il y ait une bonne coopération entre l'équipe médicale et la psychologue.

A travers les réponses au questionnaire, la nécessité d'une bonne coopération apparaît effectivement comme primordiale.

La psychologue est considérée comme partie intégrante de l'équipe, et présentée comme telle aux patientes par trois soignants sur quatre. Son aide est proposée ou suggérée aux femmes concernées dans la même proportion, sur la base de critères multiples et variés.

L'aide psychologique, par l'écoute et la discussion, est pratiquée par les soignants. L'attente des soignants pour améliorer cette pratique réside dans une communication plus importante dans la coopération avec la psychologue. Un besoin et une volonté d'une coopération accrue entre soignants et psychologue sont fortement exprimés, et des axes d'optimisation sont proposés.

4 – La coopération est nécessaire : penser ensemble

4.1 – Constatations sur un travail en équipe

Au CHU de Nantes comme ailleurs, tout le monde convient que le travail en équipe est le meilleur moyen d'aider les couples ou les femmes en situation "de détresse". Notre étude a montré la volonté des soignants de coopérer avec la psychologue dans la relation d'aide auprès des femmes présentant une MAP sévère. Le président du Réseau « Sécurité – Naissance », le docteur Norbert Winer obstétricien au CHU de Nantes, exprime l'idée d'un échange interprofessionnel dans son éditorial d'avril 2004 du site internet Sécurité – Naissance [20] : « C'est par le respect et la courtoisie que nous continuerons de faire valoir nos idées communes : "Travailler ensemble"... »

Madame Molénat l'explique aussi dans son livre *Prévention en maternité* [21] : « Veiller au lien mère-enfant fait partie des nouvelles missions de santé publique. L'urgence de remettre en question nos manières de faire a commencé à se dire. Les demandes de formation se sont accélérées. Il fallait trouver des mots pour parler ensemble. » Elle apporte donc une première ouverture sur cette coopération interdisciplinaire : communiquer pour échanger, faire en sorte que ce qui est encore actuellement du domaine confidentiel ou implicite puisse être porté explicitement à la connaissance de tous et leur servir de base de travail.

Tous les soignants en maternité ont un but commun concernant les patientes présentant une MAP sévère : les mener le plus loin possible dans leur grossesse. Pour cela, des stratégies d'accompagnement sont élaborées dans les services. Maurice Titran, pédiatre au CAMSP de Roubaix, définit ces stratégies. Pour lui, « la construction de l'enfant sera la tâche à accomplir, parents et professionnels mettront ensemble leur talent. Il s'agit d'une canalisation des différentes énergies. » [22]. Coopérer entre soignants est l'assurance d'une qualité relationnelle qui a pour objectif de s'étendre aux futurs parents, acteurs principaux de cette grossesse.

Communiquer et faire équipe avec les parents n'est pas toujours facile. Parfois, dans certaines situations, les mots manquent, laissant place au silence. Le personnel soignant du service de grossesses pathologiques de n'importe quel établissement est fréquemment confronté à ce problème. Que dire face à une femme en pleurs suite à l'annonce de son hospitalisation pour MAP sévère ? Jacques Derrida, philosophe et anthropologue, plaide en faveur du « langage sans bruit » [23]. Pour lui, « ce n'est pas le silence qui est d'or, mais le tact, qui consiste à savoir quand parler et quand se taire. » Dans certaines situations, une présence, un regard suffisent.

4.2 – Les mesures et façons de faire déjà existantes

4.2.1 – Rapports et missions de périnatalité

Plusieurs textes législatifs et rapports ont été élaborés sur le plan de la périnatalité.

Tout d'abord, l'article D.712-86 du décret du 09 octobre 1998 évoque la présence d'un psychologue en maternité quand la situation le demande : « L'unité met en place une organisation lui permettant de s'assurer en tant que besoin, selon le cas, du concours d'un psychologue ou d'un psychiatre. » [13].

Le rapport de mission des professeurs Bréart, Puech et Rozé, remis au ministre de la Santé en septembre 2003, propose vingt mesures d'action pour un nouveau plan de périnatalité. Le professeur Rozé les a détaillées lors des XXXIIIèmes journées de la Société Française de Médecine Périnatale, à Nantes, le 24 octobre 2003 [24]. La première idée soumise, c'est de proposer une nouvelle politique périnatale pour assurer une sécurité médicale mais aussi prendre en compte les aspects sociaux et psychologiques des patientes. Une nouvelle fois, la prise en compte de la psychologie est reconnue comme essentielle à tout plan d'aide en périnatalité.

Suite à ce rapport de mission, « le gouvernement a décidé de mettre en œuvre un plan d'actions ambitieux pour moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance », le nouveau plan de périnatalité 2005-2007 [6].

Ses principaux axes, dont les mesures s'étalent sur trois ans, se résument par cinq items : « plus d'humanité », « plus de proximité », « plus de sécurité », « plus de qualité » et

« mieux reconnaître les professionnels de la naissance ». L'ensemble de ces mesures consiste « à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il vise également à améliorer la connaissance du secteur et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent. » [6].

Pour finaliser cette « meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance », une circulaire a été rédigée fin 2004 afin de procéder à un état des lieux des collaborations médico-psychologiques en lien avec la naissance et de mieux définir les conditions d'intervention des psychologues en maternité. Cette circulaire prévoit le recrutement de ces psychologues après concertation entre les différents services concernés (obstétrique, pédiatrie et pédopsychiatrie) et articule leur travail avec ces services pour la continuité des soins. Un déploiement des psychologues et une organisation de formations psychologiques en 2005, 2006 et 2007 sont aussi prévus dans le calendrier ministériel.

4.2.2 – Collaboration interprofessionnelle autour des parents et du bébé

En plus de la voie législative, certains professionnels ont décidé « de tenir ensemble les registres de l'humain dans un cadre protecteur. » [21]. Des médecins, des sages-femmes, des pédiatres s'intéressent plus à la dyade mère-enfant qu'auparavant, où ce domaine était quasiment réservé aux psychiatres et psychologues. D'où la volonté pour certains, psychologues et somaticiens, de travailler ensemble. Françoise Molénat nous montre l'exemple par tout le travail effectué à l'Afrée, à Montpellier. L'Afrée reste à ce jour la référence pour tout ce qui concerne la prise en charge périnatale, et nombre de praticiens vont s'y former. Le métier de pédopsychiatre, inclus dans le domaine de la maternité et de la naissance, amène une autre dimension sur le travail d'équipe.

Une association, sous l'impulsion de psychiatres et de somaticiens, est en train de voir le jour : la Société de Psychologie Périnatale [Annexe 4]. Cette association regroupera somaticiens (sages-femmes, obstétriciens et pédiatres) et psychologues et psychiatres (pour adultes ou pédopsychiatres), à part égale, pour établir un équilibre "psycho-somatique". Ils travailleront en groupe par réunions et par thèmes prédéfinis. L'objectif commun est le suivant : « travailler ensemble », pour approfondir l'étude des liens nécessaires entre les différents intervenants en périnatalité.

Cette Société de Psychologie Périnatale n'est donc pas opérationnelle pour l'instant et n'en est qu'au stade de l'expérimentation, mais l'idée de sa création montre bien le chemin à suivre : favoriser le travail en commun des psychologues et psychiatres d'une part, des somaticiens de l'autre.

La grande difficulté de ce travail en commun ne doit pas être occultée : Françoise Molénat nous l'explique : « une dérive s'amorçait : la familiarisation des praticiens du corps avec le monde psychologique provoquait parfois la simple délégation au "psy" de l'angoisse et de l'émotion. » [21].

Le travail en équipe ne se résume pas à soigner le corps par les sages-femmes et les médecins, les affects par les psychologues. Le corps et l'esprit sont indissociables, nous l'avons démontré en première partie de ce mémoire. Comme le souligne le docteur Vaast lors d'un avis recueilli sur le rôle d'une psychologue en maternité : « la psychologue n'est pas là pour se substituer à l'équipe soignante, mais pour lui être un conseil et un soutien. » [Annexe 4].

Le travail d'équipe est donc difficile, car le soignant est au premier plan, le psychologue ne restant qu'un appui dans l'ombre. Cette idée est de nouveau exprimée par Françoise Molénat dans son livre « *Prévention en maternité* » [21] : « Le pas à franchir est douloureux, puisqu'il s'agit d'accepter de se soumettre au regard de l'autre, de renoncer à la facilité de désigner un bouc émissaire (si l'on travaille ensemble, on devient responsables les uns des autres). Chacun d'entre nous s'y prête avec plus ou moins d'aisance ».

4.2.3 – Expérience du CHR de Lille

A Lille, il y a une psychologue à temps plein depuis une douzaine d'années, dépendant non pas du service psychiatrie, mais du service d'obstétrique. C'est exclusivement sur le service de grossesses pathologiques qu'elle exerce [Annexe 4].

La psychologue travaille sur le terrain, avec les patientes, les couples, les mamans. Mais les équipes ont une part essentielle dans la prise en charge et dans l'accompagnement des patientes, et la psychologue est alors pour les soignants un conseil et un soutien.

Les soignants ont découvert et appris une pratique, avec l'assistance permanente de la psychologue, sous forme de nombreuses réunions d'équipe en plus des conseils personnalisés. L'autonomie des soignants, acquise progressivement, a permis de conforter la psychologue dans son rôle de soutien, d'intervenant, assistant ou conseiller à la demande.

L'information de l'existence d'une psychologue est potentielle, mais le déclenchement d'un entretien « passe » par les soignants, qui accompagnent la psychologue dans ses visites.

La règle de travail appliquée, dans la coopération entre soignants et psychologue, est de considérer qu'un psychologue est indispensable, mais seulement dans certains cas, et surtout pour aider les soignants à faire le travail, en complément, en travail d'équipe.

4.3 – Les suggestions pour le CHU de Nantes

A partir des constats établis ci-dessus et des analyses de nos questionnaires et entretiens, nous pouvons suggérer cinq propositions pour améliorer la prise en charge des femmes présentant une MAP sévère dans le service de grossesses pathologiques.

Ces propositions veulent répondre aux attentes formulées, et favoriser le développement du travail en commun et de la coopération entre soignants et psychologues.

Première proposition : faire apparaître la possibilité d'un entretien avec un psychologue dans le cahier de protocole.

Seconde proposition : donner aux soignants les explications nécessaires pour une utilisation à bon escient de cette nouvelle possibilité définie dans le protocole.

Pour cela, il faut d'abord créer une liste de référence définissant les critères, signes et indicateurs potentiels d'un besoin d'aide psychologique, et l'inclure dans le cahier de protocoles, dans la rubrique MAP. Une grille évolutive des différents critères serait initialisée par les psychologues du CHU de Nantes, seules ou accompagnées par plusieurs médecins et/ou sages-femmes.

Cette liste pourrait alors servir de base à la formation des soignants, accompagnés en cela par les psychologues, et évoluer en fonction des nouvelles expériences vécues par l'équipe.

Troisième proposition : depuis février 2005, une deuxième psychologue est affectée en maternité. Son arrivée fait suite à la mise en application du plan de périnatalité 2005 – 2007 déjà évoqué (voir paragraphe 4.2.1). Cette augmentation du nombre de psychologues au sein du CHU va s'avérer bénéfique pour tous, au niveau du service de grossesses pathologiques et au staff concernant les grossesses pathologiques. La charge de travail, importante pour une seule personne, va pouvoir être partagée. Les psychologues vont avoir la possibilité de consacrer plus de temps aux transmissions orales ou écrites, personnelles ou en équipe. Une réflexion reste à mener pour définir et organiser l'utilisation de ce temps supplémentaire pour une amélioration du processus de transmissions, affichée comme une attente primordiale par tous les soignants.

Quatrième proposition : le livret d'accueil de la Faïencerie (nom de la nouvelle maternité de Nantes) ne mentionne pas la présence des psychologues au sein de l'équipe obstétricale. L'élaboration d'un nouveau livret, y incluant les psychologues, pourrait être soumise à la Direction de l'hôpital. Des femmes ou des couples sont parfois gênés de demander ces renseignements à l'équipe obstétricale ou ne pensent pas à le faire. La disponibilité de ces renseignements au niveau du livret d'accueil donnerait l'information de la présence des psychologues. La possibilité de prise de contact directe avec elles, sans l'intermédiaire actuellement nécessaire des soignants reste à confirmer : ne faut-il pas que le soignant fasse toujours partie intégrante de cette démarche ? Si, si l'on veut continuer à « travailler ensemble ».

Cinquième proposition : un lieu de rencontre existe, au deuxième étage de la maternité dans le service de grossesses pathologiques. Il est inutilisé par les femmes hospitalisées. Pour provoquer ces réunions, il faut deux vecteurs :

- Donner un but initial à la réunion. Par exemple, un soignant - sage-femme, médecin, pédiatre ou psychologue – est planifié pour fédérer cette réunion. L'objet même de la réunion étant de réunir les femmes, il peut ne pas y avoir de thème précis mais être seulement annoncé comme une présentation du

service vu par le métier concerné avec réponses à toutes les questions qui pourraient être posées.

- Prévenir les femmes de l'existence et de la planification de ces réunions. Le moyen d'information reste à définir, informelle (au moment de la collation ? pendant les soins ?) ou plus formalisée (planning affiché ou distribué ?)

Le but de ces réunions est de permettre aux femmes hospitalisées de voir qu'elles ne sont pas seules dans ces cas là, de pouvoir parler de leurs angoisses, de discuter, tout cela pour peut-être accepter mieux le long séjour à l'hôpital. Une évolution ultérieure pour favoriser ces échanges pourrait même être envisagée avec des ateliers de dessin, de peinture, de broderie, de musique, ou tout autre « prétexte » attractif.

Conclusion

La création d'une identité maternelle est un processus qui se construit en neuf mois, passant par différentes étapes physiques et psychiques toutes importantes et nécessaires.

Le bouleversement occasionné par la déclaration d'une MAP sévère stoppe brutalement ce processus. Le besoin d'une aide et d'un accompagnement, au niveau psychologique, se révèle être obligatoire. Cette aide doit être apportée par tous, psychologues et soignants - accompagnateurs. Pour qu'elles soient efficaces, leurs actions doivent être coordonnées et convergentes.

Tous les acteurs de santé concernés doivent être dans une même dynamique. Un travail en commun s'avère indispensable, une organisation des équipes pluridisciplinaires intégrant les psychologues, et coordonnant les actions de tous, paraît primordiale.

Tout cela se fait déjà de façon naturelle, les divers soignants et psychologues discutant et s'entraînant pour chaque cas particulier. Mais tout ceci reste encore du domaine de la relation privilégiée entre personnes, différentes selon les situations, sans cadre défini et sans être porté à la connaissance des autres.

Les améliorations passent donc par les axes suivants :

- Un regroupement des connaissances actuelles par le biais d'un guide d'actions favorisant le travail de tous sur un même objectif commun : le bien-être de la femme hospitalisée.
- L'intégration de ce guide d'actions dans un protocole évolutif et libre d'accès pour chacun des soignants.
- L'organisation de la relation soignant – psychologue, pour faciliter leur communication et donc leur travail en commun.

C'est le sens des propositions développées dans ce mémoire et dont l'application reste à définir. En effet, toute évolution de ce genre dans l'organisation du travail d'un groupe comme le service de grossesses pathologiques du CHU de Nantes, a un coût non négligeable, en temps, en moyens, pour la mise en place comme pour l'application dans le temps.

Elles reflètent toutes le sentiment unanime exprimé de vouloir **travailler ensemble**.

Annexe 1 : Grille d'entretien utilisée

I – Données générales

- Age
- Origine
- Diplômes obtenus, profession
- Situation familiale :
 - Mari ou concubin :
 - Age
 - Profession
 - Santé
 - Si enfants :
 - Nombre d'enfants
 - Age de chacun
 - Terme de naissance
 - Si frères mais surtout sœurs :
 - Ont-elles eu des MAP sévères si grossesse(s) ?
 - Si oui : meilleure compréhension ? rapprochement ? soutien ?
 - Si non : mise à l'écart ? incompréhension ? vécu d'être différente ?
 - Soutien familial ? (visites des parents ou de la fratrie ? compréhension ? soutien supérieur à celui de la sage-femme ?)

II – Ses antécédents

- Taille et poids
- Antécédents médicaux et chirurgicaux
- Antécédents familiaux
- Allergies
- Tabac
- Antécédents gynéco obstétricaux
- Sérologies

III – Sa dernière grossesse (si accouchée) ou grossesse actuelle

- Terme prévu
- Vécu de la grossesse avant l'incident de la MAP : joie, angoisses, craintes ...

A l'hospitalisation :

- A quel terme a eu lieu l'hospitalisation ?
- Vécu de cette hospitalisation :
 - Solitude
 - Vécu d'être différente des autres
 - Culpabilité
 - Honte (bébé trop petit, venu trop tôt...)
 - Place de l'enfant : être à protéger, gêne, empêchement de tourner en rond ...
- Confidences possibles avec la sage-femme ?

- Entretiens avec la psychologue ?
 - Si oui :
 - Nombre d'entretiens
 - Vécu des entretiens (moment privilégié du temps de parole, aide supplémentaire, autre écoute, suivi ...)
 - Si non :
 - Pourquoi refus ? (pas au courant, sage-femme suffisante, pas de besoin ressenti d'en parler ...)
- Mode d'alimentation : sujet abordé pendant l'hospitalisation ? conseils ?

Si la femme a accouché :

- L'accouchement :
 - Lieu, terme, travail spontané ou déclenchement, rapidité de l'accouchement, vécu de l'accouchement, APD ?
 - Sexe, poids de naissance, passage en néonatalogie (combien de temps, évolution ?)
- Mode d'alimentation : biberon ou allaitement maternel (discussion pendant l'hospitalisation ou déjà idée auparavant ?)
- Séjour en post-partum :
 - Relation avec les soignants
 - Peur des mêmes locaux, « habitudes » retrouvées
- Retour à domicile :
 - Place de femme au foyer, de mère, d'épouse ... retrouvée ?

Situation actuelle après accouchement

- Dépression
- Toujours suivi avec la psychologue
- Prévion d'un nouvel enfant
- Comment imaginez-vous une autre grossesse ?
- Demanderiez-vous toujours l'aide d'une psychologue ?

IV – Discussion

- Pour vous, qu'est-ce qu'une psychologue ? Place et rôle en maternité ?
- Pensez-vous que la prise en charge psychologique ait été correcte envers vous ; vous êtes-vous sentie bien prise en charge et bien accompagnée par tout le personnel du service ?
- Pensez-vous qu'il existe une bonne entente entre les différents intervenants pour un bon suivi de grossesse ?
- Points forts et points faibles du service de grossesses pathologiques ?
- Points à améliorer ?

Annexe 2 : Questionnaire

Ce questionnaire, qui est anonyme, s'inscrit dans le cadre de mon mémoire de 4^{ème} année d'école de sages-femmes, intitulé : « **Menace d'Accouchement Prématuro sévère : coopération sage-femme / psychologue au CHU de Nantes** ».

Il a pour objectif de mesurer :

- les difficultés de prise en charge psychologique des femmes enceintes ayant une Menace d'Accouchement Prématuro (MAP) sévère
- l'importance d'une bonne coopération au sein de l'équipe pluridisciplinaire, dans le but de rechercher toute amélioration possible.

Pour mon mémoire, le terme sévère sera défini comme un terme inférieur à 32 Semaines d'Aménorrhée (SA).

Vous remerciant par avance de l'attention que vous accorderez à ce questionnaire, je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Remarque : pour plus de facilité dans ce questionnaire, je me servirai de l'abréviation « MAP sévère » à la place de Menace d'Accouchement Prématuro avant 32 SA ».

I – Renseignements généraux d'orientation

- Sexe :
 - Masculin
 - Féminin
- Age :
- Situation familiale :
 - Marié(e)
 - Divorcé(e)
 - Célibataire
 - Union libre
- Profession :
 - Sage-femme
 - Médecin
 - Interne
- Depuis combien de temps exercez-vous cette profession ?

.....

- Travaillez-vous dans le service de grossesses pathologiques ?
 - Occasionnellement
 - Depuis mois
 - Depuis années
 - J'y ai travaillé (occasionnellement / pendant)
mais je n'y travaille plus (arrêt depuis

- Avez-vous déjà été amené(e) à travailler auprès de femmes présentant une MAP sévère ?
 - Oui
 - Non

- Si vous avez des enfants, y a-t-il eu MAP pendant leur grossesse ?
 - Oui
 - Non

- Si oui à la question précédente, pensez-vous mieux comprendre les femmes présentant une MAP ?
 - Oui
 - Non
 - Remarques :

II – Rôle de la psychologue en maternité

- Prévenez-vous systématiquement de la présence d'une psychologue dans l'équipe pluridisciplinaire obstétricale à toute femme en MAP sévère ?
 - Oui
 - Non
- En règle générale : (choisir une des trois réponses)
 - Proposez-vous systématiquement l'aide d'une psychologue à toute MAP sévère ?
 - Suggérez-vous la possibilité de l'aide d'une psychologue ?
 - Attendez-vous que la femme fasse d'elle-même une demande d'entretien auprès de la psychologue ?
- Sur quels indicateurs, selon vous, proposez-vous une aide psychologique à une femme enceinte présentant une MAP sévère ? (plusieurs réponses peuvent être choisies)
 - Angoisse exprimée par la femme
 - Pleurs incessants ou intermittents
 - Antécédent(s) de dépression lors de précédente(s) grossesse(s)
 - Problèmes sociaux
 - Nombre d'enfant(s) déjà présent(s) au foyer
 - Terme très précoce
 - Autre(s) :

- Par rapport à vos conditions de travail et votre planning, pensez-vous avoir : (plusieurs réponses possibles, et si concernés par les conditions décrites)
 - Un meilleur suivi en 12 heures plutôt qu'en 8 heures
 - Des difficultés pour un bon suivi quand on est en temps partiel
 - Un moment particulier plus propice à la discussion tel que
 - la nuit
 - pendant un soin
 - autre(s) :
 - Des remarques :

- Pensez-vous avoir une connaissance suffisante de la psychologie de la femme enceinte pour faire face à une MAP sévère ?
 - Oui
 - Non

- Si non, aimeriez-vous avoir une formation ou une information auprès de la psychologue ?
 - Oui
 - Non
 - Remarques :

- De votre point de vue, quels sont la place et le rôle d'une psychologue en maternité ?

III – Coopération sage-femme/psychologue, ou médecin/psychologue au sein du service

- Qu'attendez-vous, en retour d'un entretien, de la part de la psychologue ? (plusieurs réponses possibles)
 - Un compte-rendu d'entretien écrit
 - Une conduite à tenir
 - Un échange verbal
 - personnel
 - en équipe
 - Autre(s) :

- Comment pourrait-on optimiser cette coopération ? (plusieurs réponses possibles)
 - Livret d'accueil présentant tous les acteurs de l'équipe obstétricale dont la psychologue
 - Feuille de transmission écrite supplémentaire pour une conduite à tenir précise
 - Réunions et groupes de concertation
 - Autre(s) :

Annexe 3 : Protocole « Prise en charge d'une MAP » au CHU de Nantes

Critères d'hospitalisation :

- Contractions utérines régulières et échographie du col montrant un col ayant un accolement des berges internes < à 26 mm
- Echographie du col montrant un accolement des berges < à 20 mm, sans contraction utérine
- Contractions utérines régulières et douloureuses malgré la prescription d'un protocole ADALATE®.

CAT ↔ Hospitalisation

a) éléments à surveiller cliniquement :

- vérifier le terme +++
- MA, CU, pertes vaginales, métrorragies
- Température, pouls

b) Exploration :

- PV, BU, ECBU, à renouveler une fois par semaine
- NFS, CRP, à renouveler une fois par semaine
- Ionogramme sanguin
- Sérologies à vérifier, 2 cartes de groupe dans le dossier

- Bilan pré-opératoire avec consultation anesthésiste
- ERCF
- Echographie du col
- Echographie par voie abdominale (biométries, placenta, LA, ± doppler si RCIU)

c) Schéma thérapeutique :

- Repos,
- Tocolyse 48 heures : protocole ADALATE® en 1^{ère} intention, SALBUMOL® IVSE (attention aux contre-indications) si échec du protocole ADALATE®, sinon TRACTOCILE® IVSE,
- Maturation pulmonaire : CELESTENE® chrono-dose 2 ampoules en IM à 24 heures d'intervalle à partir de 24 SA si modifications cervicales échographiques jusqu'à 34 SA (2 cures maximum),
- Bas de contention,
- UVEDOSE® : 1 ampoule si pas de supplémentation en vitamine D,
- Informations des patientes sur les risques de la prématurité (pédiatre de garde),
- Pas d'antibiothérapie en systématique : à adapter secondairement aux prélèvements bactériologiques.

NB : encas d'accouchement prématuré, prévoir une hystérographie 3 à 6 mois après l'accouchement et un prélèvement vaginal à la recherche d'une vaginose bactérienne au début d'une grossesse ultérieure.

Annexe 4 : Synthèse de l'entretien téléphonique avec le Docteur Vaast (obstétricien au CHR de Lille)

(le vendredi 03 décembre 2004)

Pourquoi cet entretien ?

Dans le cadre des recherches d'informations pour ce mémoire, Madame Petit, psychologue au CHU de Nantes, a évoqué la Société de Psychologie Périnatale, comme instance à vocation de coopération pluridisciplinaire.

D'autre part, au moins un témoignage sur les pratiques extérieures au CHU de Nantes se devait d'être fait dans le cadre de la présente étude.

C'est donc en ses qualités d'obstétricien au CHU de Lille, et de membre de la Société de Psychologie Périnatale, que le Docteur Vaast a été contacté.

Les objectifs du mémoire étant de mesurer les difficultés de prise en charge des femmes enceintes lors des MAP, et de montrer l'importance d'une bonne coopération au sein d'une équipe pluridisciplinaire, les informations recherchées dans cet entretien étaient :

- en savoir plus sur les orientations et buts de la Société de Psychologie Périnatale,
- examiner l'organisation de la maternité de Lille relativement à la partie psychologie,
- connaître la notion, pour ce CHU de Lille, de la place et du rôle du psychologue en maternité.

L'entretien est ci-dessous résumé sous forme de Questions / Réponses.

Question :

Qu'est-ce que la Société de Psychologie Périnatale et quel est son but ?

Réponse :

La Société de Psychologie Périnatale a été mise en place sous l'impulsion de quelques somaticiens et psychiatres, dont Madame Molénat qui est la responsable de l'Afrée.

L'Afrée travaille depuis de nombreuses années dans la valorisation des liens et du travail commun entre psychologues, psychiatres, et somaticiens autour de la périnatalité. De nombreuses réflexions ont déjà été mises en place.

Madame Molénat, pédopsychiatre et à la tête de l'Afrée à Montpellier, essaye de valoriser ce travail en commun avec des groupes de travail comprenant des psychologues, des pédiatres, des obstétriciens.

Le but est de formaliser les choses et de créer une structure, dans laquelle pourraient se retrouver à parité égale des « psy » au sens large, c'est-à-dire psychiatres pour adultes, pédopsychiatres, psychologues, psychanalystes, et des somaticiens, c'est-à-dire des obstétriciens, des sages-femmes, des pédiatres, autour de ce pôle d'intérêt.

Pour l'instant, cette Société de Psychologie Périnatale est une expérimentation, en train de se mettre en place, de démarrer. L'idée directrice est de créer et de maintenir dans cette structure un équilibre entre somaticiens et « psy ». Les groupes de travail et les thèmes abordés restent à définir.

Son futur message ira dans le sens suivant : « Travailler ensemble, c'est indispensable ».

Question :

Comment fonctionne le Service de grossesses pathologiques de Lille ? Y a-t-il une psychologue ou plusieurs dans le Service ?

Réponse :

A Lille, il y a une psychologue à temps plein depuis une douzaine d'années maintenant, dépendant non pas du service psychiatrie, mais du service d'obstétrique. C'est exclusivement sur le service de grossesses pathologiques qu'elle exerce.

Il y a continuité entre le service de grossesses pathologiques et la néonatalogie. Il n'y a pas de rupture dans la prise en charge. Il y a vraiment une volonté de travailler ensemble et de poursuivre en transversal toute prise en charge.

Le caractère indispensable de l'existence de ce poste de psychologue au sein du service est unanimement reconnu par toute l'équipe.

Concernant le travail de la psychologue : il y a le travail avec les patientes, où elle voit les couples, les mamans, et donc travaille sur le terrain.

Mais elle travaille aussi beaucoup en indirect avec les équipes ; au CHU de Lille, on travaille beaucoup de cette façon là, dans la ligne de ce qui est préconisé par Mme Molénat et l'Afrée, à savoir que les équipes ont une part essentielle dans la prise en charge psychologique et dans l'accompagnement des patientes et des couples présents.

La psychologue n'est pas là pour se substituer à l'équipe soignante, mais pour lui être un conseil et un soutien ; elle est là pour dire à l'équipe soignante « Vous pouvez y aller, autorisez-vous à faire ça, à dire ça, à accompagner, et si vous avez un souci ou un problème, venez m'en parler. ». Et tous y retravaillent ensemble.

Concernant les contacts entre psychologue et somaticiens : il n'y a pas de réunions fixes, mais les rencontres sont fréquentes.

Les somaticiens ont dû apprendre ou découvrir toute une pratique (« comment on allait voir les gens, comment on rentrait dans une chambre »). Et dans cet exercice, la psychologue a dû être très présente. Elle a beaucoup travaillé avec tous, faisant beaucoup de réunions d'équipe. Maintenant, l'équipe étant plus rôdée, la psychologue n'est plus qu'en soutien, intervenant ou assistant plus « à la demande », en mode non formel.

Concernant l'intégration de la psychologue dans l'équipe : la psychologue fait partie des effectifs du Service de pathologies maternelle et fœtale qui comprend donc le Professeur Puech qui le dirige, un certain nombre de praticiens hospitaliers, les cadres soignants, **ET la psychologue**.

Concernant l'information des femmes qui désireraient un entretien, de la présence de la psychologue : l'information existe, mais le déclenchement d'un entretien passe a priori par les soignants. Ce sont eux qui détectent les signaux d'alerte et qui dépistent, donc proposent aux patientes d'avoir un soutien supplémentaire ou alors commencent quelque chose avec elles et continuent sous le regard de la psychologue.

Concernant les critères d'orientation vers la psychologue pour les soignants : il n'y a pas de politique systématique. C'est à chacun des soignants de dépister s'il y a des signes d'alerte ou pas, et de faire appel à la psychologue si besoin. C'est vrai aussi pour les interruptions de grossesse.

Il est hors de question d'envoyer un psychologue systématiquement. Il faut aller voir les gens, les accompagner, leur proposer mais sans forcément l'envoyer. Et si cette visite d'un psychologue se fait, c'est accompagnée du soignant. Il faut l'accord du couple, et y aller progressivement. Mais surtout les laisser libres. C'est sûr, c'est plus consommateur de temps.

Question :

Quels sont au CHU de Lille, la place et le rôle d'une psychologue en maternité ?

Réponse :

Le rôle : c'est indispensable. Le rôle d'un psychologue en maternité est au minimum double. C'est le travail auprès des patientes et surtout le travail en indirect auprès des soignants.

Il y a un travail de formation d'équipe, il y a un travail d'accompagnement de l'équipe, en sachant qu'au fur et à mesure, le travail de formation est moins important. Il est là en soutien, en accompagnement.

La place : il y a une évolution au fil du temps de la place du psychologue dans un service de maternité. Parce que les équipes évoluent, parce que la demande n'est plus forcément la même, cette prise de conscience que la présence d'un psychologue est indispensable, commence à être de plus en plus répandue dans les différents services.

La place qui doit lui est donnée dans le service reste cependant moins nette : l'approche psychologique est difficile pour beaucoup de soignants, faute de temps ou d'expérience. Souvent beaucoup de gens seraient heureux d'avoir un psychologue dans le service, mais plutôt pour se décharger de cette approche. Beaucoup de services sont encore dans ce type de démarche, d'accord avec le fait qu'un psychologue est indispensable, mais parce qu'il y a beaucoup de problèmes psychologiques et que c'est à lui de les régler.

En fait, le message à faire passer, c'est de dire : un psychologue est indispensable, mais seulement dans certains cas, et surtout pour aider les soignants à faire le travail, en complément, en travail d'équipe.

Bibliographie

I – Les textes référencés

- [1] _ ARRÊTE du 11 décembre 2001 fixant le programme des études de sages-femmes. Publié au J.O du 19 décembre 2001 et au Bulletin Officiel du ministère de l'emploi et de la solidarité n° 2002/02.
- [2] _ STERN D, BRUSCHWEILER-STERN N, FREELAND A. *La naissance d'une mère*. Paris : Editions Odile Jacob, 1998, 238 p.
- [3] _ FRYDMAN R, SCHILTE C. *Attendre bébé, votre grossesse mois par mois*. Edition 2003. Paris : Hachette Pratique, 2002, 573 p.
- [4] _ DUGNAT M. *Questions d'actualité en périnatalité psychique : Théoriques, pratiques, éthiques*. Paris : ESF éditeur, 2002, 14 p. (Collection La vie de l'enfant ; « La souffrance psychique du bébé, approches pluridisciplinaires »)
- [5] _ BLANCHARD E, GUILLAUME S, PHILIPPE H.J. *De la psychoprophylaxie à l'accouchement à la préparation à la naissance*. Editions Techniques. Paris : Encyclopédie Médicale et Chirurgicale, Obstétrique 5-049-K-10, 1994, 7 p.
- [6] _ DOUSTE-BLAZY P. *Plan « périnatalité » 2005 – 2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité*. Présentation le 10 novembre 2004 au Conseil des Ministres. Disponible à partir de <<http://www.reseau-naissance.com>>
- [7] _ CIRCULAIRE n°50 du 22 juillet 1993, relative à la déclaration des nouveaux-nés décédés à l'état civil. Disponible à partir de <<http://www.legifrance.fr>>
- [8] _ CIRCULAIRE DHOS/DGS/DACS/DGCL n°2001/576 du 30 novembre 2001 relative à l'enregistrement à l'état civil et à la prise en charge des corps des enfants décédés avant la déclaration de naissance. Disponible à partir de <<http://www.legifrance.fr>>

- [9] _ MURAIL A. *Analyse de la prise en charge des T.I.U. pour MAP au CHU de Nantes* : Mémoire : Nantes : 2004, 68 p.
- [10] _ COURBIERE-BALANSARD B, CARCOPINO X. *Gynécologie – Obstétrique : Internat 2004*. Paris : Editions Vernazobres – Grego, 2004, p 71 – 80
- [11] _ CLEMENT A, LOMBRAIL P, ROZE J.C. *Rapport d'activité des maternités des Pays de la Loire années 2002 et 2003*. Publié par la Commission d'évaluation du réseau naissance dans les Pays de la Loire, janvier 2005. Disponible à partir de <<http://www.reseau-naissance.com>>
- [12] _ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES. *Rapport sur le plan de périnatalité 1994*. Disponible à partir de <http://www.reseau-naissance.com/rsn=plan_perinatalite.html>
- [13] _ DECRET n°98-900 du 09 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé [...] et modifiant le code de la santé publique. Publié au J.O n°235 du 10 octobre 1998. Disponible à partir de <<http://www.legifrance.gouv.fr>>
- [14] _ SZEJER M, STEWART R, FRYDMAN R. *Ces neuf mois-là : Une approche psychanalytique de la grossesse et de la naissance*. Nouvelle édition revue et augmentée. Paris : Editions Robert Laffont, 2002, p. 7-223.
- [15] _ WEIL D. *Signification et retentissement psychiques de la MAP*. Contraception-fertilité-sexualité. 1987. Vol 15, n°11, p 1111 – 1117.
- [16] _ ROEGIERS L. *La grossesse incertaine*. Première édition. Paris : PUF, 2003, p. 251-300 (Collection Le fil rouge)
- [17] _ BYDLOWSKI M. *La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : PUF, 1998, 203 p. (Collection Le fil rouge)
- [18] _ BIRMAN C. *Au monde ; Ce qu'accoucher veut dire, une sage-femme raconte*. Paris : Edition du club France Loisirs, 2003, 307 p.
- [19] _ BLANCHET A, GOTMAN A. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Editions Nathan, 1992, 128 p.

[20] _ WINER N. *Editorial du 21 avril 2004*. Disponible à partir de <<http://www.reseau-naissance.com>>

[21] _ MOLENAT F. *Naissances : Pour une éthique de la prévention. Prévention en maternité : une manière de penser ensemble*. Paris : Editions Erès, 2001, 135 p.

[22] _ TITRAN M. *Accompagner*. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès, 2000, 7 p. (Collection Mille et un bébés ; numéro 31 « Accompagner »)

[23] _ LE GRAND-SEBILLE C. *Se laisser affecter par l'autre : approche anthropologique de l'accompagnement*. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès, 2000, 8 p. (Collection Mille et un bébés ; numéro 31 « Accompagner »)

[24] _ BREART G, PUECH F, ROZE J.C. *Rapport de missions rendu en septembre 2003 au Ministère de la Santé*. Exposé par J.C ROZE lors des XXXIIIèmes journées de la Société Française de Médecine Périnatale, à Nantes, le 24 octobre 2003

II – Les autres textes et ouvrages consultables

_ BRAZELTON T.B. *La naissance d'une famille*. Paris : Editions du seuil, 2003, p. 7-133. (Collection Points)

_ BYDLOWSKI M. *Des interventions psychothérapeutiques à la maternité*. Paris : ESF éditeur, 2002, 13 p. (Collection La vie de l'enfant ; « Des mères et leurs nouveaux-nés ; recherche et interventions autour de la naissance »)

_ CESBRON P. *L'obstétricien dans l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement. Joie et souffrances partagées ?* Ramonville Saint-Agne : Editions Erès, 2000, 12 p. (Collection Mille et un bébés ; « Signes de souffrance en périnatalité »)

_ ELIACHEFF C, HEINICH N. *Mères-Filles : Une relation à trois*. Paris : Editions Albin Michel S.A., 2002, p. 303-344. (Collection Le livre de poche)

_ ELIACHEFF C. *A corps et à cris : être psychanalyste avec les tout-petits*. Paris : Editions Odile Jacob, 2000, p. 13-21.

_ GOLSE B. *En guise de conclusion : quand le père y est, c'est fou !* Ramonville Saint-Agne : Editions Erès, 2000, 12 p. (Collection Mille et un bébés ; « Signes de souffrance en périnatalité »)

_ JAPIOT D, SOULIE M. *Introduction : une petite échelle*. Ramonville Saint-Agne : Editions Erès, 2000, 4 p. (Collection Mille et un bébés ; « Signes de souffrance en périnatalité »)

_ KOTRAS F, KREMBEL A. *Des pédopsychiatres de secteur à la maternité*. Paris : ESF éditeur, 2002, 6 p. (Collection La vie de l'enfant ; « La souffrance psychique du bébé, approches pluridisciplinaires »)

_ MOLENAT F. *Mères vulnérables : Les maternités s'interrogent*. Paris : Editions Stock, 1992, 341 p.

Résumé

Les femmes, au cours de la grossesse, période complexe et fragile, acquièrent une identité maternelle. Ce processus est brisé lorsque survient brutalement une Menace d'Accouchement Prématuro, de surcroît sévère.

Il devient alors nécessaire pour les soignants des services de périnatalité (sages-femmes, médecins) de coopérer avec un psychologue afin d'optimiser la prise en charge de ces femmes « en détresse psychologique ».

Ce mémoire s'intéresse au vécu des femmes hospitalisées pour MAP sévère à travers une série d'entretiens, et au vécu des soignants du service de grossesses pathologiques du CHU de Nantes par le biais d'un questionnaire d'enquête.

De ces témoignages et de ces résultats, la conclusion est tirée de la nécessité du renforcement d'une coopération ou travail en équipe soignant – psychologue et des propositions d'amélioration applicables au CHU de Nantes sont formulées.

MOTS – CLEFS : **Grossesses pathologiques ; MAP sévère ; Coopération ; Psychologue.**