

Périnatalité : approche pluridisciplinaire

par M^{me} Jessica MAZZARINI*

* Psychologue clinicienne,
sexologue clinicienne
et hypnothérapeute
6041 Gosselies
info@mazzarini.be

L'auteure déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Le concept de la périnatalité revêt une importance grandissante au sein de divers domaines médicaux, suscitant un intérêt croissant parmi les professionnel·les de la santé. En Belgique ainsi que dans d'autres régions du monde, de nombreux centres spécialisés en périnatalité ont vu le jour, témoignant ainsi de la reconnaissance de son rôle crucial. Le présent article se focalise sur une analyse approfondie des enjeux liés à la pratique pluridisciplinaire dans ce contexte.

ABSTRACT

We emphasize the growing importance of the concept of perinatology in various medical domains, underscoring the need for evolving practices in contemporary society. The increasing mental burden associated with parenthood highlights the necessity for a medical support network as maternity transitions to a pluralistic family structure.

Acknowledging the challenges of the perinatal period calls for a multidisciplinary approach and tailored support for (expectant) parents, promoting awareness of specialized services and an individualized approach to each patient's needs.

Constant reevaluation of medical practices is essential to meet the changing needs of society, emphasizing therapeutic alliance and network collaboration. It's crucial to approach our practice in a multidisciplinary and prevention-focused manner.

Keywords: perinatology, parenthood, societal evolution, maternal vulnerability, perinatal mental health, multidisciplinary care, perinatal psychology, attachment, therapeutic interventions, prevention, interdisciplinary collaboration, professional communication.

Prétest

Vrai Faux

1. Le baby blues s'apparente à une période nécessairement pathologique.
2. La période périnatale peut être une période de vulnérabilité importante pour la mère et l'enfant.
3. Les psychologues clinicien·nes sont les seul·es professionnel·les à assurer la prise en charge d'une patiente dans le cadre de la maternité.

Réponses en page 35.

Introduction

La périnatalité peut être définie comme « l'ensemble des processus liés à la naissance, depuis la contraception jusqu'aux premiers mois de la vie du nourrisson, en passant par le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement »⁽¹⁾. C'est une période à la fois étendue dans le temps réel et complexe sur le plan psychique,

RÉSUMÉ


Soulignons l'importance croissante du concept de périnatalité dans divers domaines médicaux, ce qui met en évidence la nécessité d'une évolution des pratiques dans la société contemporaine. La charge mentale grandissante associée à la parentalité renforce le besoin d'un réseau de soutien médical à mesure que la maternité évolue vers une structure familiale pluraliste.

La reconnaissance des défis de la période périnatale nécessite une approche multidisciplinaire et un soutien adapté aux (futurs) parents, en favorisant la connaissance des services spécialisés et une approche individualisée des besoins de chaque patient·e.

Une réévaluation constante des pratiques médicales est essentielle pour répondre aux besoins changeants de la société, en mettant l'accent sur l'alliance thérapeutique et la collaboration en réseau. Il est essentiel d'aborder la pratique de manière multidisciplinaire et axée sur la prévention.

Mots-clés: périnatalité, parentalité, évolution sociétale, vulnérabilité maternelle, santé mentale périnatale, prise en charge pluridisciplinaire, psychologie de la périnatalité, attachement, interventions thérapeutiques, prévention, collaboration interdisciplinaire, communication professionnelle.





située entre l'imaginaire et la réalité. Les propos d'une ancienne patiente illustrent merveilleusement cette complexité : « Le post-partum, ça dure bien 3 ans ! ».

Pendant cette période, chaque (futur) parent est confronté à la création d'une nouvelle identité tout en faisant face à sa place dans son propre système parent(s)-enfant.

C'est une phase souvent marquée par la réactivation de rôles familiaux, avec une place spécifique à définir, influencée par des processus mentaux inconscients souvent automatiques. Pour certains, c'est une période paisible, empreinte d'amour et de complétude, tandis que pour d'autres, c'est un tremblement émotionnel. Il existe bien entendu un continuum entre ces deux extrêmes. Il est essentiel de noter que chaque expérience de la maternité, qu'elle soit imaginaire ou réelle, est vécue différemment par chaque parent, pour chaque grossesse, en fonction de leur contexte passé, présent et futur.

Dans ce cadre, l'importance d'un accompagnement adapté et pluridisciplinaire par des professionnel·les de la santé devient évidente, répondant ainsi aux demandes et besoins de chaque individu. Cela nécessite que le corps médical réfléchisse non seulement aux besoins de chaque patient·e, mais aussi à sa psychologie et à son environnement.

Le présent article, se voulant centré sur l'importance d'une pratique pluridisciplinaire, ne traitera ni de la contraception ni de l'IVG (interruption volontaire de grossesse). Nous tenons également à préciser que nous n'aborderons pas les concepts de genre et que le concept de dyade mère-enfant utilisé dans ce texte est nécessairement applicable de manière inclusive, quelle que soit l'identité de genre de la personne donnant naissance.

Psychologie, médecine et périnatalité

Notions de société et de culture

Il est important de rappeler que, jusqu'au XVIII^e siècle, l'enfant était souvent considéré comme un « adulte miniature » et le fœtus était perçu comme un organisme physiologique sans perception. La psychologie de l'enfant n'a véritablement émergé qu'à la fin du XIX^e siècle. Cette rétrospective historique contraste significativement avec notre époque actuelle où l'enfant est souvent perçu comme un être « précieux » qui entre, le plus souvent par souhait, dans le système familial.

Dans la société contemporaine, le concept de « couple parental » ne se limite plus à la notion traditionnelle de « papa + maman ». Aujourd'hui, il n'est plus nécessaire d'être un « couple hétérosexuel » pour devenir parent, comme en témoignent différents modèles familiaux, tels que les mères célibataires ayant recours au don de sperme ou les couples homosexuels.

Notre société est en constante évolution, et la notion de parentalité se transforme en parallèle. En Europe, au sein d'une société qui met l'accent sur l'importance de l'individu, la naissance n'est plus nécessairement appréhendée dans le cadre d'une famille élargie ou d'une communauté, mais plutôt au sein de la famille nucléaire. Il est important de noter que ces considérations doivent être adaptées à chaque contexte culturel et familial spécifique. Dans ce cadre, la charge mentale associée à la parentalité s'accroît pour de nombreux (futurs) parents, mettant en lumière l'importance de la mise en place d'un réseau de soutien médical, qui était autrefois assuré par une communauté plus étendue.

De plus, depuis plusieurs décennies, de nombreux progrès ont été réalisés dans le domaine de la santé périnatale. Ces avancées se sont traduites, notamment, par une diminution du taux de mortalité périnatale comme le souligne le dernier rapport européen de santé périnatale⁽²⁾. Malgré ces tendances positives, cette phase demeure une période de vulnérabilité significative pour la mère et l'enfant.

En conséquence, il est essentiel d'ajuster notre pratique professionnelle en fonction de ce cadre sociétal spécifique dans lequel la maternité est dissociée de la sexualité, parfois médicalisée, et où chacun décide d'avoir ou non un enfant, au sein d'une structure familiale plurielle qui lui est propre. Il est important de reconnaître d'emblée les sujets délicats que cela peut susciter et qui pourraient se présenter dans le cadre de notre pratique.

Bien que des définitions et des cadres légaux soient établis, chaque professionnel·le de la santé se doit de combiner ces notions avec les émotions et les aspects psychologiques propres à chaque patient·e, ce qui nécessite la capacité de redéfinir certaines de celles-ci pour garantir un accompagnement de qualité. C'est pourquoi une base théorique solide et une réflexion continue sont essentielles pour appréhender efficacement notre pratique.



Périnatalité : quelques notions essentielles

Du désir d'enfant au désir de grossesse

Le désir d'enfant se manifeste souvent sous la forme d'une démarche consciente, réfléchie, voire planifiée, s'inscrivant dans un projet de vie façonné par des idéaux sociaux, culturels et familiaux. Cependant, ce projet conscient est imprégné de significations et de désirs inconscients, comme le soulignent Abdel-Baki et ses collègues⁽³⁾.

Pour illustrer l'influence de l'inconscient dans les décisions conscientes, des exemples concrets peuvent éclairer cette dynamique complexe. Considérons le cas d'une patiente qui, après avoir donné naissance à son deuxième enfant, a partagé avec moi un élément de son histoire personnelle. Cette patiente avait vécu deux fausses couches. Symboliquement, le fait d'avoir deux enfants représentait pour elle une sorte de triomphe sur ces pertes antérieures, une affirmation de vie après la douleur. Ce n'est que plusieurs mois après l'accouchement qu'elle a pris conscience de cette connexion profonde entre son passé et son présent.

Un autre exemple poignant concerne une jeune fille qui a vécu un déni total de grossesse, apprenant qu'elle allait devenir maman lors de son accouchement. Des années après cette expérience maternelle, elle partage, selon elle, la raison de ce déni. Elle explique qu'elle avait vécu toute sa vie aux côtés de son frère malade et qu'elle avait une peur profonde de devenir mère. Malgré ses appréhensions initiales, elle exprime aujourd'hui sa joie et son bonheur d'avoir son enfant.

Même lorsque nous pensons prendre des décisions rationnelles et objectives, il est capital de reconnaître que nos motivations peuvent être enracinées dans des couches plus profondes de notre psyché.

En tant que professionnel·les de la santé, il est fondamental de reconnaître cette complexité et d'offrir un accompagnement qui intègre la dimension psychique aussi bien que physique de cette expérience universelle.

Un premier défi auquel le·la professionnel·le de la santé peut être confronté·e survient bien avant la conception de l'enfant. La possibilité de choisir de ne pas avoir d'enfant, suite à la légalisation de la pilule contraceptive en Belgique, peut laisser entendre aux parents qu'ils pourront en avoir un dès qu'ils le souhaitent. Cependant, l'arrêt de la contraception ne garantit pas une grossesse immédiate, ce qui peut engendrer une réelle souffrance chez certains parents. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), «l'infertilité est une affection du système reproducteur masculin ou féminin définie par l'impossibilité d'aboutir à une grossesse après 12 mois ou plus de rapports sexuels non protégés réguliers»⁽⁴⁾. Dans la

pratique, de nombreux couples, qu'ils aient recours à la procréation médicalement assistée (PMA) ou non, souffrent de ne pas pouvoir concevoir à leur guise. Dans une société axée sur le contrôle comme la nôtre, cette souffrance peut sembler d'autant plus préoccupante. Il est donc essentiel de prendre en compte ce ressenti au-delà de la définition de l'OMS et de l'utiliser, entre autres, pour rassurer les futurs parents.

La grossesse : une période de changements psychiques

Pendant une période d'environ neuf mois, de nombreuses transformations affectent l'équilibre psychique de la femme. Le développement progressif du fœtus entraîne de nouvelles émotions et sensations qui ont un impact sur l'image corporelle et l'état psychique de la mère. La grossesse, en raison des bouleversements psychiques, physiques et sociaux qu'elle induit, peut devenir une période de vulnérabilité.

C'est une véritable crise identitaire marquée par la naissance d'une nouvelle identité parentale. Le concept de la «préoccupation maternelle primaire», tel que décrit par le pédiatre Dr D. Winnicott (1896-1971), est considéré comme un état proche d'un «état psychiatrique» et une nécessité existentielle, à la fois pour la mère et pour le futur bébé. Il s'agit d'une sorte de «maladie normale», un état de repli et d'hyper-sensibilité qui permet à la mère de s'attacher à son enfant dès la grossesse⁽⁵⁾. D'autres concepts, tels que «la transparence psychique», définie comme une sensibilité particulière, ont également été évoqués pour comprendre la période de grossesse⁽⁵⁾.

Nous citons le Dr D. Winnicott non pas pour approuver ou développer l'ensemble de ses concepts, mais bien pour mettre en avant, par des métaphores très explicites, la fragilité à laquelle la femme peut être exposée dans le cadre de la maternité. Car c'est bien ici l'un des objectifs de cet article : ne pas entrer dans les diktats de la société tels que «tu l'as voulu, tu l'as eu, tu devrais être heureuse», «tu as de la chance, tu n'as pas le droit de te plaindre, tu es enceinte, tout le monde n'a pas cette chance», ou encore «un enfant, ce n'est que du bonheur». À l'inverse de cet idéal de la maternité véhiculé dans notre société, les propos du Dr D. Winnicott peuvent paraître à l'opposé et pourtant, tellement proches du ressenti d'un bon nombre de mamans.

Les théories et les concepts nous offrent, en tant que professionnel·les de la santé, la possibilité de réfléchir à nos pratiques et à la meilleure manière de prendre en charge le suivi de chaque patient·e, en tenant compte des vulnérabilités intrinsèques à chaque individu, en plus des vulnérabilités extérieures (somatiques, sociales...). Ceci nous permet d'apporter un soutien pendant cette période d'ambivalence et d'angoisse pour les parents. Dans ce contexte, le ou la médecin traitant·e est souvent considéré·e comme un·e professionnel·le de référence en raison de



l'alliance thérapeutique qui existe bien avant la grossesse. Il est donc évident que l'accompagnement ne devrait pas se limiter aux consultations gynécologiques. Cependant, il peut parfois être difficile de fournir un encadrement optimal lors d'une consultation de 20 minutes, notamment lorsque la mère présente des signes de décompensation émotionnelle. C'est pourquoi il est essentiel de favoriser une écoute active et de collaborer avec des professionnel·les adaptées pour répondre aux besoins spécifiques de chaque patient·e.

Le postpartum : le « quatrième trimestre » et au-delà

La naissance est un moment à la fois somatique et psychique, une expérience profondément subjective. L'accouchement représente un processus d'ouverture, tant sur le plan physique que mental, et exige un environnement sécurisé. Par conséquent, il est essentiel que les sages-femmes, les médecins gynécologues et d'autres professionnel·les de la santé (comme les maisons de naissance, les [doulas](#)^a, etc.) fournissent un accompagnement optimal pour garantir la sécurité physique et émotionnelle, répondant aux besoins spécifiques de chaque mère. Cette question pourrait être le sujet d'un article à part entière, notamment dans une société où l'accouchement peut être fortement médicalisé.

Une fois l'accouchement passé, survient l'arrivée d'un être que l'on a imaginé, mais qui devient soudain bien réel. La période post-partum devrait normalement être caractérisée par une sensibilité accrue de la mère, favorisant l'établissement des liens avec le nouveau-né. Cependant, il est important de garder à l'esprit que, comme le témoignent certaines patientes, « tout ne se passe pas toujours comme prévu ». Elles expriment des sentiments tels que « j'avais l'impression de ne pas connaître ce bébé et d'avoir le ventre vide », « à cause de cette césarienne, je n'ai pas pu avoir ce lien avec mon bébé », « j'ai dû être opérée en urgence, je me suis réveillée, il était dans les bras de mon mari, j'ai l'impression qu'il n'est pas né », ou encore « tout s'est bien passé, mais je ne ressens pas les émotions que je devrais ressentir... ».

Les difficultés d'attachement, les phénomènes de dissociation corporelle, le baby blues, la dépression du postpartum et d'autres problématiques similaires ne doivent pas être niés mais plutôt abordés de manière ouverte dans notre pratique. Cela doit se faire dans le cadre d'une prise en charge globale, bien au-delà de la période immédiate après l'accouchement, parfois même plusieurs mois après, pour chaque membre de la famille.

Lorsque nous abordons les « pathologies », il est essentiel d'effectuer un diagnostic différentiel, qui doit être réalisé exclusivement par un médecin, en vue d'une prise en charge appropriée. Il est nécessaire de distinguer ce qui relève de la pathologie de ce qui ne l'est pas. Comme mentionné précédemment, la grossesse peut être une période de vulnérabilité psychique. « Les épisodes dépressifs sont aussi fréquents pendant la grossesse qu'en post-partum, et les femmes ont plus de risques de présenter une maladie mentale sévère dans les trois mois qui suivent la naissance d'un enfant qu'à tout autre moment de leur vie. Elles ont presque deux fois plus de risques d'être hospitalisées en milieu psychiatrique dans l'année qui suit une naissance »⁽⁶⁾.


Les trois principaux paradigmes de la psychologie et de la psychopathologie périnatales sont les suivants⁽⁶⁾ :

- **le « baby blues »** : un phénomène considéré comme adaptatif et normal ;
- **les dépressions post-natales (DPN)** : elles font partie du vaste domaine des troubles de l'humeur. Les DPN représentent à elles seules un sujet de recherche considérable. Leur fréquence est élevée (13%), notamment au cours des premières semaines suivant l'accouchement (le risque est multiplié par trois), et environ 60% des cas sont des premiers épisodes. De plus, le risque de rechute est deux fois plus élevé dans les cinq ans suivant un épisode puerpéral ;
- **les psychoses puerpérales** : elles sont beaucoup plus rares (1 à 2 pour 100 naissances), mais constituent le seul syndrome de psychiatrie périnatale réellement individualisé dans le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Leur présentation clinique est généralement marquée, et leur classification au sein des troubles bipolaires de l'humeur justifie probablement leur reconnaissance nosographique.

Dans notre pratique, le diagnostic différentiel revêt une grande importance. En tant que psychologues, nous ne sommes ni habilité·es ni compétent·es pour établir un diagnostic médical, d'où l'intérêt de collaborer avec des médecins généralistes ou des psychiatres pour orienter la prise en charge.

Pour en revenir aux trois paradigmes, le « **baby blues** » est un phénomène courant mais non pathologique s'il ne perdure pas dans le temps. Il conviendra d'accompagner, de rassurer la maman et de s'assurer d'un retour à une humeur stable. Le « baby blues »⁽⁷⁾ est un terme familier, connu de la plupart des femmes enceintes, qui désigne une variété d'états dépressifs survenant chez les mamans après la naissance, la plupart du temps dans un délai de dix à vingt semaines. Il peut s'agir d'un état léger et temporaire, rapidement résolutif, parfois nommé « déprime », attribué à la fatigue due au manque de sommeil et à la nouvelle organisation familiale.

a. <https://www.reseau-sam.be/fr/prestataires/association-francophone-des-doulas-de-belgique>



Le « baby blues », encore appelé « blues du post partum » (BPP), est étudié depuis les années 1950 et concerne 50 à 70 % des femmes ayant accouché⁽⁸⁾. « En recoupant les différentes recherches menées, il est possible d'établir une liste de symptômes récurrents dans le BPP par ordre d'importance. Les pleurs en sont les premiers, caractérisés comme la principale manifestation. Près de 67 % des accouchées auraient des crises de larmes, souvent sans raison apparente selon ces auteurs ou déclenchées par des désagréments mineurs. La labilité de l'humeur est le deuxième symptôme revenant le plus fréquemment dans les études. En lien avec les crises de larmes, elle apparaîtrait généralement, autour du cinquième jour suivant la naissance de l'enfant. Viennent ensuite l'irritabilité, l'élation, la confusion et l'humeur dépressive. Une autre manifestation importante répertoriée est l'hypersensibilité. Elle expliquerait, la plupart des symptômes présents dans le BPP, car elle exacerberait les émotions présentes chez les mères. Enfin, l'insomnie, la fatigue, la lassitude, l'anorexie, les céphalées et des troubles cognitifs (difficultés de concentration, oublis, pensée brouillée), allant parfois jusqu'à des états confusionnels et de dépersonnalisation, sont aussi évoqués »⁽⁸⁾.

Il est crucial de considérer le « baby blues » comme une réaction liée à la création de la nouvelle identité maternelle et aux émotions qui l'accompagnent. De nombreuses mères éprouvent des sentiments négatifs envers leur bébé et peuvent se sentir coupables ou honteuses. Le soutien d'un·e professionnel·le de confiance permet d'exprimer ces émotions et de favoriser la création d'un lien sain avec l'enfant.

En cas de **dépression post-natale**, le diagnostic est d'autant plus crucial pour garantir une prise en charge rapide et adaptée, y compris une éventuelle médication et/ou hospitalisation.

En effet, chez certaines personnes, il s'agira d'une forme plus sévère répondant à la définition d'une authentique dépression survenant en période postnatale. Elle touche certaines mères dans les premières semaines après leur retour à la maison, et sa prise en charge nécessite parfois une intervention psychologique et médicale spécialisée⁽⁷⁾. Il convient de noter que la dernière édition du DSM-V ne la reconnaît pas comme une forme particulière de dépression, mais comme une dépression survenant dans la période périnatale et dont l'expression peut varier de mineure à sévère.

L'écoute active est essentielle pour ne pas minimiser les souffrances de la mère, et le ou la médecin généraliste, ainsi que tout professionnel·le de la santé, doit être prêt·e, si nécessaire, à utiliser des techniques d'entretien motivationnel pour recueillir les informations pertinentes et différencier une DPN d'un simple « baby blues. » Des échelles validées sont à disposition des professionnel·les afin d'orienter le diagnostic.

L'Échelle de Dépression Post-natale d'Édimbourg (EPDS)⁽⁹⁾, par exemple, est prévue pour le dépistage des dépressions du post-partum. Pour rappel, tout outil, quel qu'il soit, est une aide au diagnostic et doit être étudié suivant un contexte individuel, il ne représente donc pas un diagnostic à lui seul.

Enfin, un autre point mérite d'être évoqué : « **le trouble de stress post-traumatique** », tel que défini dans le DSM-V, se développe à la suite d'un événement traumatique (en anglais, ce diagnostic porte le nom de PTSD, pour *post traumatic stress disorder*). Cet événement peut être directement vécu par la personne ou en tant que témoin direct. Le PTSD peut aussi résulter de l'apprentissage d'un événement traumatique survenu à un proche. Il est essentiel de noter que cette condition doit être distinguée de l'état de stress aigu, qui est de courte durée.

En effet, il ne faut pas sous-estimer les traumatismes pouvant être associés à la grossesse et à l'accouchement. Parmi les potentielles sources de traumatismes consécutifs à un accouchement, on peut citer les hémorragies pré-, per- et post-partum, les hémorragies ou les infections néonatales, les délabrements périnéaux, les procédures médicales invasives, les incertitudes concernant la survie de l'enfant, ainsi que les séparations entre l'enfant et ses parents, entre autres.

Les traumatismes du pré-partum méritent également une attention particulière car un trouble de stress post-traumatique non traité peut avoir des répercussions sur le lien avec l'enfant à naître. L'intégrité psychique de chaque individu, y compris celle du ou des partenaires, suivant le modèle de famille reste vulnérable. Par exemple, une mère qui consulte à huit mois de grossesse en raison d'angoisses liées à son deuxième accouchement, car le premier a été traumatisant, peut révéler un traumatisme latent réactivé (reviviscence traumatique) par cette nouvelle naissance à venir, même si le premier accouchement remonte à cinq ans.

Que le traumatisme soit lié à la grossesse, au pré-partum ou à la période post-partum, des spécialistes tels que des psychologues, des médecins spécialisé·es, ainsi que des cliniques spécialisées, sont disponibles pour offrir une prise en charge adaptée suivant l'état psychosomatique des patient·es. La prise en charge doit intégrer des dimensions à la fois psychologiques et physiologiques. Cette considération revêt une importance capitale, car la sélection des structures de soins adéquates doit être faite en fonction des besoins spécifiques de chaque patient·e. Il est donc impératif de connaître ces établissements et d'établir des collaborations afin de garantir un suivi approprié. Parmi les options disponibles, on peut citer : Le [Centre Médical Pédiatrique Clairs Vallons](#), Le [Centre Périnatal du Brabant Wallon](#), La [Clinique de la Femme Enceinte du CHU Saint-Pierre](#), La [Clinique](#)



St-Jean à Bruxelles, La Clinique Universitaire Saint-Luc à Bruxelles, Le Centre Hospitalier Universitaire de Liège (CHU Liège), etc.

Notions fondamentales relatives à l'attachement

L'**attachement** est un pilier central de la psychologie du développement, initialement examiné pour son rôle dans les conséquences de la séparation précoce entre les parents et l'enfant. Dans cet article, nous allons explorer brièvement les fondements théoriques de l'attachement, en nous appuyant sur l'approche de Bowlby (1969) et en examinant ses implications pour le développement de l'enfant.

En 1969, John Bowlby, psychologue et psychiatre britannique, célèbre pour ses travaux sur l'attachement, a adopté une approche éthologique pour définir l'attachement comme un « système comportemental biologiquement déterminé qui représente un avantage en termes de survie et qui, par conséquent, a été progressivement choisi par la sélection naturelle »⁽¹⁰⁾. En d'autres termes, l'attachement peut être considéré comme un ensemble de systèmes innés de comportements ou de systèmes motivationnels qui favorisent les relations sociales et qui s'ajustent en fonction de la réponse de l'environnement. Bowlby explique que le système d'attachement a pour but de favoriser la proximité de l'enfant avec une ou plusieurs figures adultes, permettant ainsi à l'enfant d'obtenir le réconfort nécessaire pour retrouver un sentiment de sécurité interne face aux éventuels dangers de son environnement.

Bowlby utilise la métaphore d'un « thermostat » pour décrire le fonctionnement de l'attachement. Selon lui, dans des conditions spécifiques, le système d'attachement est fortement activé, incitant l'enfant à rechercher la proximité et le contact avec la figure d'attachement. En revanche, lorsque les conditions sont perçues comme normales, l'enfant est libre de poursuivre d'autres objectifs et activités. L'objectif évolutionniste de ces comportements est de protéger l'enfant contre les dangers potentiels, favorisant ainsi sa survie.

L'attachement représente donc un besoin fondamental chez tout enfant dès sa naissance, jouant un rôle essentiel dans sa survie. Il naît du sentiment de sécurité que l'enfant ressent auprès de ses figures d'attachement, découlant de la certitude que ces figures répondront à ses besoins essentiels, même si toutes ses envies ne sont pas satisfaites.

L'attachement peut varier en fonction de divers facteurs et de circonstances particulières, et il peut être influencé par des situations spécifiques, telles que

l'adoption, le déni de grossesse, ou des expériences de grossesse et d'accouchement difficiles. Ce phénomène se crée généralement in utero, mais ce n'est pas toujours le cas. En effet, pour certaines mamans, les interrogations peuvent être nombreuses. Je cite les propos de certaines de mes patientes : « J'avais le ventre vide, et sur ma poitrine un petit être étranger, allait-il m'aimer ? », « Suis-je capable de lui offrir tout ce dont il a besoin ? On ne m'a pas donné le mode d'emploi ! », « Pourquoi les autres femmes ne nous préviennent pas et ne nous disent pas à quel point la période du post-partum est éprouvante ? », « J'étais incapable d'allaiter, j'éprouvais une culpabilité énorme, pourtant c'est censé être naturel », « J'ai vu mon bébé après avoir été opérée en urgence, j'ai failli mourir à sa naissance, ce passage imprévu de dedans à dehors fut un choc pour moi »... Il est important de garder à l'esprit que la maternité, bien que naturelle, est loin d'être un état psychologiquement et physiquement anodin.

La littérature dans le domaine de l'attachement est essentielle pour la compréhension et la prise en charge clinique. Divers auteurs, tels que Boris Cyrulnik, neuropsychiatre, psychanalyste, et écrivain français renommé, ont exploré l'importance de la biologie de l'attachement⁽¹¹⁾. Leurs travaux, à travers des ouvrages et des vidéos, fournissent des perspectives précieuses tant pour les parents que pour les professionnel·les de la santé.

Il est indéniable que des ouvrages spécialisés, élaborés par des auteur·es reconnues tel·les que Nicole Guédénéy⁽¹²⁾, jouent un rôle crucial dans le domaine de la santé mentale. Ces écrits sont principalement conçus pour les professionnel·les de la santé, visant à enrichir leur pratique clinique. Cependant, une perspective novatrice se dessine : celle de proposer ces ouvrages directement aux patient·es, selon leurs besoins et leurs demandes.

Cet accompagnement, s'il est nécessaire et souhaité, revêt une importance particulière, car les professionnel·les de la santé s'accordent à dire que l'attachement joue un rôle déterminant dans le développement de la personnalité de l'enfant. Un attachement de type « sécuritaire » agit comme un facteur de protection contre l'adversité et contribue à la formation de relations saines et durables tout au long de la vie de l'individu.

Sur ce point, il est pertinent de citer Mary Ainsworth, collaboratrice de John Bowlby, qui a défini différents styles d'attachement, notamment l'attachement sécuritaire, les attachements insécuritaires évitants et ambivalents/résistants. Ces styles d'attachement sont évalués chez les enfants de 12 mois à l'aide de l'expérience de la « situation étrange » (1978)⁽¹³⁾, méthode développée pour étudier les schémas

d'attachement entre les enfants et leurs figures d'attachement. Celle-ci implique de placer l'enfant dans une série de situations interactives avec sa mère ou son·sa soignant·e dans un environnement inconnu. Les réactions de l'enfant à ces situations, comme l'exploration de l'environnement, le comportement de recherche de réconfort et la réaction au retour de la figure d'attachement, fournissent des indices sur la qualité de l'attachement.

Le concept d'attachement désorganisé, décrit par George, Main et Kaplan⁽¹⁴⁾, fait référence à une situation où l'enfant ne présente plus de stratégies claires pour faire face au stress. Ce style d'attachement est fortement corrélé à la psychopathologie et nécessite des interventions thérapeutiques spécifiques.

Les professionnel·les de la santé ont une responsabilité cruciale dans l'accompagnement des parents et la promotion d'un attachement sécurisé.

En résumé, l'attachement est un processus complexe, influencé par une multitude de facteurs, et son impact est profondément ressenti tout au long de la vie. Il revêt une importance capitale pour le bien-être et le développement des individus. De nombreux adultes entreprennent une thérapie psychologique pour traiter des troubles de l'attachement, avec pour objectif d'améliorer leur qualité de vie à l'âge adulte. Ce travail en profondeur vise à restaurer cette base, favorisant ainsi une gestion émotionnelle plus équilibrée et des relations plus satisfaisantes avec autrui, en accord avec les souhaits du ou de la patient·e.

Une autre notion essentielle fortement liée au contexte sociétal dans la psychologie de l'attachement est celle du « **caregiving** » qui se réfère au rôle des **donneur·euses de soins** dans la vie d'un enfant. Un·e « caregiver » est une figure d'attachement privilégiée qui répond à **trois critères clés** : elle prend soin de l'enfant sur le plan physique et émotionnel, elle est présente de manière significative et régulière dans la vie de l'enfant et elle s'investit émotionnellement dans cette relation.

Selon John Bowlby⁽¹⁰⁾, l'enfant développe une hiérarchie de relations d'attachement, où d'autres figures éducatives, y compris le père, sont considérées comme des figures d'attachement subsidiaires. En effet, toute personne qui s'engage dans une interaction sociale durable avec l'enfant et répond à ses besoins de réconfort lorsque celui-ci est en détresse a le potentiel de devenir une figure d'attachement. Bowlby a défini le « caregiving » comme étant la facette parentale de l'attachement. Il englobe la capacité à prodiguer des soins, à prendre soin d'un être plus jeune sur le plan physique et émotionnel, en satisfaisant à la fois ses besoins physiologiques et affectifs.⁽¹⁰⁾

Dans notre société actuelle, il est déterminant pour chaque professionnel·le de la santé de reconnaître

l'importance des « caregivers » dans la vie de l'enfant. En effet, l'attachement ne se limite pas à la mère, car d'autres adultes, tels que le père, les grands-parents, les frères et sœurs aînés, ou même les professionnel·les de la santé, peuvent également jouer un rôle de figure d'attachement. Cette diversité de caregivers peut offrir des avantages adaptatifs en favorisant le développement de liens sociaux. De plus, ces schémas varient en fonction des cultures et des modes de vie. Il est essentiel de reconnaître l'implication grandissante du père. La place et le rôle du père au sein de la famille ne doivent pas être généralisés, mais plutôt évalués en fonction de la dynamique familiale spécifique.

Sur ce sujet, de nombreux articles et réflexions sont présents. Il suffit de considérer, du point de vue légal, les changements en matière de garde parentale pour percevoir une évolution de la perception de la paternité. En guise d'exemple parmi les débats actuels⁽¹⁵⁾ : «[...] Là où le père traditionnel était distant, nimbé dans son autorité de pater familias, là où il se contentait de pourvoir aux besoins élémentaires de sa famille, les « papas » d'aujourd'hui – qu'on appelle parfois les « nouveaux pères » – sont à l'écoute de leurs multiples exigences de présence, d'attention et de tendresse de leurs enfants. Ce qui était naguère risible pour un homme – « pouponner, biberonner, materner » – est aujourd'hui devenu la norme. Une norme affichée fièrement sur les réseaux sociaux où il n'est plus rare de voir écrit sur le profil de certains hommes : « je suis papa poule, papa cool et fier de l'être! ». On aurait raison de rattacher ce bouleversement à la libération des mœurs, à l'égalité des sexes et à l'émancipation des femmes. La représentation communément admise d'une mère confinée dans l'allaitement et d'un père indifférent au bébé s'est entièrement fissurée. Il n'est pas excessif d'affirmer que la place du père dans les sociétés démocratiques a connu un changement quasi-révolutionnaire en un demi-siècle [...] ».

Un tout autre sujet lié à l'attachement, mais tout aussi important dans le cadre clinique, est **le choix de l'allaitement**, qui relève de la décision de la mère. Dans la pratique, il est nécessaire pour les professionnel·les de la santé de mettre de côté leurs propres idéologies et de se demander ce qui convient le mieux à l'enfant et à la mère à un moment donné. Le modèle de la Balance Décisionnelle^{b(16)} en psycho-

b. Dans le contexte de l'allaitement, un·e médecin pourrait utiliser le modèle de la Balance Décisionnelle pour aider une femme à choisir entre l'allaitement et l'alimentation au biberon. Le·la médecin discuterait des avantages et des inconvénients de chaque option, y compris les aspects pratiques et émotionnels, tout en tenant compte des valeurs et des préférences individuelles de la femme. En utilisant ce modèle, le·la médecin aiderait la femme à prendre une décision éclairée et adaptée à ses besoins et à ceux de son bébé.



logie, proposé par Janis et Mann dans les années 70, peut aider les professionnel·les de la santé à accompagner les mères dans leur prise de décision, en particulier lorsque des émotions telles que la culpabilité, le sentiment d'échec ou la pression sociale sont présentes en relation avec l'allaitement.

La communication professionnelle est nécessaire, et les ressources accessibles au grand public, telles que les vidéos et articles informatifs, se doivent d'être utilisées et transmises. Nombre d'entre eux soulignent que le choix entre l'allaitement et le biberon n'a aucune incidence sur la construction d'une relation saine avec l'enfant. **Le sentiment d'attachement naît à travers l'ensemble des soins qu'un parent offre à son bébé, et non pas uniquement pendant l'alimentation.** Les interactions sociales précoces sont davantage influencées par le contact visuel. L'allaitement n'est donc en aucun cas une obligation pour développer un attachement sain.

Sur le plan scientifique, l'**expérience des singes Rhésus**⁽¹⁷⁾ est une expérience emblématique réalisée par le psychologue John Bowlby et ses collaborateurs dans le cadre de la théorie de l'attachement. Cette expérience a été menée dans les années 1950. L'expérience a démontré que les jeunes singes montrent une préférence marquée pour une mère de substitution douce et réconfortante, même si elle ne fournit pas de nourriture, par rapport à une mère de substitution en fil de fer qui fournit de la nourriture. Cela a souligné l'importance du lien émotionnel et du réconfort dans le développement des jeunes mammifères, et a renforcé les concepts clés de la théorie de l'attachement développée par John Bowlby.

Conclusion et réflexion sur les pratiques en périnatalité

En conclusion, l'objectif fondamental pour les professionnel·les de la santé est de se focaliser sur les besoins de la (future) mère, de l'enfant (futur) et du ou des partenaires ainsi que de la famille, dans leur vision du monde. Une formation adéquate, une collaboration efficace entre les professionnel·les et la mise en œuvre de bonnes pratiques de soins sont ainsi indispensables à cette fin. Pour assurer une prise en charge de qualité, il est impératif de posséder un savoir-être, un savoir-faire et des connaissances en matière de périnatalité. De plus, il faut tenir compte du rôle actif des patient·es dans leur propre santé, conformément aux principes énoncés dans la loi Droits du patient de 2022.

Le type de prévention

On notera donc l'importance d'une approche multidisciplinaire et différenciée dans le domaine de la périnatalité, en ce qui concerne les pratiques de prévention et d'accompagnement. Reconnaître la diversité des professionnel·les intervenant dans ce domaine (sages-femmes, doulas, obstétricien·nes, médecins généralistes, anesthésistes-réanimateur·rices, pédiatres-néonatalogistes, psychiatres, pédopsychiatres, psychologues, équipes ONE, psychomotricien·nes, puériculteur·rices, assistant·es sociaux·ales, etc.) souligne la nécessité d'une collaboration interdisciplinaire pour une prise en charge exhaustive des femmes et des couples durant les phases pré-, per- et post-partum.

Une différence doit être faite concernant le type de prévention et d'accompagnement. La prévention et l'amélioration des pratiques requièrent une attention particulière envers la communication verbale et non verbale: accorder autant d'importance au langage corporel qu'à l'aspect psychologique (ex.: les postures, les expressions faciales, l'utilisation de gestes d'auto-apaisement...). En étant attentif aux signaux non verbaux, le médecin peut mieux comprendre les besoins émotionnels du·de la patient·e et adapter son approche pour améliorer la qualité de la consultation.

Un diagnostic différentiel et des outils de prévention primaire permettent de détecter précocement les signes d'alerte et les facteurs de risque relatifs à la santé psychique des (futurs) parents, incluant la prévention du suicide maternel.

Nous pouvons citer parmi les **signes d'alerte** auxquels il faudrait être attentifs:

- des changements d'humeur fréquents;
- une irritabilité accrue;
- un isolement social;
- une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes;
- une fatigue persistante;
- des troubles du sommeil;
- des symptômes physiques sans cause évidente.

Concernant les **facteurs de risque**, nous devrions prendre en compte les antécédents familiaux de troubles mentaux, le stress chronique, le manque de soutien social, l'isolement social et les changements de vie majeurs.

Une **détection et une intervention précoce** peuvent aider à prévenir l'aggravation des problèmes de santé mentale et favoriser le rétablissement. Dans ce contexte, la disponibilité d'outils de dépistage appropriés et de mécanismes d'intervention précoce est essentielle pour assurer la sécurité des familles. Il existe plusieurs outils de dépistage

des vulnérabilités en périnatalité utilisés par les professionnel·les de la santé, y compris les généralistes et les obstétricien·nes.

Des grilles d'évaluation clinique existent, elles sont élaborées au sein des structures de soins suivant la pratique hospitalière évaluant la vulnérabilité périnatale^c. Ces outils évaluent différents facteurs de risque chez les femmes enceintes, tels que l'âge, l'état de santé, les antécédents médicaux et les circonstances sociales. Ils permettent aux professionnel·les de la santé d'identifier les femmes qui pourraient avoir besoin d'une surveillance ou d'un soutien supplémentaire pendant la grossesse. Citons aussi le [Projet Européen «PATH: Pathways to improving perinatal mental health»](#) qui vise à informer au sujet des troubles psychiques périnataux, à des fins de prévention primaire et secondaire. Il s'agit d'une « approche globale afin de prévenir, diagnostiquer et prendre en charge les troubles de santé mentale périnatale des futurs/nouveaux parents et à établir un réseau solide et durable entre les familles, les professionnels de santé, les employeurs et la communauté locale ».

L'accompagnement et la prévention secondaire sont définis comme tout accompagnement réalisé, peu importe la période, permettant d'optimiser et de répondre aux besoins des bénéficiaires. Ce type de prévention signifie, entre autres, pour les professionnel·les d'aborder certaines questions, parfois délicates en fonction de ce qu'ils perçoivent, tout en respectant la demande et l'intimité de chaque patient·e de manière non intrusive. Poser des questions sur des sujets tels que l'humeur, la sexualité et l'identité future de la mère contribue de manière significative au bien-être psychique des patient·es.

L'Individu « individualisé »

Chaque individu requiert une attention personnalisée, une compréhension approfondie de sa singularité, de sa complexité, et de son environnement. Pour mieux comprendre le contexte actuel, nous pouvons citer quelques données en lien avec la périnatalité en Wallonie qui révèlent une diminution du nombre de naissances depuis 2012, avec une augmentation de l'âge moyen des mères, notamment celles âgées de 40 ans et plus, passant de 2,9% en 2011 à 3,7% en 2020⁽²⁾.

c. Exemples de deux grilles d'évaluation :

- [La grille d'évaluation des critères de vulnérabilité en prénatal amenant une orientation vers les sages-femmes PMI-PS Haute-Savoie](#) ;
- La « [Parenting Stress Index](#) » (PSI) : questionnaire conçu pour évaluer le stress parental et identifier les facteurs de stress spécifiques associés à la parentalité. [Abidin RR. (1995). *Parenting stress index*]

Les pratiques des professionnel·les de la périnatalité sont intrinsèquement liées au contexte dans lequel ils ou elles évoluent, qu'il s'agisse de la situation sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 ou du cadre institutionnel dans lequel ils ou elles opèrent. Dans cette perspective, il est impératif d'explorer le versant humain de la périnatalité. Combien de femmes ont pu se sentir déshumanisées, réduites à de simples numéros dans les couloirs des établissements de PMA, lors d'exams gynécologiques ou encore privées de leur savoir-faire lors de leur accouchement ? Nous devons écouter attentivement les témoignages des patient·es, qui expriment leur ressenti de manière explicite lors de séances thérapeutiques.

Ainsi, nous pourrions enrichir et réviser notre système de soins pour répondre aux exigences d'une société axée sur la productivité, dans laquelle les professionnel·les de la santé cherchent à maintenir l'aspect humain des soins, malgré les contraintes temporelles et psychologiques auxquelles ils ou elles sont confronté·es. C'est un défi paradoxal que de prodiguer des soins humanisés lorsque le temps est limité. Il est donc primordial de remettre en question nos pratiques afin de répondre aux attentes sociétales et institutionnelles, et de garantir la meilleure prise en charge de la santé de chaque patient·e.

Dans cette perspective, la collaboration en réseau s'avère être une solution pour répondre au cadre de travail et offrir un accompagnement optimal aux bénéficiaires. Diverses approches thérapeutiques, telles que les groupes de parole en parentalité, les ateliers de type « [bébé rencontre](#) » organisés par l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), les ateliers en maisons de naissance, les équipes hospitalières spécialisées dans la relation mère-enfant, les outils Yapaka, ou encore des ressources comme « la Maison des Maternelles », sont aujourd'hui disponibles pour les patient·es.

L'attitude du·de la professionnel·le constitue la pierre angulaire précédant l'utilisation de ces outils. En effet, comme le souligne Bydlowski⁽⁵⁾, « La plasticité du psychisme de la femme enceinte permet de faciliter la relation avec le soignant et donc facilite l'expression des besoins, des peurs, des angoisses... », sous réserve que le·la professionnel·le soit disponible, fasse preuve d'empathie et maintienne une continuité dans la prise en charge pour répondre de manière constante aux besoins des patient·es.

Chaque professionnel·le, en fonction de sa spécialisation et de sa singularité, apportera sa propre expérience clinique. En conséquence, chaque entretien sera unique, en fonction du moment de la consultation (pré-grossesse, grossesse, post-partum) et des besoins spécifiques des parents, ainsi que de l'attitude et de l'alliance thérapeutique que pourra faciliter chaque professionnel·le de soin.



Le concept d'alliance de travail, introduit par Greenson⁽¹⁸⁾, issu du courant psychanalytique et de la psychologie humaniste, a permis d'élaborer une conception nouvelle du lien thérapeutique, à présent décrit comme un facteur thérapeutique majeur. Dans le cadre de l'accompagnement en périnatalité, cette dimension humaine se doit d'être constamment mise en avant et jamais négligée.

Bibliographie

1. Chabernaud JL, Donner C, Wendland J. (2019). Périnatalité, croisement des regards... *Périnatalité*, 11 (1), 1-1.
2. Dossier Centre d'Epidémiologie Périnatale asbl - CEpiP - (2020). Santé périnatale en Wallonie.
3. Abdel-Baki A, Poulin MJ. (2004). Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement: I. Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse 1. *Psychothérapies*, 41 (2), 3-9.
4. Organisation mondiale de la Santé. (2017). Pour que chaque enfant compte: audit et examen des mortinaissances et des décès néonataux.
5. Bydlowski M, Golse B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le carnet psy*, 63 (3), 30-33.
6. Sutter-Dallay AL, Guédeney N. (2010). Concept de psychiatrie périnatale, histoire, applications, limites. *nourrisson*, 21, 22.
7. Im V, Briex M. (2019). Baby blues. *Spirale*, 89 (1), 131-135. Disponible : <https://doi.org/10.3917/spi.089.0131>
8. Roux M, Wendland J. (2019). Blues du post-partum: prévalence et facteurs associés parmi des francophones primipares et représentations chez des sages-femmes. *Périnatalité*, 11 (1), 32-41.
9. Chabrol H, Teissèdre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Rogé B. (2003). Prévention et traitement des dépressions du post-partum: une étude contrôlée. *Devenir*, 15 (1), 5-25.
10. Bowlby J. (1989). La théorie de l'attachement. *Psychopathologie du bébé*, 1989, 165-197.
11. Cyrulnik B. (2015). Biologie de l'attachement et de la résilience. *European Psychiatry*, 30 (S2), S15-S16.
12. Guédeney N, Lamas C, Bekhechi V, Mintz AS, Guédeney A. (2008). Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère. *Archives de pédiatrie*, 15, S12-S19.
13. Ainsworth M. (1983). L'attachement mère-enfant. *Enfance*, 36 (1), 7-18.
14. Luz R, George A, Spitz E. (2016). Attachement, parentalité et diagnostic prénatal: perspectives théorique, clinique et de recherche en psychologie de la santé. *Pratiques Psychologiques*, 22 (4), 399-415.
15. Hiridjee K. (2022). Être père, une place à réinventer. *Dossiers Cairn*, (36), 1-1. Disponible : <https://www.cairn.info/dossiers-2022-36-page-1.htm?contenu=article>
16. Fortini C, Daeppen JB. (2011). L'entretien motivationnel ? : développements récents. *Psychothérapies*, 31 (3), 159-165.
17. Montagner H. (1988). *L'attachement: les débuts de la tendresse*. Odile Jacob.
18. Rodgers RF, Cailhol L, Bui E, Klein R, Schmitt L, Chabrol H. (2010). L'alliance thérapeutique en psychothérapie: apports de la recherche empirique. *L'Encéphale*, 36 (5), 433-438.

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. L'importance croissante du concept de la périnatalité dans divers domaines médicaux souligne la nécessité d'une évolution des pratiques dans la société contemporaine.
2. L'augmentation de la charge mentale liée à la parentalité met en évidence le besoin d'un réseau de soutien pluridisciplinaire, alors que la maternité évolue vers une structure familiale plurielle.
3. La reconnaissance des défis de la période périnatale nécessite une approche pluridisciplinaire et un accompagnement adapté pour les (futurs) parents, avec une sensibilisation aux services spécialisés et une approche centrée sur les besoins individuels de chaque patient-e en mettant l'accent sur la prévention.

La Rédaction