

Stress et Grossesse

Quelle prévention pour quels risques?

Société Francophone de Psychologie Périnatale

luc.roegiers@uclouvain.be

Deauville, Octobre 2010

Société Francophone de Psychologie Périnatale
=nouveau concept, nouvelles perspectives

- L' affaire de chacun
 - dimension humaine du soin
 - « *vos émotions comptent à nos yeux* »
- L'affaire de tous, ensemble
 - Une chaîne d'interventions reliées
 - « *nous nous parlons de vous* »

Molénat F (sous la direction)

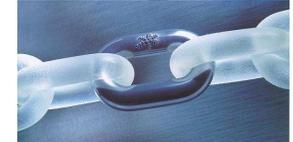
Prévention précoce; petit traité pour construire des liens humains, Eres, 2009

Stress et grossesse selon Google

- “Bonjour,
Je suis dans mon troisième mois de grossesse...
J'aimerais **connaître les conséquences possibles de mon stress** sur mon bébé. J'aimerais surtout connaître le seuil à ne pas dépasser afin de protéger mon bébé de ma vie existentielle.
Je vous remercie d'avance de vos conseils. “
(Aufeminin)
- “...Et le stress durant la grossesse peut avoir des conséquences. C'est ce que soulignent des chercheurs belges, après avoir étudié les antécédents de 71 mamans ..., ils ont montré que plus les femmes étaient stressées, plus les enfants risquaient d'avoir des problèmes comportementaux !... **Il est donc essentiel de rester zen durant les neuf mois de votre grossesse.**”
(Doctissimo)

Voies d'accès au problème

- (Neuro)pédiatre:
 - Causes des troubles du développement ?
- Néonatalogiste et puéricultrice
 - Prématurité: Quand traumatisme rime avec culpabilité ?
- Obstétricien
 - Impact du stress dans les grossesses à risques?
- Sage-femme
 - Quand des femmes enceintes qui se vivent toxiques?
- Médecin traitant
 - Expérience du contexte : en liaison? Ou déliaison?
- Épidémiologiste
 - Diffuser les publications?
- Psychiatre
 - Médiquer lors d'une grossesse?
- Psy périnatal
 - Comment activer la sécurité émotionnelle?



L'idée d'un ouvrage collectif

- Prendre comme modèle ce concept d'interface pour fédérer les compétences autour de la prévention
- On a besoin les uns des autres pour rendre compte de ce concept de stress comme pour en trouver la parade



**Françoise Molénat et Luc Roegiers, pédopsychiatres,
Stress et grossesse, sous presse, Eres, 2011**

Stress, maladie de société

« ...Le poids de la précarité est si fort, notamment sur la prévalence de la prématurité et le retard de croissance, que toute tentative d'amélioration des indicateurs périnataux à l'échelle d'un territoire impose d'optimiser la prise en charge des femmes et des nouveau-nés... »

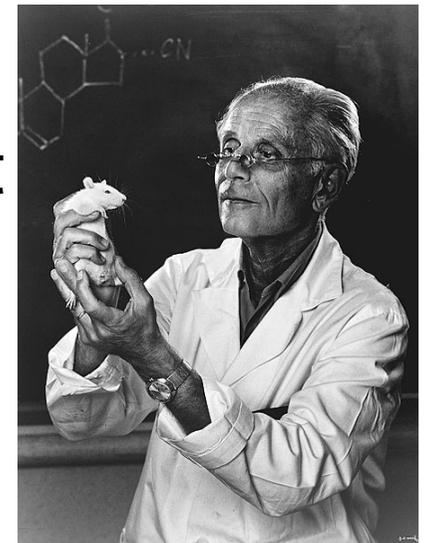


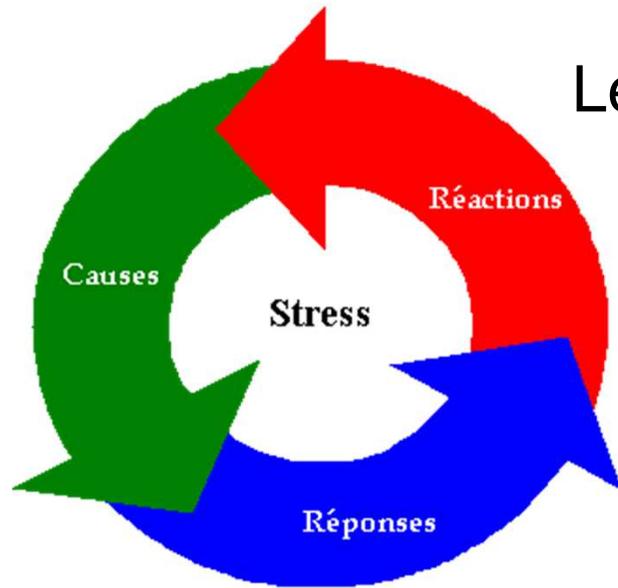
Dominique Mahieu-Caputo, obstétricienne

Stress= ?
(vision neuro-endocrinienne)

Stress selon Hans Selye = ?

- Un mécanisme **adaptatif** stéréotypé de survie sélectionné par l'évolution face à des stimuli dangereux entre autre venant de prédateurs
Il peut s'agir **d'agresseurs extérieurs comme d'événements intérieurs φ ou ψ**
- L'événement est ressenti et amène une série de modifications prévues pour mobiliser de l'énergie et **faire face** à l'agression
- La pathologie ne vient pas essentiellement l'agression mais **de la réponse**
(« **distress** »)





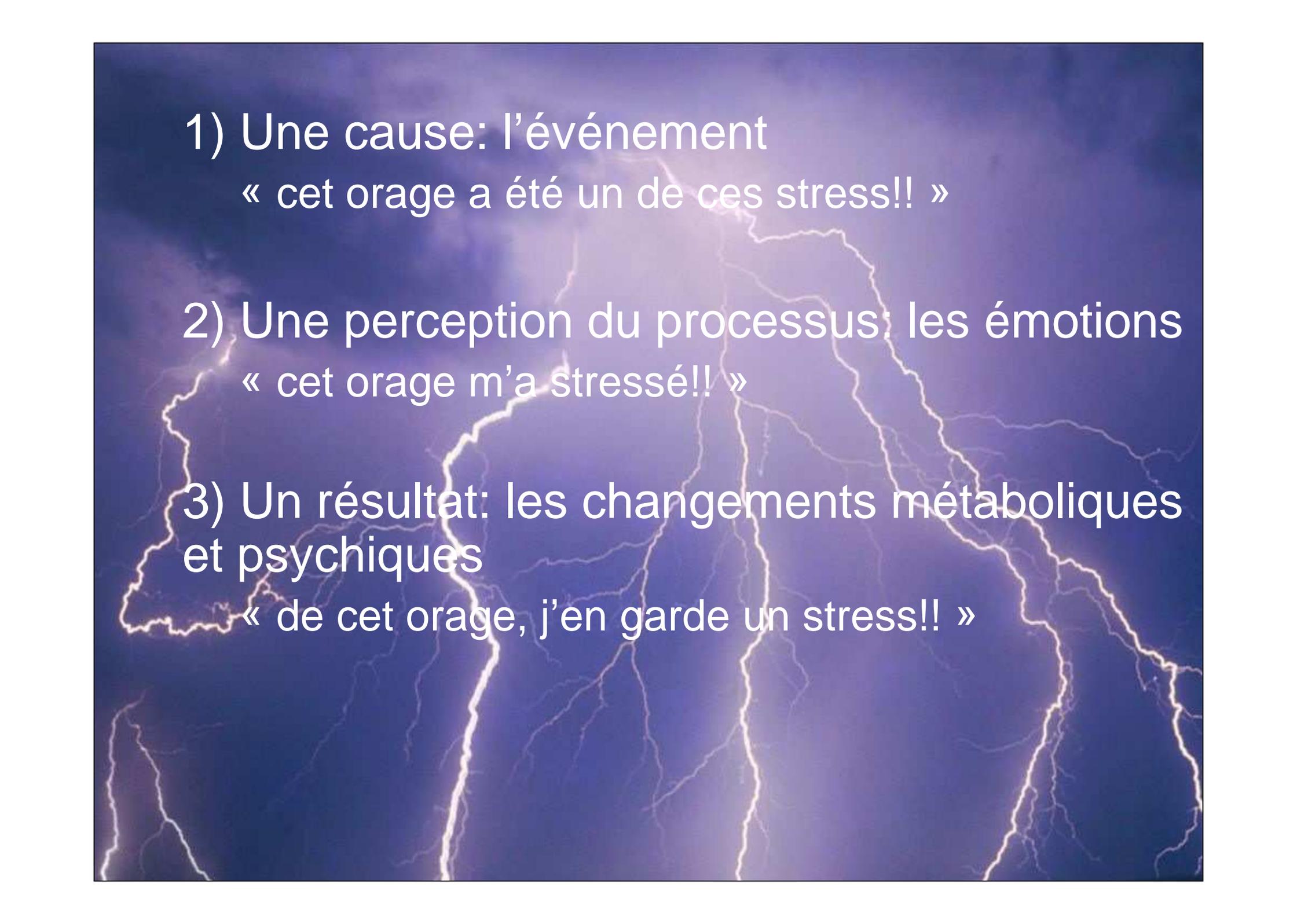
Le terme de « stress » désigne à la fois

- l'agent responsable,
- la réaction à cet agent
- l'état dans lequel se trouve celui qui réagit

Stress =



Ce schtroumpf me schtroumpfe au point d'être schtroumpfé



1) Une cause: l'événement

« cet orage a été un de ces stress!! »

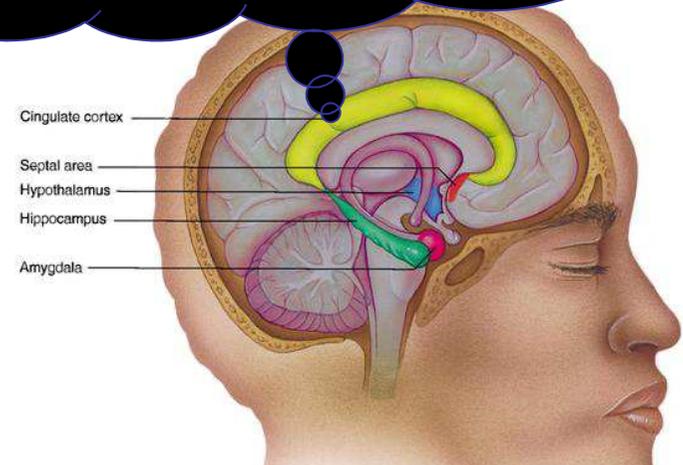
2) Une perception du processus: les émotions

« cet orage m'a stressé!! »

3) Un résultat: les changements métaboliques
et psychiques

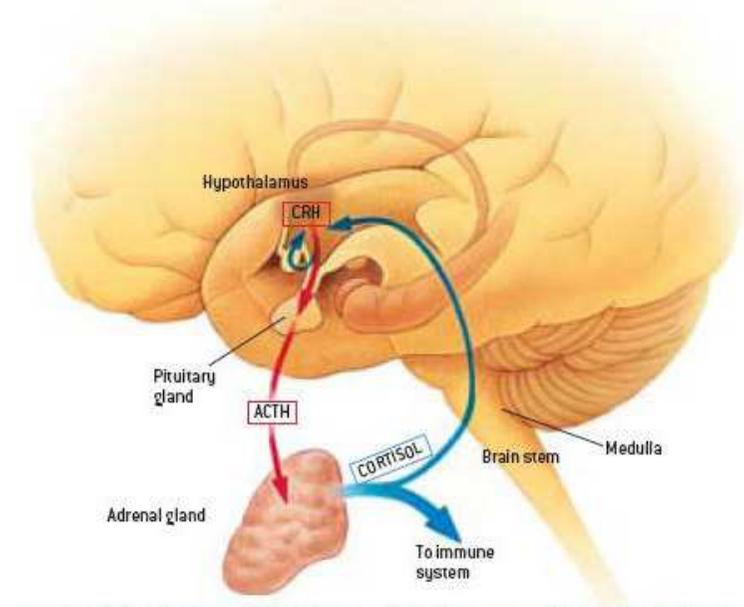
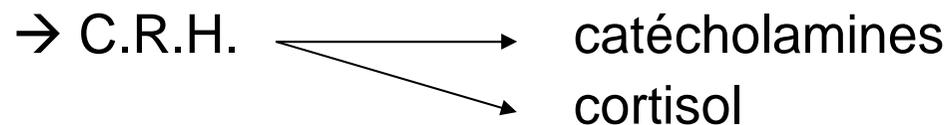
« de cet orage, j'en garde un stress!! »

- 1-Réception du stress, sensorialité
- 2-Le *système limbique* = centre d'intégration émotionnelle des événements
 - L'hippocampe déchiffre et met en mémoire les éléments de contexte de stimuli
 - L'amygdale nous permet de donner une valeur émotionnelle à certains stimuli avant même d'en avoir compris la signification

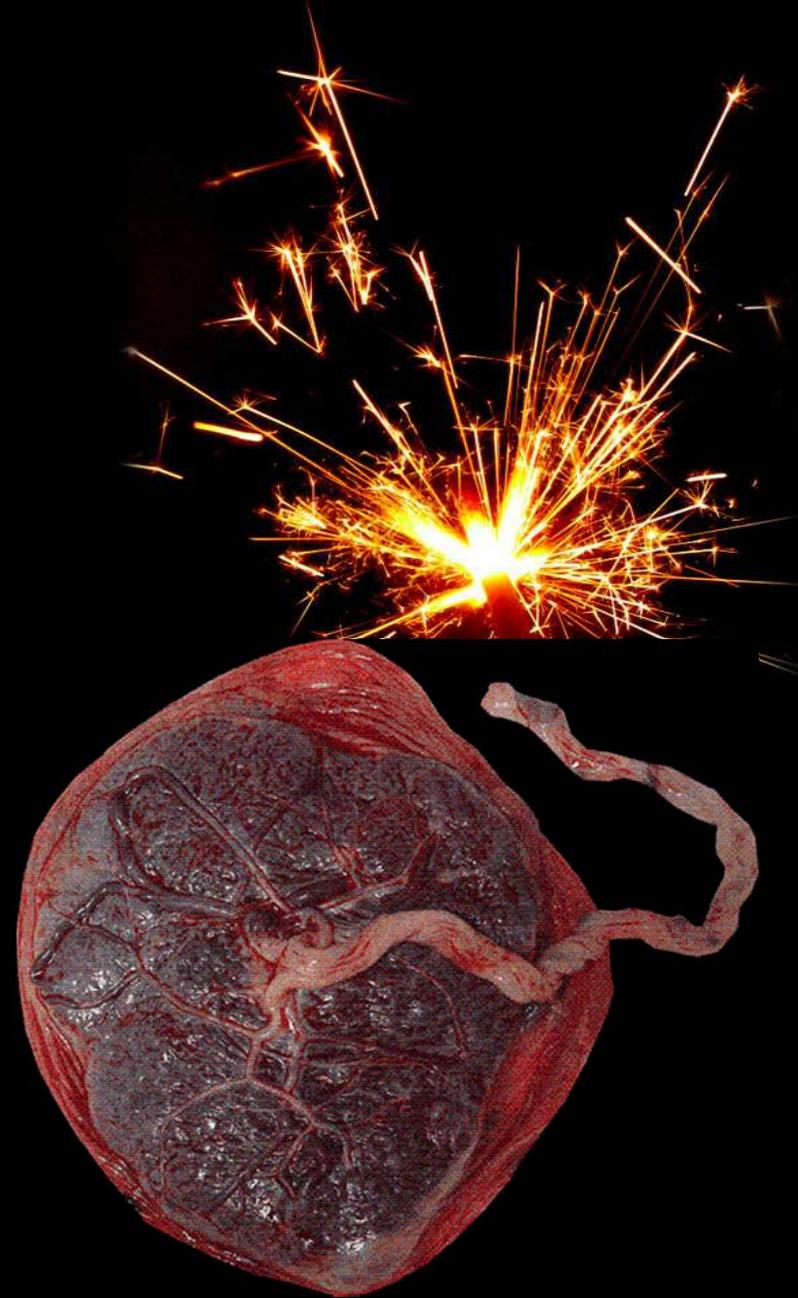


STRESS RESPONSE SYSTEM

- 3-L'*hypothalamus*, étroitement lié au système limbique va prendre en charge les commandes biologiques qui permettront de préparer les réactions à la perturbation stressante = « axe du stress »



!! Le placenta accentue la réponse métabolique au stress en produisant la CRH



Stress prénatal, vision sceptique

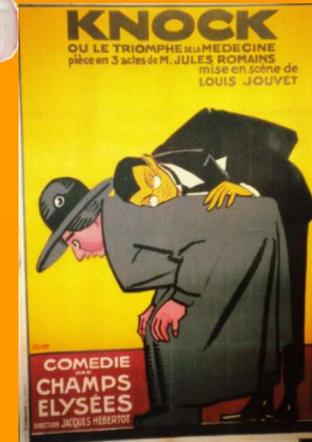


- Un « vrai » problème? RISQUES=?

- C'est le facteur de risque

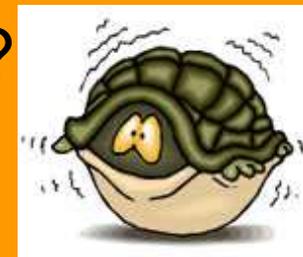
- « bateau » de l'insaisissable MAP

- Les conséquences sur le développement sont issues d'études aux méthodologies discutables



- Que faire de ces infos? PRÉVENTION=?

- Si on dit « déstressez-vous », ça fait encore plus peur



- Les ressources sont non validables

- Le stress ça prend du temps



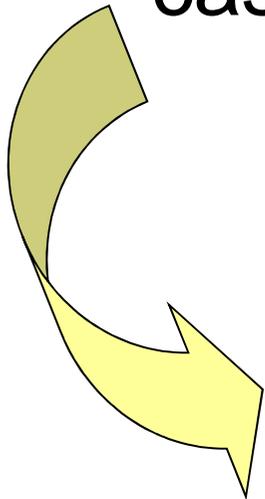
Un « vrai » problème?

*C'est le facteur de risque « bateau » de
l'insaisissable MAP*



Chez l'animal, l'effet est clair

- Diminution de l'activité utérine en présence de prédateur
- Augmentation de l'activité utérine et FC en cas d'hiver trop froid ou de surpopulation



Valeur adaptative évidente

Et chez l'humain ??



Risques sociaux et psychologiques d'accoucher prématurément établis de façon prospective

Michel Boulvain, obstétricien, épidémiologiste

- Niveau socio-économique bas
 - ! facteurs de confusion: âge, groupe ethnique, infections génitales...
- Travail pénible et en particulier stress au travail... ou au non-travail
- Événements négatifs et en particulier
 - Antécédents divers
 - Grossesse non souhaitée, mal investie
 - Problèmes de filiation, de couple, ...

Stress **spécifiques à la grossesse ?**

- La grossesse est un stress en soi (crise maturative)

Stern D, 1995, La Constellation Maternelle, Calmann-Levy.

- **Martine Segueilla, psychologue**

Certaines variables spécifiques de la grossesse ont été identifiées:

- Image corporelle
- Sentiment de plénitude maternelle
- Rapport au temps
- Place du père de l'enfant
- Lien de filiation
- Superstitions

Mamelle N., Segueilla M., Munoz F., Berland M.

Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor-the benefits of psychological support.

Am J Obstet Gynecol 1997;177:947-52.

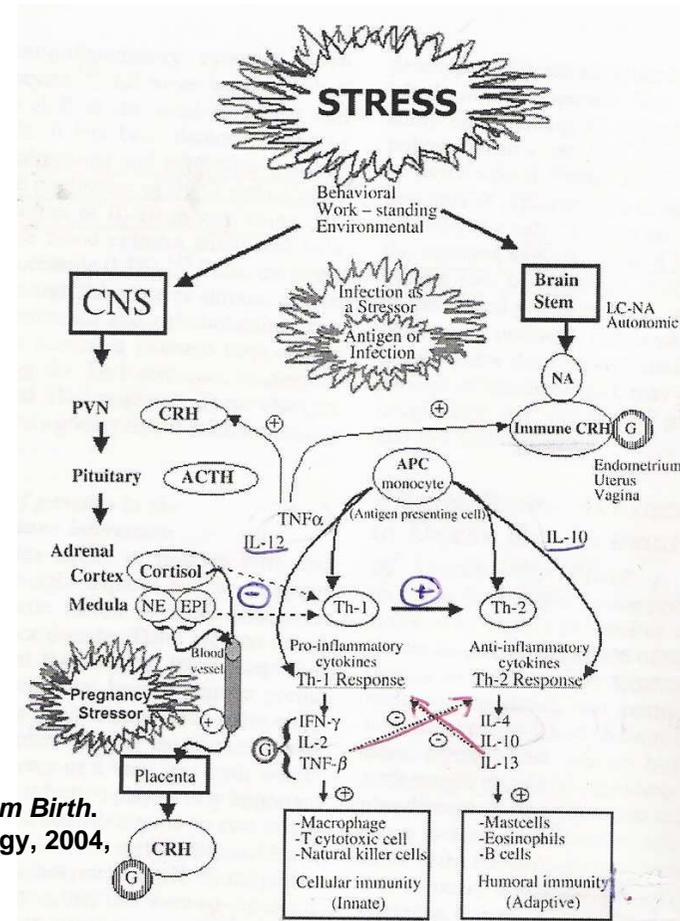
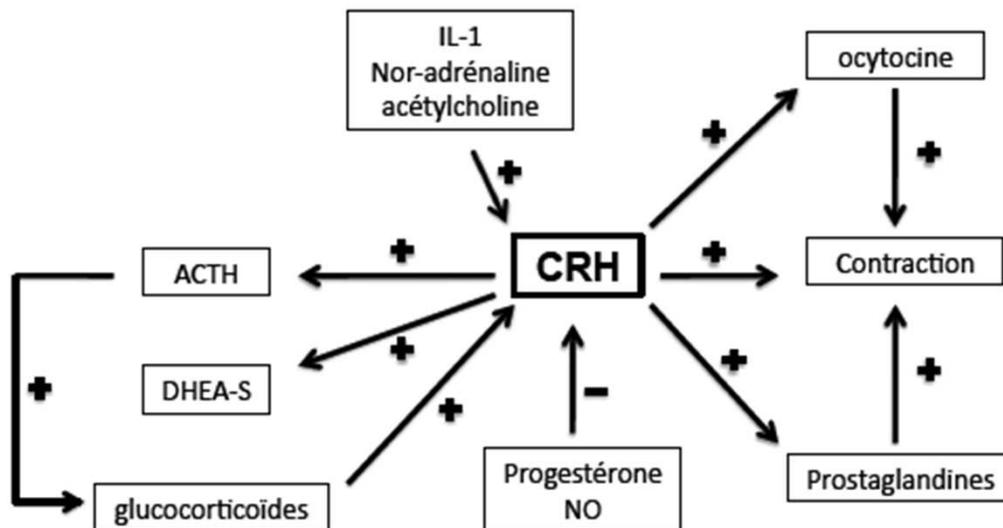
Comment agit le stress?

Frédéric Debiève
obstétricien



- Corrélation entre stress perçu et **taux de CRH**
- CRH plus élevé chez les femmes à risque d'accoucher prématurément

- Le stress agit aussi par **voie immunitaire** sur le travail : directement et indirectement par l'intermédiaire de cytokines



Hobel, Calvin.J. *Stress and Preterm Birth.*
Clinical Obstetrics and Gynecology, 2004,
Volume 47, Number 4, 856-880.

MAP et paradoxes de prise en charge

Christine Kirkpatrick, obstétricienne



• protocoles coûteux

- en recours aux tocolytiques
- en repos parfois hospitalier



• pauvreté en temps

- de techniques de relaxation
- de prévention sécurisante
- de support social spécifique



-NHMRC, National Health and Medical Research Council. *Clinical Practice guidelines. Care around Preterm birth.* 1997

-Hannah ME *Search for best tocolytic for preterm preterm labor.* Lancet 2000;356:699-700

-Narendram S et al. *Efficacy of yoga on pregnancy outcome.* J Altern Complement Med 2005;11:237-44

-Mamelle N . *Psychological prevention of early pre-term birth : a reliable benefit.* Biol neonate 2001 ;79 :268-73

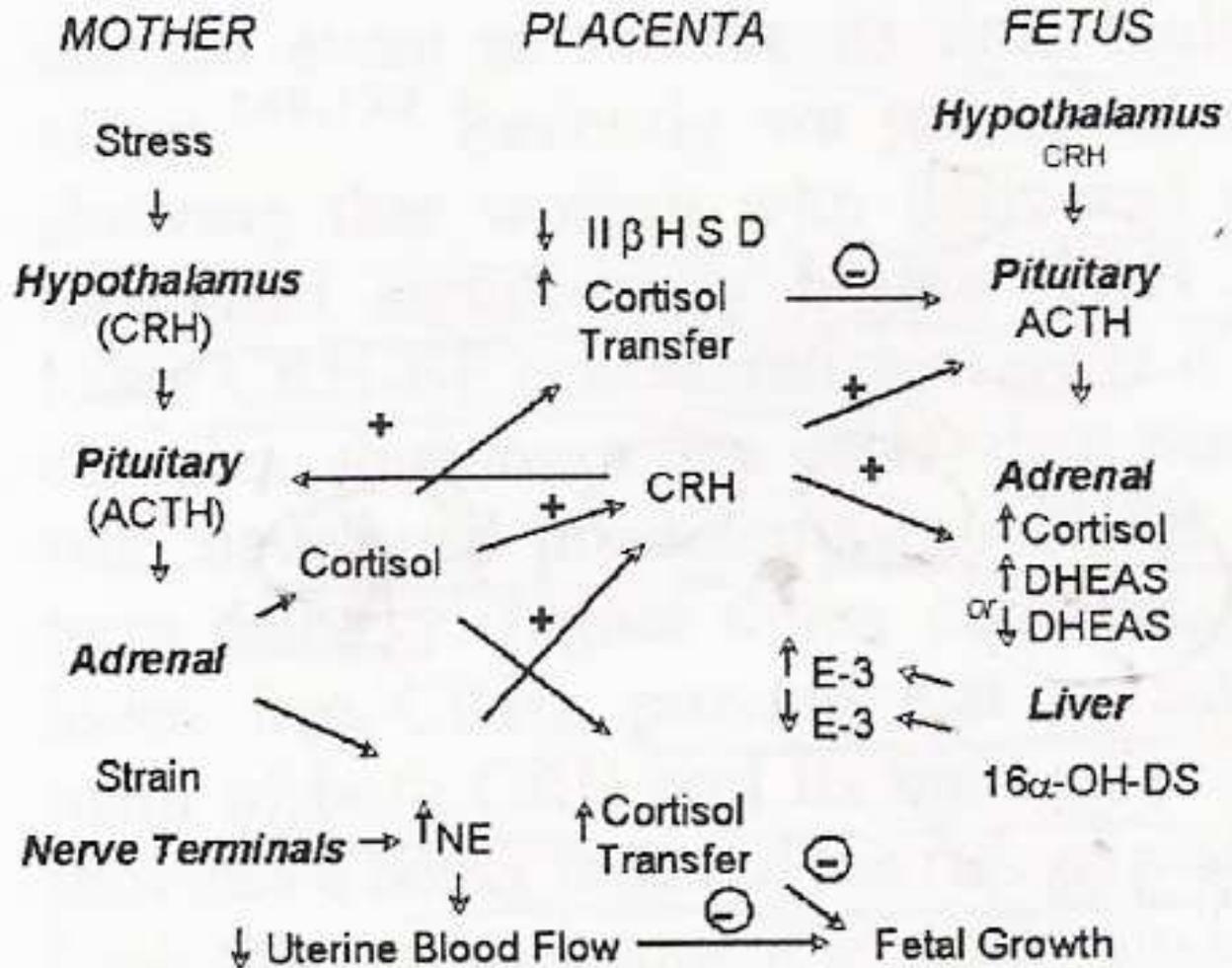
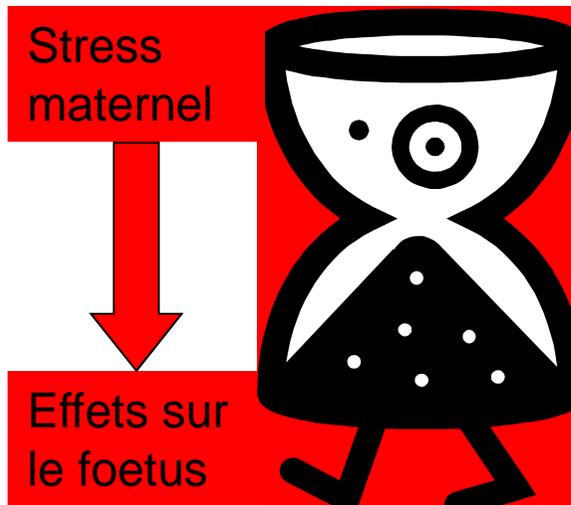
Un « vrai » problème?



Les conséquences sur le développement sont issues d'études aux méthodologies discutables



How is stress communicated to the fetus?



Hobel, Calvin.J. *Stress and Preterm Birth*.
 Clinical Obstetrics and Gynecology,
 2004, Volume 47, Number 4, 856-880.

Quelle action sur le foetus ?

Études expérimentales

Gilles Cambonie, néonatalogiste



- Malnutrition ou excès de glucocorticoïdes en anténatal
↳ **Reprogrammation** de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien

- Effets sur la santé (HTA,...)
- Perturbation de la réaction ultérieure de stress (avec une élévation prolongée des glucocorticoïdes donc un rétrocontrôle moins efficace en raison d'une réduction de l'expression des récepteurs hypothalamiques et hippocampiques aux glucocorticoïdes)
- Anxiété, troubles de l'humeur

- Des modulations interviennent selon

- Le taux de glucocorticoïdes chez la mère/l'activité enzymatique placentaire de la 11 β hydroxystéroïde déshydrogénase (qui limite le passage des glucocorticoïdes de la mère au fœtus)
- **les soins maternels** (avec fonction épigénétique sur l'expression de plus de 900 gènes ea au niveau hippocampique)

Chez l'homme soumis à des stress intenses et/ou prolongés, le nombre de neurones producteurs de CRH augmente. Avec pour conséquence une plus grande production de cortisol. Ce dernier, en trop grande quantité est toxique pour certaines cellules (CA3) de l'hippocampe : d'où une diminution du volume de ce dernier. Ceci est encore mesurable 25 ans après les événements. On comprend que les détresses intra-utérines ou celles du nouveau né, à une époque où s'édifie la structure cérébrale, puissent avoir de très importantes conséquences sur la santé ultérieure^[1].

[1] 2000 American Psychiatric Association Annual Meeting, 13-18 Mai 2000, Chicago (Abstract Psy 216, 16)



Développement après stress prénatal

Bea Van den Bergh, psychologue du développement

Age of child	Measure or type of prenatal exposure	Prenatal timing weeks gestation	Outcome measure(s)	Reference
3-5 days	Total distress	<20; 30-34	Regulation problems (NBAS)	Rieger et al., 2004 ³
1 week	Perinatal depression	26	Cortisol level	Diego et al., 2004 ¹
Neonate	Anxiety (general)	40*	Auditory evoked responses (AER)	Harvison et al., 2009
12 days	Depression	-	Attentiveness (NBAS)	Hernandez-Reif et al., 2006 ²
4-14 days	Life events stress	-	Birth weight, head circumference, Prechtl's neurological observation	Lou et al., 1994 ³
Birth, 1 day, 3-4 weeks	Anxiety (state and trait)	≤16; 32-34	Medical records (e.g. Apgar scale), cardiac vagal tone (EKG Porges' method)	Ponirakis et al., 1998 ³
6 weeks	Fetal reactivity to maternal stimulation (viewing of video)	32	Infant negative reactivity during a standardised lab procedure	DiPietro et al., 2008
3 months	Depression	15-28; 29-40	Infant cortisol level pre and post infant stress test	Oberlander et al., 2008 ¹
4 months	Anxiety (state) and depression	32	Behavioral reactivity (HIBRP)	Davis et al., 2004 ³
2; 6 months	Depression	Third trimester	Temperament ratings	McGrath et al 2008
3-5 months	Stress and depression	28-40	Face-to-face play interactions (CCTI)	Field et al., 1985 ³
3-6 months	Depressive symptoms, Anxiety (pregnancy-specific), parenting stress; job strain	7-40	Excessive crying	Van der Wal et al., 2007
4-6 months	Anxiety (trait); depression, Life events stress	third trimester (32)	Difficult temperament (SITQ)	Austin et al., 2005

Age of child	Measure or type of prenatal exposure	Prenatal timing weeks gestation	Outcome measure(s)	Reference
6 months	Depression and anxiety	26	Infant cortisol level pre and post infant stress test	Brennan et al., 2008 ¹
6 months	Stress experience	1st week after birth*	Temperament (IBQ); negative and overall temperamental reactivity	Pesonen et al 2005
6 months	Anxiety (pregnancy-specific; general)	12; 20	Temperament (IBQ-R); infant difficulties	Henrichs et al, 2009
1 week, 12 weeks, 7 months	Anxiety (state and trait)	12-22; 23-31; 32-40	Prechtl's neurological observation, Behavioral state observation, Feeding score, Mother-infant interaction (ITQ, ICQ, BSID)	Van den Bergh, 1990 ³ ;1992 ³
7 months	Anxiety	36-39*	Cortisol level of the child, pre and post still face procedure	Grant et al., 2009 ¹
4-8 months	Anxiety (trait)	21; 26-34, 35	Temperament (ITQ-revised)	Vaughn et al., 1987 ³
8 months	Daily hassles	15-17, 27-28,37-38	Mental development (BSID-MDI)	Huizink et al., 2002 ³ , 2003 ²
9 months	9/11	-	Temperament (IBQ)	Brand et al., 2006 ²
9 months	9/11	28-40	Cortisol level of the child	Yehuda et al., 2005 ¹
1.5 years	Life events stress (i.e. relationship problems)		Cognitive development (BSID-MDI), Fear reactivity (Lab-TAB)	Bergman et al., 2007 ²
3 weeks; 1 year; 2 years	Anxiety (state and trait)	32	Orientation (NBAS), Cognitive development (BSID-MDI), Task orientation and motor co-ordination (IBR)	Brouwers et al., 2001 ³
2 years	Perceived stress Pregnancy-related anxiety	15-38	Behavioral problems (CBCL) Temperament (ICQ), Attention regulation (BSID)	Gutteling et al., 2005b ²

Age of child	Measure or type of prenatal exposure	Prenatal timing weeks gestation	Outcome measure(s)	Reference
13-15 and 42 months	Depression	Monthly, from conception onwards	Frontal and parietal EEG asymmetry scores	Dawson et al., 2000, 2001
6 months, 5 years	Psychological distress	1-16; 17-28; 29-40	Temperament (ITQ, PTQ)	Martin et al., 1999 ³
2 years 5.5 years	Ice storm	4-24 -	Cognitive development (BSID-MDI), Language production (MCDI) IQ (WISC)	Laplante et al., 2004 ² Laplante et al., 2008 ²
6 months, 6 years	Pregnancy risks	16-20	Temperament (ITQ), School grades and marks	Niederhofer and Reiter, 2004 ³
4-6 years	Daily hassles, anxiety, perceived stress, life events	16	Cortisol level of the child at first school day; after inoculation Memory (TOMAL)	Gutteling et al., 2004 ¹ , 2005a, 2006
4 and 7 years	Anxiety	18, 32	Emotional and behavioral problems (SDQ)	O'Connor et al. 2002 ³ , 2003 ²
7-8 years	Perceived stress	10, 12, 20, 28, 32, 36	ADHD (DSM-IV)	Rodriguez and Bohlin, 2005 ²
6-9 years	Anxiety (pregnancy specific)	19, 25, 31	Gray matter density (MRI study)	Buss et al., 2010
10 years	Self rated anxiety	18, 32	Cortisol level of the child	O'Connor et al., 2005 ¹
10 years →	Death of a close relative	0-12	Schizophrenia (ICD8/ICD10)	Khashan et al., 2008 ²
14 years	Chernobyl	14 →	Depression/MDD (C-SSAGA-A: DSM-III-R) ADHD	Huizink et al., 2007 ²
8-9 years, 14-15, 17 years	Anxiety (state and trait)	12-22	ADHD (CBCL, TRF), Computerized Encoding Task and Stop Task, Vocabulary and Block Design (WISC-R), Sustained attention (CPT), Depression (CDI), cued attention, N-back, Go/NoGo, dual task (ERP), response-shifting.	Van den Bergh and Marcoen, 2004 ² ; Van den Bergh et al., 2005 ³ ; 2006 ² ; 2008 ² ; Mennes et al., 2006; 2009
25 years	Severe life events	-	Cortisol and ACTH levels	Entringer et al., 2009 ¹
-	Hurricane	24-40	Autism (DSM-II-R/DSM-IV)	Kinney et al., 2008 ²

Beaucoup de variables différentes

- Tant du côté des évaluations du stress...
 - Life events
 - Auto questionnaires + Échelles de Spielberger sur l'anxiété
 - Hormones du stress (cortisol salivaire)
- ... Que des effets mesurés
 - Nouveau-né: échelle de Brazelton, ex neuro et comportemental
 - Nourrisson: Bailey, langage + pauvre, interactions, troubles de l'alimentation et sommeil, émotions (réactivité, irritabilité), attention
 - Enfant: moins bons résultats scolaires, problèmes de comportement et d'émotions, ADHD, troubles envahissant du développement

**Mais cela ne met pas en question
l'effet du stress sur le développement**

Limites de l'évaluation du stress

Jean-Marie Maloteaux, neuropharmacologue

- Aspects méthodologiques
 - Les études ne sont pas toutes rigoureuses (tests, nombre)
 - Les critères variables les rendent peu comparables
- Aspects biologiques
 - Le stress chronique est mieux évaluable que le stress aigu
 - Le cortisol salivaire du soir est plus discriminatoire du stress car la cortisolémie est moins élevée
 - Les médicaments, l'exercice physique... interfèrent
- Aspects génétiques, épigénétiques
 - Il y a diverses vulnérabilités parfois acquises in utero
 - **Certains sujets sont stressés sans rien ressentir**
- Aspects culturels/Sensibilités individuelles
 - Un agent/un impact varie d'un individu à l'autre



Ces données ne mettent pas en doute la **corrélation entre cortisol mesuré et agents stressants mais rendent compte de variabilités entre études**

! Et d'autres facteurs de co-morbidité!

Les variables suivantes ont été dissociées dans les études:

- Le tabagisme, l'alcool et autres **assuétudes**, automédications du stress

Manuella Epiney obstétricienne

Corinne Chanal, sage femme



- **L'impact traumatique de l'accouchement prématuré** sur le psychisme parental et sur les relations précoces

- Jotzo M., Poets, C.F.

Helping Parents Cope With the Trauma of Premature Birth: An Evaluation of a Trauma-Preventive Psychological Intervention

Pediatrics 2005;115;915-919.

Joël Roy, pédopsychiatre



- **Les conséquences de la dépression postnatale** (corrélée modérément avec le stress prénatal) sur le développement de l'enfant

- Murray L, Fiori-Cowley A, Hooper R (1996),

The impact of postnatal depression and associated adversity on early mother–infant interactions and later infant outcome.

Child Dev 67:2512–2526.

Table 1: Antenatal factors associated with adverse family outcomes in the postpartum period

Family factors

Poor marital adjustment or satisfaction

Lack of social support

Traditional, rigid sex-role expectations

Recent stressful life events

Domestic violence

Mother or her partner experienced or witnessed violence in childhood

Current or past abuse of the woman by her partner

Partner suspected of child abuse in past or of harsh discipline of children

Maternal factors

Poor relationship with parents

Low self-esteem

Past or present psychiatric disorder

Unwanted pregnancy (after 20 weeks)

Antepartum depression

Prenatal care not started until third trimester

Refused or quit prenatal classes

Substance abuse

By the mother or her partner

**ANTENATAL
PSYCHOSOCIAL RISK
FACTORS ASSOCIATED
WITH ADVERSE
POSTPARTUM FAMILY
OUTCOMES**

Lynn M. Wilson, MD, CCFP;
Anthony J. Reid, MD, MSc,
CCFP; Deana K. Midmer,
BScN, MEd, FACCE;
Anne Biringer, MD, CCFP;
June C. Carroll, MD, CCFP;
Donna E. Stewart, MD,
FRCPC

CAN MED ASSOC J * MAR.
15, 1996; 154 (6)



Que faire de ces infos?

*Si on dit « déstressez-vous »,
ça fait encore plus peur*





World Health Organization

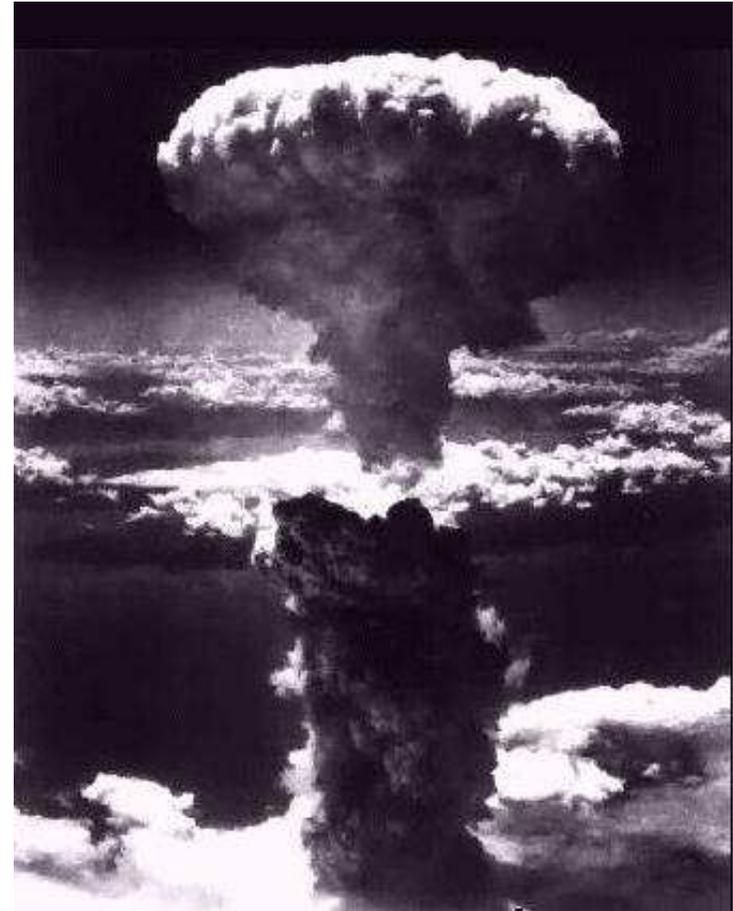
Prévention ?

Wilson JMG, Jungner G.,(1968),
Principles and practice of
screening for disease, Public
Health Papers nr 34, Geneva:
WHO

« ...acceptabilité de la méthode de détection, ...
possibilité d'intervenir à un stade préclinique... »

Qui cherche trouve mais ne rend pas forcément service

- Légitimité de la détection
 - Respecter les critères de Wilson et Jungner (OMS), ... => **ne jamais débusquer des questions de stress sans perspectives sécurisantes**, sinon on ne fait qu'éveiller les émotions troubles ingérables et du déni (« distress »)



La peur en prévention



Most Canadians are unaware of fetal alcohol's devastating effects





Stress, effets pervers

- La diffusion des travaux sur le stress a mené à une vulgarisation débridée avec :
 - **Injonctions paradoxales** (« Désstressez-vous sinon votre bébé va le ressentir »). Ça fait encore plus peur.

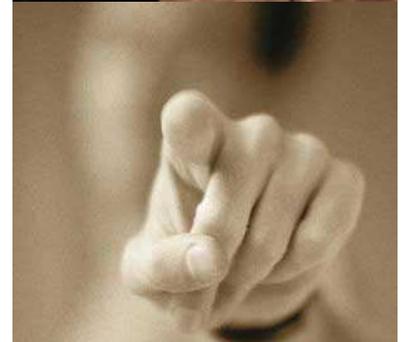
- **Culpabilité** (« Et comment avez-vous vécu votre grossesse? »)

Stressed Mothers: Calamity for the Offspring

Current Insights and Future Perspectives on Neuro-Endocrine-Immune Circuitry

Challenging Pregnancy Maintenance and Fetal Health Arck PC, Knackstedt MK, Blois SM *J. Reproduktionsmed. Endokrinol* 2006; 3 (2), 98-102

- **Prescription massive de psychotropes** (« Ce sera toujours moins toxique que votre stress »), sans tenir compte de la peur et de la culpabilité surajoutées.



- La prévention doit impérativement être **ciblée sur les issues ressenties comme possibles et sur les compétences maternelles**
- Une telle attitude passe par une personnalisation de la prise en compte du stress: « quelle prévention pour quels risques dans quelle situation pour quelles personnes »

Tout stress est-il destructif?



- Non
Au départ, c'est une stratégie adaptative sélectionnée par le développement
- C'est l'excès, l'impuissance et l'usure qui détruisent l'organisme



Stress, le biais des observations

Ana Sancho-Rossignol, psychologue

- Hans Selye a considéré le stress sous son angle neuro-endocrinologique... Cela mène à des recherches
 - générales
 - descriptives
 - négatives
- Or pour dégager des ressources, il est indispensable
 - de se pencher sur les facteurs singuliers « vécus »
 - de passer de la description à la prévention
 - de considérer la dimension positive adaptative du stress



Pour la psychanalyse

Sylvain Missonnier, psychanalyste



- La théorie de l'angoisse est en partie corrélable à la théorie du stress
- Il faut distinguer
 - une angoisse automatique, brute, traumatique



- une angoisse « signal » propice à l'adaptation





Stress et grossesse: du positif, selon la théorie de l'attachement

Sandra Rusconi, psychologue

- Le stress active le système d'attachement parallèlement à celui de la prise en soin du bébé (caregiving)
- En cas d'alerte ou de vulnérabilité excessive, les deux systèmes attachement/caregiving peuvent entrer en compétition
- Il sera alors essentiel pour la mère, « **d'abaisser son niveau d'angoisse, afin de pouvoir retrouver ses compétences de caregiving** »...
C'est la base de toute prévention



Jocelyne Seguin-Clutier, sage-femme

- « Le stress contient une notion dynamique ; il mobilise des énergies particulières, positives ou négatives en fonction de la façon dont on l'appréhende. L'anxiété, l'angoisse ou une forte insécurité figent des sentiments négatifs ou douloureux dans une inertie qui bloque la réactivité et la capacité de surmonter les évènements. Elles sont postérieures au stress, lorsque celui-ci n'a pas été entendu ou accompagné, et génèrent à leur tour du stress. »

Stress, et sentiment de sécurité



Jean-Pierre Visier, pédopsychiatre

- « En présence de manifestations de stress, la mise *au premier plan* de l'accueil des processus émotionnels par des figures attentives ... est à la base de la (re)construction du sentiment de sécurité »
- « La protection des émotions négatives par une figure humaine attentive (...) permet de moduler les réactions de stress et d'en « lisser » les réactions biologiques. »



Que faire de ces infos?

Les ressources sont non validables





Psychotropes, le meilleur/le pire?

Martin St-André, psychiatre périnatal

- 20% de troubles anxieux... et de nombreux auteurs stigmatisent le danger de ne pas traiter
- Les données sont rassurantes (SSRI, benzo...)

Moses-Kolko E.L., Roth E.K. *Antepartum and Postpartum Depression: Healthy Mom, Healthy Baby*
JAMWA. 2004;59:181-191.

- 50% de femmes arrêtent leur traitement, pour ses effets supposés mais aussi pour l'identité « psychiatrique »
- => importance du suivi psychothérapeutique mais aussi de l'équipe
- Donc **ne pas toujours arrêter le traitement**, décider selon indication et acceptation
- La déstabilisation normale de la grossesse pousse à prescrire et à stigmatiser du côté de la pathologie
- Les antidépresseurs sont prescrits 4x plus qu'il y a 10 ans... prévalence= 8% pdt la grossesse (USA)
- ... **N'initier de traitement que dans un but et un contexte précis**

Éducation à la santé: expliquer le mécanisme aux usagers ?

- Les programmes de prévention basés sur les facteurs d'origine collective sont décevants
 - Stevens-Simon C., Orleans M.,
Low-birth weight prevention programs: the enigma of failure
Birth 1999;26:184-91
- La cause « psychosociale » de la prématurité n'est pas si facilement réversible par des interventions de supports et d'éducation face à la précarité.
 - Hodnett ED, Fredericks S.
Support during pregnancy for women at increased risk of low birthweight babies.
Cochrane Database Syst Rev. 2003(3):CD000198.

Peut-être faut-il viser du plus spécifique ?

Support social périnatal validé ?

- David Olds : preuve d'une efficacité à long terme de l'action d'infirmières à domicile auprès de femmes vulnérables
 - (« adolescent »), « low income », « unmarried »
- 19 ans plus tard
 - Issues un peu plus favorable des grossesses, pas de diminution de la prématurité
 - **Amélioration du développement** des enfants, meilleure socialisation
 - Meilleure autonomisation des mères

Olds D.L. (2010), *Long term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youth: 19 year follow-up of a randomized trial,*

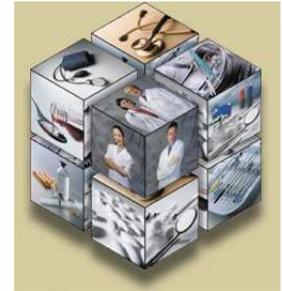
Arch Pediatr Adolesc Med 2010 Jan;164(1):9-15.

Aide psychologique validée ?

- **La psychothérapie ciblée sur des facteurs de risque individuels est significativement positive face à la prématurité**
 - **Mamelle N., Segueilla M., Munoz F., Berland M.**
Prevention of preterm birth in patients with symptoms of preterm labor-the benefits of psychological support.
Am J Obstet Gynecol 1997;177:947-52.

Une voie encore plus prometteuse: le réseau personnalisé

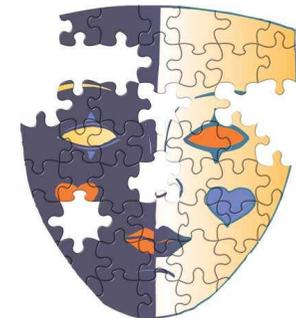
- Ce qui serait opérant dans le modèle social de Olds, ce serait **le lien continu avec une infirmière**



- Problème: l'encadrement périnatal confronte la femme à beaucoup de soignants
- Proposition: non seulement ils vont se mettre en lien cohérent mais **ce lien vécu sera une expérience-ressource**

- Ce qui serait opérant dans le modèle psychologique de Mamelle, ce serait **l'intérêt et le respect offerts aux émotions négatives** de la femme

- Problème: un psy partout?
- Proposition: non, **chaque professionnel de sa place propre**



Créativité validée cliniquement

- Reprise des antécédents par la sage femme,
Jocelyne Seguin-Clutier, sage-femme

- Sans entrer dans les contenus de l'histoire

- Entretien prénatal précoce

Sages femmes et Françoise Gonnaud, pédopsychiatre

- Une occasion d'anticipation sécurisante

- Travail en réseau autour du diagnostic prénatal,
Catherine Donner, obstétricienne

- Sécurité du professionnel=> support au bonding

- Coordination grossesse et toxicomanie,
Corinne Chanal, sage-femme

- Contre l'automédication de l'angoisse et puis de la culpabilité

- Consultation spécifique psychosociale
Manuella Epiney, obstétricienne

- L'intégrer comme facteur de risque médical



Créativité validée cliniquement

- Hypnose conversationnelle par l'anesthésiste,

Jacques Dubourdiu, anesthésiste

- Éviter les « n'ayez pas peur », privilégier les propositions en positif « vous avez besoin de... »



- Lien avec le médecin traitant

Bertrand Riff/Elisabeth Arrighi, médecins généralistes

- Reliance au corps, à la famille, au tissu social, aux autres structures

- Pédiatre en anténatal **Jacky Israël, pédiatre**

- Travail de lien entre intra/extra hospitalier,

Reine Vander Linden, psychologue

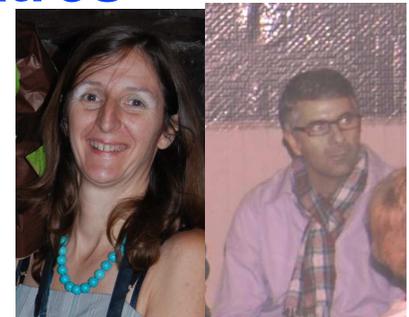
- Deux langages, deux réalités à connaître



- Grammaire stricte de l'interdisciplinarité

Rose-Marie Toubin/Rafi Kojayan, pédopsychiatres

- Rôle du psy: parfois pilote de ligne, parfois aiguilleur du ciel, toujours en appui sur les collègues de première ligne





Que faire de ces infos?

*S'intéresser aux émotions ça prend
du temps*



Oui

- Mais la durée de disponibilité anténatale économise toujours le processus postnatal
- Mais si l'on n'est pas seul, la sollicitation de l'équipe permet de potentialiser, en la diffractant, la prise en charge
- Mais le sentiment d'ajouter du sens au travail clinique est facteur de détente

- *Écouter et entendre les mères, dans un contexte médical de plus en plus complexe, peut parfois paraître antinomique avec une organisation du travail délicate. Mais ne pas tenir compte de ce qui est essentiel pour elles peut avoir des répercussions non seulement sur les mères, sur le lien à leurs enfants, sur l'équilibre familial mais aussi sur le travail des soignants, par les difficultés entre patientes et professionnels qui peuvent alors apparaître. **Anne Évrard, usagère***



À retenir

- L'effet du stress est confirmé comme agent de prématurité et de troubles du développement ...
MAIS
- Le stress peut favoriser l'attachement. Il n'est mauvais que s'il déborde la capacité d'adaptation prévue par l'évolution (« distress », émotions brutes et impensées)
- Ressources= indissociables des constats
 - Prise en compte de la vulnérabilité sociale ou psychique comme facteur de risque médical
 - Si recours aux antidépresseurs, toujours en lien aux soins de grossesse
 - Accueil de l'émotion, la valider sans blâmer ni conseiller
 - Travail de liaison interprofessionnelle car il participe au sentiment de sécurité

Y mettre les moyens

- On refuse de tenir compte de ce problème de santé publique pas parce qu'on le nie mais qu'on a l'impression de s'y attarder pour rien

Francis Puech, obstétricien



- Or les solutions existent mais nécessitent d'investir dans une formation/organisation tenant compte des facteurs psychiques et sociaux

Des formations

Pour

- Les médecins titulaires d'une des spécialités suivantes : gynécologie-obstétrique, pédiatrie, génétique, psychiatrie, médecine générale.
- Les sages-femmes, les puéricultrices et les infirmières, les auxiliaires de puériculture.
- Les psychologues, les assistants sociaux, les psychomotriciens.



- **DIU**

- Lyon-Montpellier-Paris www.univ-lyon1.fr/

- **Séminaires de formation clinique**

- Montpellier <http://www.afree.asso.fr/>

- Sion <https://applications.unil.ch/>

- Bruxelles <http://www.gip-perinatalite.be/>

Merci pour votre longue attention