

« **CHANTIER OUVERT AUX PUBLICS 2** »

**Suites de couches... Services de suites...
Quel accompagnement au sortir de la maternité ?**

Lundi 29 janvier 2007

Amphithéâtre du Centre administratif et de conférence de Maison Blanche

Marijo TABOADA, psychiatre, médecin coordinateur au Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins des Addictions (DAPSA)

Merci d'être venus aussi nombreux. Je remercie aussi les quatre équipes qui sont venues exposer leur travail, s'exposer aussi à notre écoute et à nos commentaires. Je voudrais remercier enfin l'équipe du Centre de conférences de Maison Blanche, qui nous accueille pour la deuxième fois dans cet amphithéâtre.

La première rencontre avait eu lieu en juin 2006, vous trouverez le résumé des interventions dans la *Lettre du réseau de santé DAPSA* dans son numéro du mois d'octobre. Un compte rendu plus complet est également disponible sur demande. La question était de savoir comment la problématique de l'enfant vient s'imposer dans les équipes de soins confrontées à l'addiction. Aujourd'hui nous donnerons la parole à ceux qui sont plutôt du côté de la naissance, avec le suivi de grossesse, la sortie de maternité, l'accouchement, l'accompagnement des nouveau-nés et des parents. Il s'agit d'événements d'une grande banalité pour les équipes, puisqu'on dénombre environ 800000 naissances par an en France. Mais certaines situations provoquent en nous des inquiétudes particulières, qui nécessitent une

pensée préalable, une mise en place d'un dispositif adéquat pour permettre le meilleur accueil de cet enfant à naître.

La consommation problématique de psychotropes légaux ou illégaux, drogues ou alcool, éveille généralement l'inquiétude des soignants, aussi bien en pré qu'en post-partum. On peut se trouver face à des épisodes de dépendance chronique, mais aussi face à des consommations ponctuelles mais très importantes qui sont tout autant problématiques. D'autres éléments plus ou moins camouflés par la consommation peuvent encore susciter l'inquiétude, par exemple un mode de vie chaotique, et venir compliquer la mise en place du dispositif partenarial complexe nécessaire pour cet accompagnement.

La première des quatre équipes venues témoigner de leurs pratiques sera le service social de la maternité de l'hôpital Saint-Antoine, suivi par la PMI des 8^{ème} et 9^{ème} arrondissements de Paris, l'unité mobile d'addictologie de Port-Royal, et enfin l'intersecteur infanto-juvénile des 9^{ème} et 10^{ème} arrondissements.

Nous souhaitons que ces rencontres restent des chantiers, c'est-à-dire l'expression d'une pensée au travail, sans prétention à une vérité révélée. Les différentes rencontres que nous faisons avec d'autres partenaires, avec d'autres patients, doivent nous permettre une remise en cause permanente, une ouverture d'esprit salutaire. Je cède donc immédiatement la parole à notre première intervenante.

Véronique PAGES, *assistante sociale à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine*

Le service gynécologie obstétrique de l'hôpital Saint-Antoine regroupe les consultations obstétriques, l'hospitalisation en suites de couches, un service de gynécologie, une unité pédiatrique de néo-natologie, une consultation de PMI et un centre de planification. En 2006, la maternité a effectué près de 2500 accouchements.

Le Service Social Hospitalier (SSH) de la maternité est composé de trois assistantes sociales à temps plein et d'une secrétaire à temps partiel. En 2006, le SSH a pris en charge près de 600 situations de femmes, dont 7 seulement présentaient des conduites addictives. Chacune des assistantes sociales du service gère environ 200 situations par an, sur une durée variable, en général depuis le début de prise en charge médicale de la grossesse jusqu'à la sortie de maternité de la mère et de l'enfant. Une très grande partie des femmes accompagnées par le SSH ne bénéficient d'aucune possibilité de suivi par les services sociaux de secteur en raison de l'irrégularité de leur présence en France. Ces femmes vivent dans des conditions d'une extrême précarité, parlent peu ou pas le français et ne disposent d'aucunes ressources. Il s'agit de familles très vulnérables pour lesquelles il existe peu de solutions, sinon continuer la prise

en charge pour les aider à garder la tête hors de l'eau. Sur les 9 signalements judiciaires de mineurs en danger, trois concernaient des enfants de mère ou de parents toxicomanes ou substitués. Dans aucun des cas l'addiction parentale n'était le motif principal du signalement. A Saint-Antoine, la sortie de maternité est possible en règle générale dès J3, c'est-à-dire trois jours après l'accouchement, avec un dispositif d'HAD obstétricale qui garantit le passage quotidien d'une sage-femme au domicile les quatre jours suivant la sortie d'hôpital. En cas de césarienne, la sortie se fera au plus tôt à J5 avec HAD sur quatre à cinq jours. Généralement, pour autant qu'elles aient été signalées aux équipes de suites de couches, aucune sortie à J3 n'est envisagée d'emblée pour les femme accompagnées par le SSH, quelle que soit la raison de cet accompagnement.

Dans les situations faisant apparaître des problématiques d'addiction chez la mère, aucune sortie n'est envisagée non plus à J3, en premier lieu en raison de la surveillance indispensable du nouveau-né susceptible de développer un symptôme de sevrage jusqu'à quelques jours après l'accouchement. De fait, sur les sept situations étiquetées toxicomanie en 2006, la durée minimale de séjour de la mère a été de sept jours.

Le seul motif de toxicomanie ne justifie pas le signalement de la situation au SSH par les soignants. Une situation stabilisée, une substitution régulièrement suivie, un entourage socio-affectif satisfaisant, un suivi régulier de la grossesse, peuvent permettre une simple prise en charge médicale, avec une sortie à J5 ou J7.

Statistiquement, la maternité de Saint-Antoine accueille très peu de situations faisant apparaître des problèmes d'addiction. Dans ce contexte, il ne s'agit pas ici de tirer des conclusions générales mais plutôt d'apporter un témoignage, de profiter d'expériences de soutien à des familles en difficulté pour favoriser une élaboration autour des pratiques.

Le suivi de la grossesse et l'accouchement, pour intenses qu'ils sont, ne durent que quelques mois dans la vie d'une famille. L'hôpital, le service de maternité sont des lieux de passage qui peuvent cependant être déterminants. Cette période constitue une pause, une parenthèse que certaines mettent à profit pour faire une demande de couverture sociale, verbaliser leurs difficultés, se réassurer quant à leurs compétences maternelles, chercher des solutions rendues plus urgentes par la naissance à venir, prendre des décisions de soins... Tous ces réaménagements, ces projets, doivent être accompagnés par l'hôpital sur quelques mois, mais surtout par tous les services médico-sociaux extérieurs qui continueront leur travail bien après la sortie de maternité.

Pour faire le lien avec l'extérieur dans le cadre du suivi des situations, le SSH dispose de plusieurs dispositifs d'appui à partir de l'hôpital.

Premièrement la sage-femme de PMI, qui intervient gratuitement au domicile des femmes parisiennes sur indication des sages-femmes de consultation prénatale. Ses visites ne remplacent pas le suivi en consultations hospitalières, mais elle a un rôle médical et de prévention du fait notamment de sa connaissance du mode de vie de la mère.

Deuxièmement le staff périnatalité, réactivé à l'hôpital Saint-Antoine depuis la rentrée 2006. Il s'agit d'une rencontre pluridisciplinaire mensuelle à l'hôpital réunissant des membres des équipes de soin rattachées au secteur des 11^{ème} et 12^{ème} arrondissements de Paris (services de PMI, Unité Petite Enfance) et des interlocuteurs variables selon les situations et les problématiques évoquées : réseau Solipam, services sociaux de secteur concernés par le suivi, associations en charge de suivis spécialisés... Dans ce lieu sont évoquées quatre à cinq situations de patientes dont la prise en charge indique la nécessité d'une élaboration élargie, de regards et d'apports extérieurs, de compétences spécifiques - pédopsychiatrie ou CMP par exemple, mais les CSST et le DAPSA, Horizons, pourraient aussi être sollicités le cas échéant.

Troisièmement, le tri PMI, qui passe en revue toutes les grossesses, au cours duquel se réunissent chaque semaine les puéricultrices des PMI des 11^{ème} et 12^{ème} arrondissements, les sages-femmes de suites de couches, les pédiatres de la maternité, le cadre infirmier de la consultation de PMI, la sage-femme de PMI et le service social hospitalier. Les services de PMI de secteur, médecins et puéricultrices, sont les partenaires incontournables de la maternité, lien permanent et privilégié avec l'extérieur. Il est possible d'exposer sur les certificats de santé les éléments d'inquiétude, mais cela est parfois délicat et peut être évité par ce tri.

Quatrièmement, le réseau d'hospitalisation à domicile (HAD), qui peut intervenir dès la grossesse pour prévenir les risques d'accouchements prématurés. Soignants et assistantes sociales interviennent là à domicile, avec une prise en charge par la Sécurité sociale.

Cinquièmement enfin, l'équipe de coordination et d'intervention auprès des malades usagers de drogues (ECIMUD), qui intervient au moment de l'hospitalisation pour proposer un traitement de substitution aux patientes toxicomanes et leur éviter un sevrage brutal. En lien avec les centres de consultation spécialisés, l'ECIMUD adapte, sur le temps de l'hospitalisation, les traitements de substitution préexistants en fonction des besoins de la patiente et des nécessités médicales.

Dans le cadre du suivi de la grossesse, la mère est informée du risque de voir son nouveau-né développer un syndrome de sevrage peu après la naissance. Les manifestations et le protocole de prise en charge médicale de ce syndrome sont expliqués aux parents par la sage-femme,

puis par le service social hospitalier qui s'assure de la bonne compréhension des parents et s'enquiert de leurs questionnements éventuels. La confrontation des parents à la réalité de ce syndrome, quand il survient, reste cependant d'une grande violence et représente une difficulté supplémentaire dans l'établissement rapide des liens parents-enfant. A Saint-Antoine, la plupart des enfants sont admis en unité pédiatrique dès les premiers signes de manque pour une prise en charge médicale rapide. Ils sont donc séparés de leur mère, quoique dans le même bâtiment hospitalier. Sollicités par l'équipe soignante pour participer le plus possible à la prise en charge de leur enfant, certains parents ne peuvent toutefois supporter les manifestations de la souffrance de leur bébé et il peut devenir compliqué de maintenir le lien quand la mère sort de la maternité.

Déjà fragilisés, tentant d'établir une relation avec leur enfant, de repérer ses besoins et d'y répondre, les parents sont confrontés à un bébé douloureux, irritable, difficile à alimenter et à calmer, qui ne leur renvoie pas une image très valorisante d'eux-mêmes et dont la prise en charge ne ressemble en rien aux images de bonheur familial qu'ils attendaient. Les manifestations douloureuses du syndrome de sevrage vécu par leur enfant leur renvoient-elles par ailleurs à leur addiction et à ce sevrage qu'ils redoutent et ne peuvent envisager pour eux-mêmes ? Le sentiment de responsabilité, et jusqu'à la culpabilité évoquée par certains parents, difficile et parfois impossible à dépasser, peut amener père ou mère ou parents à prendre de la distance, quelquefois au point de ne plus venir revoir leur enfant.

Comment recevoir et accompagner cette souffrance manifestée, que faire pour que le lien parents-enfant résiste, pour que les projets restent possibles ? Si la mère pouvait être accueillie dans un service de suites spécialisé, sur ce temps où elle est séparée de son enfant, peut-être pourrait-on éviter ces abandons. Les soignants, souvent centrés sur l'enfant et sa souffrance, peinent à soutenir les parents qui en ont besoin. Accompagnée, cette souffrance parentale même immense peut faire sens, pour autant que cette émotion puisse déboucher sur une dynamique, sur une prise de conscience de la réalité de ce nouveau-né et de ses besoins.

Dans les situations extrêmes cependant, malgré tout le bien que les parents lui veulent, il arrive que le bébé fasse l'objet d'un signalement judiciaire de la part du SSH de la maternité. Cette décision est toujours prise après évaluation pluridisciplinaire, et lorsque cela est possible après avoir présenté la situation au cours de la commission technique enfance de l'arrondissement de résidence de la famille. La plupart du temps, la situation d'hospitalisation ne justifie pas le signalement en urgence. Les parents sont informés que la situation de leur enfant fait l'objet d'une évaluation et que la question du signalement se pose. Les motifs leur sont exposés et la lecture du signalement leur est systématiquement proposée. Cette lecture

peut les aider à se préparer avant l'audience, le juge motivant parfois une décision de placement à partir de la lecture de passages du signalement.

Aucune des situations signalées ces deux dernières années ne l'a été au seul motif de la toxicomanie des parents.

Selon les missions de chacun, les signalements peuvent se discuter. Les services thérapeutiques, en soutien des parents, s'inquiètent pour leurs patients et sont confiants dans leur capacité à élever leur enfant. Mais à l'inverse, en cas de retour au domicile, les services de PMI sont confrontés à de graves dysfonctionnements parentaux et leur mission de protection de l'enfance les amène à regretter qu'il n'y ait pas eu de signalement dès la maternité...

Plus les séjours en suites de couches se réduisent, plus les mères doivent se montrer rapidement efficaces et autonomes. Mais qu'il soit de trois ou de sept jours, le délai d'hospitalisation reste une course contre la montre pour les mères fragiles et peu assurées. Au-delà de la réflexion sur les sorties précoces, on ne peut que déplorer le manque de structures d'accueil mère-enfant susceptibles de prendre le relais dès la sortie de la maternité pour celles qui ont besoin de plus de temps et d'accompagnement pour que se crée le lien indispensable avec leur bébé.

Marijo TABOADA

On voit déjà pointer certaines des difficultés dont nous devons discuter s'agissant d'un service de droit commun qui accueille 7 personnes souffrant de conduites addictives sur un total de 2500 patientes. Cette question ne peut donc être prioritaire. Si j'ai pris la précaution tout l'heure de parler de la dépendance chronique en la distinguant de l'excès passager, c'est surtout en pensant à l'alcool et à l'indifférence coupable de la société française vis-à-vis non pas de l'alcoolisme mais de l'ivresse. On voit combien le problème de la discontinuité est présent dans ces accompagnements là, y compris au sein de l'institution.

Martine CHOCHON, médecin au service de Protection Maternelle et Infantile 8^{ème} - 9^{ème} arrdt.

Merci pour cette invitation à participer à ce chantier commun concernant l'accompagnement que nous faisons tous auprès de ces futurs parents pathologiquement dépendants, auprès de cet enfant qui va naître. De par ses missions, le service de PMI se trouve impliqué dans le suivi d'une famille depuis le début de la grossesse jusqu'aux six ans de l'enfant. Comment en anténatal préparer le post-natal?

Chacun sait que l'on ne peut pas anticiper la rencontre mère-enfant et la qualité de la relation qui va s'instaurer. Mais nous pouvons nous préparer à la naissance de cet enfant et à la sortie de la maternité afin d'éviter les situations de surprise et la prise de décisions intempestives. Nos cultures professionnelles sont différentes il est vrai. Nos positionnements vis-à-vis des futurs parents et de l'enfant sont différents aussi. Il nous semble important que la place des uns soit connue des autres afin que confiance et liens puissent s'instaurer entre tous.

A Paris, depuis une dizaine d'années, le service de PMI est amené de plus en plus à intervenir notamment au domicile dans des situations de mères ou de pères toxicomanes et ou présentant des pathologies mentales graves. Cet accompagnement est souvent demandé par des professionnels inquiets à la sortie de la maternité ou des services de néonatalogie ou des structures d'hospitalisation mère-enfant. On demande la visite au domicile d'une puéricultrice de secteur, tout en sachant la complexité, dans ces situations lourdes, du travail d'accompagnement de ces familles.

Ce constat nous a conduit à proposer des formations pour les puéricultrices, sages-femmes, médecins, aux problématiques des addictions - toxicomanie dont l'alcool - et de la pathologie mentale. Nous avons aussi fait en sorte, avec d'autres professionnels (par exemple les équipes mobiles d'Horizons ou de l'unité de prévention petite enfance dont parlera le Dr Brunet), de partager l'évaluation de ces situations, que ce soit au domicile ou dans d'autres lieux, comme le centre de PMI ou l'intersecteur de pédopsychiatrie.

Nous essayons d'anticiper la prise en charge de ces familles, sans nous laisser enfermer dans l'alternative du placement ou de la banalisation de la situation. Le service de PMI a toujours travaillé avec les maternités, notamment les services sociaux et les psychologues. Le travail avec les obstétriciens et les sages-femmes s'est avéré plus compliqué. C'est dans ce contexte que furent créés à Paris en 1998 les staffs de parentalité dans dix maternités de l'APHP.

Le développement harmonieux de la relation mère-enfant et la prévention des risques de maltraitance dans les cas les plus extrêmes sont les deux objectifs qui sous-tendent l'action de ces staffs. Comme l'a évoqué Véronique Pages, cette instance multi-institutionnelle réunit à la maternité tous les acteurs médico-psycho-sociaux concernés par les situations de femmes enceintes suivies : l'équipe hospitalière de la maternité et d'autres services hospitaliers si nécessaire, les professionnels de la PMI, les représentants des services sociaux polyvalents, de l'ASE, des intersecteurs de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte, enfin la médecine libérale et d'autres personnes ressources. L'action de ces staffs, qui se réunissent une fois par mois environ, se prolonge ainsi grâce à ce réseau.

La mise en place de ces staffs, dont la pérennisation et le fonctionnement varient selon les lieux, doit permettre la mobilisation de ces équipes avant même la naissance de l'enfant. Il s'agit d'anticiper les difficultés, de définir des mesures concertées visant à éviter une prise en charge dans l'urgence et à mieux préparer l'arrivée du bébé. A partir de critères établis en commun, chaque staff est chargé d'examiner les situations individuelles, après information et accord souhaité des futurs parents. Après une évaluation précise, un accompagnement leur est proposé dès le début de grossesse, le staff transmettant si nécessaire par le réseau les informations permettant une bonne coordination des prises en charge. Ainsi chaque institution apprend à connaître et à respecter le savoir-faire des autres professionnels. Et pour avoir participé dès le départ à ces staffs, je peux témoigner de ce sentiment grandissant de compréhension et de respect.

Par ailleurs, la plupart des maternités parisiennes pratiquent des « tris » hebdomadaires en post-natal, donnant la possibilité aux personnels de signaler en direct et donc très précocement les mamans et les bébés en difficulté aux réseaux extérieurs afin que ceux-ci interviennent dès la sortie de la maternité. Toutefois, il arrive que nous ne soyons pas informés avant l'accouchement du suivi réalisé par des services spécialisés de futurs parents pathologiquement dépendants ou présentant une pathologie mentale grave. Il est donc important de dépasser les craintes liées à la stigmatisation des familles ou au non-respect de la confidentialité. Les professionnels ont besoin de comprendre le soin mais pas forcément de connaître la vie privée des personnes. Il nous semble de plus en plus et en tout état de cause fondamental d'informer les personnes de l'existence de ces liens entre les professionnels.

On sait combien le médico-social est complexe, impliquant autour de la naissance des professionnels très différents : sage-femme, obstétricien, assistante sociale, psychologue, éducateur, puéricultrice, pédiatre, pédopsychiatre, psychiatre... Il est donc important de construire ensemble un dispositif pour accompagner ces situations. Des questions pragmatiques se posent dès lors, comme par exemple : dans quel cadre la sage-femme PMI peut-elle intervenir et quelles sont ses limites ? Quand la puéricultrice de secteur doit-elle intervenir ? Si c'est trop tôt par rapport à l'enfant réel, la mère peut avoir une réaction de rejet. Il faut évaluer si la future mère est débordée ou non par l'arrivée de son enfant, sachant qu'il est possible de nouer une relation de confiance dans laquelle les craintes exprimées par la mère entrent dans le cadre du soutien, donc de la prévention. Comment travailler un signalement pour qu'il ne soit pas une sanction mais un adossement par rapport à une injonction thérapeutique ou à l'acceptation d'un étayage ? Les prises en charge qui ont suivi

les situations signalées ont en tout cas donné des résultats très positifs en terme d'acceptation de ces services par les familles.

Les professionnels peuvent s'adosser aussi à une structure comme le DAPSA afin de trouver les indications les mieux adaptées pour développer les compétences parentales, anticiper des lieux d'accueil, voire participer à la demande de moyens. Le plan périnatalité et notamment la création de la Maison de la naissance et de lits de suite à l'hôpital Trousseau apportent une note d'optimisme dans le paysage. Cela permettra de soutenir et d'évaluer des situations médico-psycho-sociales préoccupantes en particulier dans le cadre de la protection de l'enfance.

On sait tous l'importance du holding de la mère, mère à dorloter et bébé à dorloter après l'accouchement. Dans le large panel de professionnels en situation d'intervenir, la place de la puéricultrice de secteur est en première ligne...

Juliette DEBARY LOHIER, puéricultrice à domicile sur le 9^{ème} arrondissement.

Je me propose de vous exposer brièvement notre travail, en insistant sur les difficultés rencontrées en l'absence de soutien ou de concertation, ce qui est dommageable pour nous comme pour les familles. Il convient d'abord de ne pas stigmatiser l'enfant, qui doit pouvoir bénéficier d'un accompagnement généraliste. En ce sens, on peut penser que pour l'enfant, la puéricultrice est son interlocutrice naturelle.

Dans sa prise en charge, la puéricultrice poursuit trois objectifs. D'abord évaluer les capacités parentales, notamment en matière de réponse aux besoins primaires tels que le sommeil, l'alimentation, les rythmes ; ensuite apprécier la qualité des interactions parents-enfants, pour les soutenir et y participer ; enfin favoriser à moyen terme la possibilité de l'intervention d'un tiers, telle que travailleuse familiale ou crèche, en ouvrant à l'enfant la possibilité d'un ailleurs.

Il est difficile d'arriver à ces objectifs quand on intervient seul dans des situations complexes, relevant de la toxicomanie ou de la pathologie mentale. En l'absence de soutien, on est en effet envahi par la problématique familiale et il devient ardu de centrer l'entretien sur les besoins de l'enfant et sur l'étayement des compétences parentales. Partie prenante de la dynamique familiale, la puéricultrice est susceptible d'interprétations, de projections personnelles qui sont à la fois une entrave à une observation objective et une dispersion pouvant conduire à un épuisement dommageable pour elle même comme pour l'évaluation... La prise en charge est du coup appauvrie, dans le sens où plusieurs évaluations de la même

situation sous des éclairages complémentaires amènent à une plus grande objectivité et protègent la famille d'une certaine forme de toute-puissance de l'évaluateur unique.

Je vous propose deux vignettes cliniques, en commençant par Sofia, 30 ans, mère pour la première fois, toxicomane, souffrant de troubles psychiques, d'épilepsie et d'une hépatite C. Son bébé a été hospitalisé trois semaines pour syndrome de sevrage, donnant lieu à un signalement judiciaire à la maternité. Elle est suivie à la sortie par l'unité mobile d'Horizons, avec une psychologue et une puéricultrice à domicile, qui après une période de travail conjoint a connu un certain rejet, sans doute parce qu'elle pointait les difficultés, ce jusqu'à l'entrée en crèche de l'enfant. La mère observe un suivi régulier en consultation PMI ; actuellement, l'enfant est scolarisé en classe de maternelle.

Deuxième vignette : Julie, dont la mère, 40 ans, a accouché un mois avant que sa première fille ait elle-même accouché, à 17 ans. Elle s'est présentée deux fois en consultation en état d'ébriété. Pas de syndrome de manque du bébé. A la sortie, échec en terme d'orientation mais suivi de visites régulier assuré par une assistante sociale et par une puéricultrice, avec un suivi en consultation de PMI en pointillés. A un an, l'enfant va en crèche environ deux jours par semaine. La mère est récemment venue l'y chercher en état d'ébriété.

Autant on constate une conjonction des compétences dans le premier cas, autant le deuxième cas souffre d'une évaluation imprécise. Le nouage de la pathologie de la maman et de la question de la parentalité aurait-il pu se faire en amont si un autre dispositif avait été mis en place ? Telle est la question qui se pose à nous.

Marijo TABOADA

La prise en compte de la question de la solitude me parait constituer une avancée. Quand l'équipe d'amont envoie l'équipe de tranchées au domicile, tout le monde est rassuré sauf bien sûr ceux dans la tranchée, qui peuvent se sentir bien seuls en l'absence de soutien. Mais cette solitude pénalise aussi l'enfant lorsqu'elle ne permet pas de faciliter l'introduction d'un tiers, comme le disait Juliette Debary, qui vient témoigner du fait que le monde est vaste... Cela concerne aussi la construction que nous essayons de faire entre professionnels différents : il est important de savoir que chacun d'entre nous peut aussi avoir un ailleurs, pour ne pas se retrouver coincé dans la relation duale avec son patient.

Je note aussi, en matière de discontinuité, le souci d'éviter les clivages en fonction des produits consommés et d'inclure dans la problématique les pathologies mentales. Consommateurs ou non, nous avons tous un psychisme, parfois soumis à des difficultés, et il

doit en être tenu compte par delà les diagnostics en la matière. D'où la prise de parole aujourd'hui d'un intersecteur plutôt que d'un CSST.

Nathalie LE BOT, *sage-femme à la maternité de Port-Royal*

Je travaille au sein de l'équipe mobile d'addictologie qui a été créée en 1998. Contrairement à mes collègues sages-femmes hospitalières, j'ai la chance de ne pas être poussée par la machine du service public à faire du résultat en travaillant à la chaîne. On compte environ 3500 accouchements par an à Port-Royal, et je ne suis que les femmes présentant des problèmes d'addiction. J'y consacre 90% de mon activité, en partenariat avec un psychiatre, un médecin, un psychologue, une infirmière et une assistante sociale. Le problème pour ces grossesses à risque médico-psycho-social consiste pour le service de pédiatrie à favoriser le lien mère-enfant.

Chez les personnes souffrant de précarité sociale, la prise en charge parfois tardive de la grossesse nécessite à la fois souplesse et réactivité. Au-delà des aspects médicaux, sociaux ou même psychiatriques de l'addiction, notre rôle consiste aussi à créer du lien avec les différents intervenants extérieurs comme au sein de l'hôpital, où nous accompagnons les autres professionnels (qui ont parfois tendance à stigmatiser ces patientes).

En dehors du staff de parentalité décrit tout à l'heure, nous organisons des réunions de synthèse en ante et post-natal, notamment avec les services de PMI, qui peuvent dès lors intervenir à domicile en travaillant autrement que dans la rupture avec la famille. Nous jouons un rôle d'interface au sein de la maternité, mais aussi de pare-feu. Il existe peu de structures d'accueil qui acceptent ces patientes souffrant de pathologies addictives en prénatal. Il arrive que l'on ne note pas dans le dossier médical l'intégralité des informations recueillies, selon les circonstances de la prise en charge. Nous accompagnons ces mères en pédiatrie, mais aussi lors des éventuelles audiences en cas de signalement, toujours dans l'objectif de créer du lien, de présenter un menu à la carte pour chaque patiente dans le cadre du projet de sa grossesse, au lieu de les abandonner au cadre rigide de l'institution hospitalière.

Notre travail demande tolérance et écoute, sachant que le fait de soulever des questions délicates peut entraîner une forme de rejet passager pour l'un des intervenants, les autres ayant la possibilité de prendre le relais.

Marijo TABOADA

Je relève que 95% de la population se porte très bien sans nous. Le petit pourcentage de naissances qui nous concerne ne doit pas nous empêcher toutefois de poursuivre cet objectif de traitement à la carte des situations sensibles.

La question de la confidentialité et du problème de la stigmatisation me semble également importante. Que faut-il indiquer dans le dossier médical ? On peut décliner ce questionnement de deux façons. D'abord en examinant à quel point l'accompagnement de ces groupes familiaux peut nous obliger à transgresser notre propre champ professionnel pour lutter contre la discontinuité. Ensuite cela soulève la question de la représentation que les différents services ont des personnes dépendantes. Nous pourrions aussi nous pencher sur la représentation que les personnes dépendantes ont des services qui les accueillent... Plus globalement, il ne serait pas inintéressant de comprendre la représentation que nous avons les uns des autres, et comment ces rencontres peuvent permettre de diminuer le niveau de méfiance réciproque, qui participe de la difficulté à construire notre objet de travail.

Isabelle BRUNET, psychiatre

Merci tout d'abord au Dr Taboada d'avoir invité notre service à ces nouveaux chantiers. Je travaille dans le service du Dr Brengard, c'est-à-dire dans le 3^e secteur de psychiatrie infanto-juvénile, sectorisé sur les 9^{ème} et 10^{ème} arrondissement de Paris, où je suis responsable de l'Unité Prévention Famille Petite Enfance, Unité Mobile de Psychiatrie du Nourrisson, avec une équipe pluridisciplinaire.

Notre Unité, qui a la particularité de pouvoir être mobile, a pour but d'intervenir le plus précocement possible, dans une optique de prévention et de soins : d'une part en prénatal, avec des consultations pour les femmes enceintes et les futurs pères ; d'autre part en post-natal, pour les familles avec des enfants de 0 à 4 ans. Il s'agit alors de soutenir les processus de parentalité, de soigner les troubles des interactions parents-bébés, de permettre une non-fixation des signes de souffrance psychique du bébé.

Notre souci est de bien traiter les familles, de s'appuyer sur les compétences de chacun, parents et enfants, de chercher les leviers thérapeutiques, les potentialités créatrices et les capacités de résilience sur lesquels s'appuyer. Tout en restant attachés à la psychanalyse, nous utilisons aussi l'abord systémique des familles, que nous considérons comme complémentaire. Le caractère mobile de l'unité permet de travailler en proximité, et de faciliter lorsque cela est nécessaire l'accès aux soins, en allant au domicile ou à son substitut : hôtel, foyer maternel...

A la sortie de la maternité, notre Unité peut être amenée à intervenir dans différents contextes. Mais précisons d'abord que le suivi se fera d'autant plus facilement que notre intervention aura été préparée en amont, c'est-à-dire en prénatal.

L'équipe de notre Unité peut être sollicitée dès le début de la grossesse, que ce soit pour participer avec d'autres intervenants à des staffs de parentalité, à des réunions de synthèse et de réflexion autour d'une situation familiale qui est source d'inquiétudes, ou que ce soit pour faire la connaissance des futurs parents. Les liens créés en prénatal favorisent grandement l'accroche thérapeutique ultérieure.

Dans les suites de l'accouchement, notre Unité peut se rendre à la maternité, pour aller voir une famille qu'elle connaît déjà, ou pour un premier contact. Là aussi, le fait d'avoir été là « dès le début », dans ce moment fort de l'arrivée d'un enfant, a souvent une incidence favorable sur le suivi ultérieur.

A la sortie de la maternité nous distinguerons deux grands cas de figure où il existe une inquiétude concernant le nourrisson ou bien le lien parent-enfant, qui peuvent amener à penser à l'Unité Mobile plutôt qu'à une consultation « classique » au CMP.

Dans le premier cas de figure, la famille a une demande vis-à-vis du CMP, mais se trouve devant des difficultés ou une impossibilité à se déplacer pour s'y rendre. Cela pourra par exemple être le cas d'une mère isolée, élevant seule plusieurs enfants, ou revenant très fatiguée de la maternité avec des jumeaux.

Je vous présente une vignette clinique pour illustrer l'une de ces situations :

Il s'agit d'un petit garçon du 10^{ème} arrondissement, né très prématurément, à 26 semaines d'aménorrhée, avec un poids de 800g. Il est donc hospitalisé durant plusieurs mois en néonatalogie, et frôle la mort à plusieurs reprises. Il souffre d'une bronchodysplasie, avec multiples surinfections, et le retour au domicile avec sa mère se fera dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, avec une oxygénothérapie et des séances de kinésithérapie quotidiennes au domicile. La puéricultrice qui intervient à domicile repère dès le début des crises de colère et des balancements de cet enfant, et le fait que les liens mère-enfant sont marqués par une très grande angoisse de la maman et un aspect fusionnel de la relation. La mère est également inquiète et demandeuse d'un avis. La puéricultrice fait alors appel à notre Unité. Après en avoir discuté ensemble, une première visite à domicile conjointe permet à la puéricultrice de me présenter à la maman. Je reviendrai ensuite toutes les une à deux semaines au domicile, accompagnée de la psychomotricienne de l'unité, et ce durant cinq mois, le temps que le petit garçon soit autorisé à sortir du domicile et puisse venir consulter au CMP.

Dans le deuxième cas de figure, les familles n'ont pas initialement de demande de soins vis-à-vis du CMP, et ne souhaitent donc pas venir y consulter même lorsque cela leur est conseillé ou suggéré.

Il s'agit de situations où l'inquiétude et la demande de prise en charge par le CMP enfant émanent d'abord d'un tiers, en général un professionnel du domaine psycho-médico-social : il peut s'agir de la PMI, de la Maternité, du service social de secteur, du CMP adulte qui suit l'un des parents.... Nous pouvons donc être sollicités par un médecin, pédiatre ou psychiatre, par une psychologue, une puéricultrice, une sage-femme, une assistante sociale... D'où l'importance du travail de réseau avec les intervenants des autres services, dont cette journée est une illustration !

En effet, certains parents ne peuvent, dans un premier temps, formuler une demande de soins dans le cadre habituel de consultation ambulatoire du CMP, pour des raisons essentiellement psychodynamiques. Il nous faut donc penser une clinique de la non-demande et des aménagements de notre cadre thérapeutique et de nos pratiques de soin. Dans cette clinique de la non-demande, qui est une clinique du lien, il s'agit d'aller au devant des familles, au devant de leur demande, avec l'idée que celle-ci puisse peu à peu émerger, qu'ils puissent se l'approprier... Dans un premier temps, ce sont les soignants qui sont porteurs et garants du lien.

Le consentement de la famille pour ces VAD est bien sûr nécessaire à l'établissement d'une alliance thérapeutique. Il s'agit de prévenir avec prévenance. Le consultant, psychiatre ou psychologue, gardera une fonction de référent clinique. Il s'agit souvent de familles en situation de précarité, d'exclusion, et de grande vulnérabilité psychosociale. D'où la nécessité d'une intervention conjointe psycho-médico-sociale.

Pour nous, c'est un travail de remaillage, de restauration des liens. Nous tentons de créer une enveloppe, suffisamment souple, pour assurer une fonction de contenance psychique des soignants envers les parents, qui pourront à leur tour contenir leur enfant. Il s'agit donc de prendre soin, de soutenir, d'accompagner la dyade, la triade, la fratrie, la famille, si possible sans créer de nouvelle dépendance, en favorisant l'autonomie de la famille. Il faut tenir compte du père, qu'il soit absent ou présent ; accompagner les processus de maternalité et de paternalité ; aider les parents à nouer un lien avec l'enfant, progressivement, au rythme de chacun ; adopter une position d'empathie, pas de neutralité ; aider à la prise de conscience des responsabilités de parents, de la dépendance et des besoins de l'enfant ; enfin sortir de la confusion des places et des générations.

Là aussi, la première visite sera souvent conjointe, avec l'un des professionnels qui connaît la famille, puis l'équipe de l'Unité Mobile poursuivra les visites à domicile tout en restant en lien avec les autres intervenants, par le biais de contacts téléphoniques réguliers et de réunions de synthèse. Il s'agit de tisser autour de cette famille un réseau étayant et contenant. Dans un deuxième temps, la famille sera progressivement accompagnée vers le CMP : cela peut prendre des semaines ou des mois, parfois des années...

Permettez moi de conclure mon intervention par une deuxième vignette clinique :

Il s'agit d'un jeune couple de futurs parents du 10^{ème} arrondissement, âgés de 21 ans. L'un et l'autre ont vécu dans leur petite enfance des expériences traumatisantes d'abandon parental et de maltraitance. Ils sont très isolés sur le plan familial. Ils forment un couple fusionnel dans lequel il y a déjà eu de la violence. Avant cette deuxième grossesse, une première grossesse avait donné lieu à une interruption volontaire de grossesse tardive à l'étranger. La future maman, appelons-la Déborah, souffre également de troubles du comportement alimentaire, à type de crises de boulimie avec vomissements provoqués. Elle a eu plusieurs entretiens avec le psychologue de la maternité, au cours desquels elle a pu exprimer une certaine inquiétude par rapport à l'arrivée de cet enfant.

Notre équipe est sollicitée à la fin de la grossesse pour participer à une réunion de synthèse au sein de la maternité, avec l'équipe de la maternité, l'équipe de la PMI, le CMP adulte, et l'équipe de l'Unité d'Hospitalisation Mère-Bébé de notre service. En effet, une hospitalisation mère-bébé est envisagée. Les parents iront ensuite à deux rendez-vous de préadmission dans l'Unité d'Hospitalisation Mère-Bébé, mais malgré leurs conflits, ils ne peuvent envisager sereinement de se séparer l'un de l'autre, et le cadre de l'UHMB paraît trop contraignant à Déborah. L'accouchement a lieu peu de temps après. Le premier contact direct de l'Unité Mobile avec la famille se fera à la maternité, lors d'un entretien conjoint que je ferai avec le psychologue de la maternité, les deux parents et leur fille, appelons-la Aline.

Les parents pourront alors accepter, après la sortie de la maternité, que je vienne avec l'une des éducatrices de l'Unité Mobile à leur domicile. Cette situation familiale très fragile nécessitera notre coordination avec les visites à domicile de la puéricultrice de secteur, le suivi par la pédiatre de la PMI, le suivi par l'assistante sociale de secteur, la mise en place de travailleuses familiales, puis d'une crèche. Après 3 mois de visites à domicile, la famille viendra progressivement consulter au CMP enfants, et ce de manière régulière. Nous pourrions également accompagner la mère, Déborah, vers un début de prise en charge individuelle pour elle au CMP adulte, et la soutenir dans son projet de trouver un travail.

Dans l'année suivant la naissance d'Aline, cinq réunions de synthèse auront lieu entre les différents intervenants. Cela nous a permis un travail transdisciplinaire, dans la complémentarité et la synergie, dans le respect des places, des spécificités, des fonctions et des rôles de chacun. Actuellement Aline va bien, elle a une bonne relation avec chacun de ses parents. Le couple parental reste fragile mais a pu faire face, malgré les crises, à ses responsabilités de parents, sans maltraitance, ni abandon ou placement de leur fille. Le suivi au CMP se poursuit...

Marijo TABOADA

Avant d'ouvrir le débat avec la salle, je voudrais souligner l'importance de la question de savoir comment le réseau de professionnels peut créer une enveloppe autour des parents, leur permettant peut-être de devenir eux-même une enveloppe pour leur enfant. Cette notion d'enveloppe me semble prometteuse et me séduit. IL serait intéresser aussi de mieux comprendre comment un secteur de psychiatrie peut s'intéresser à la souffrance psychique par delà le diagnostic, dans le cadre de la prévention d'une éventuelle souffrance du bébé. Dernière réflexion à l'issue de ces témoignages : il faudrait peut-être travailler aussi à une meilleure coordination des multiples intervenants à domicile, de façon à laisser un peu d'air à des parents qui présentent parfois des agendas de ministres...

Dominique BRENGARD

Je voudrais insister sur la nécessité d'assurer le lien entre le pré et le post-natal, surtout en cas de signalement. Si l'on intervient uniquement en post-natal, en pleine crise, avant la constitution de ce lien, alors tout est plus difficile. Or il y a encore beaucoup à faire en prénatal, où l'on intervient encore trop peu, en liaison avec l'intra-hospitalier et le réseau extérieur.

Je suis très attentive à la notion de visites conjointes, qui sont récentes en raison des clivages qui ont longtemps perduré entre les services et selon le type de pathologie, qu'il s'agisse d'addictions ou de difficultés psychologiques. Une visite conjointe, PMI - secteur de pédopsychiatrie par exemple, me paraît à même de changer notre regard grâce à la personne qui a le lien, qui nous introduit auprès de la famille. Il faut être patient, être prêt à entendre parler de PMI pendant trois quarts d'heure, le temps que la mère se sente prête à aborder les questions psychologiques. Mais cet accueil chez elle fait toute la différence.

Marijo TABOADA

Il faut en effet de la patience pour arriver à travailler ensemble, même quand on se connaît et même quand on en a envie. La bonne volonté est en effet une condition nécessaire mais non suffisante pour parvenir à être dans une démarche conjointe. Dans un réseau, il y a les mailles mais aussi les trous du filet, qu'il est tout aussi important de respecter. Sinon ce n'est plus un filet, mais une camisole de force... Il faut donc parvenir à créer, pour nous et pour les patients, des espaces d'intimité, de confidentialité, de secret, permettant un travail commun dans une prise en charge globale et non totale, au sens de totalitaire. Nous sommes dans cette tension permanente : être ensemble sans être totalement ensemble. Ce temps là est sans doute nécessaire pour les visites conjointes, pour se convaincre que l'autre ne va pas vous manger tout cru, ne va pas tout exiger de vous. La confiance passe par un moment où l'on est présent sans être acteur, le temps que l'autre se familiarise ; même s'il ne se passe pas grand-chose ce n'est pas du temps perdu.

Anne BLIKMAN, *psychologue en centre maternel*

Je voudrais répondre à la remarque concernant les centres maternels, qui n'accueilleraient pas volontiers les personnes souffrant de problèmes addictifs. Dans le centre maternel où je travaille, on accueille sans discrimination toute femme enceinte ou accompagnée d'un bébé. Il y a eu pendant vingt ans en ce lieu tout un travail de construction d'une équipe, avec un positionnement des professionnels consistant à accueillir les personnes telles qu'elles sont, là où elles en sont, avec leurs rythmes, leurs souffrances, parfois leur situation de précarité ou d'exclusion, en vue de favoriser les possibilités d'imaginer un devenir pour elles-mêmes.

Or il existe actuellement un courant qui revient à déconstruire ce positionnement, centré sur l'évaluation de la femme en tant que mère et mettant l'accent sur les risques possibles pour l'enfant. On sortirait alors du cadre de la prévention pour aller vers la protection de l'enfance, vers une situation où le Centre maternel ne serait plus que l'antichambre des placements familiaux...

Marijo TABOADA

J'entends que l'on privilégierait désormais dans le discours dominant les mères plutôt que les femmes, ce qui laisse penser que les mères sont de bonnes mères et que les femmes sont de mauvaises mères, comme si les mères et les femmes qui avaient vocation à s'exclure, quand ils sont en fait soit concomitants soit alternatifs. Et c'est peut-être parce que la mère redevient

femme, après la naissance, que l'enfant peut commencer à s'individualiser, à s'autonomiser un peu du repère de la mère toute-puissante.

Anne BLIKMAN

Ce sujet n'est pas abordé sans tensions car il semble se répandre une sorte d'autocensure chez les professionnels, alors que la tradition reposait sur de constantes remises sur le métier des questions sur l'accompagnement. Les réunions de synthèse pluriprofessionnelles peuvent se tenir à la demande de tout un chacun, pas seulement des personnes dites référentes, en cas de souci pour telle ou telle mère et son enfant, même si le professionnel n'est pas en lien direct avec la personne. C'est cette dimension de la préoccupation pour l'autre, construite depuis vingt ans, qui se trouve aujourd'hui fragilisée.

Dernière remarque : cette notion de filet à trous me semble essentielle, en particulier dans les Centres maternels avec leur accompagnement multiprofessionnel intra-muros, où il est important de donner des perspectives extérieures.

Dr CHOCHON

Vos inquiétudes sont légitimes mais il n'y a peut-être pas lieu de généraliser. Il peut y avoir des dysfonctionnements d'équipes ou d'autres éléments qui biaisent votre point de vue. On sait qu'il y a peu de places en Centres maternels, qu'ils ne prennent pas forcément les situations les plus lourdes, dans la mesure où le besoin exprimé d'un étayage et la volonté d'insertion font partie des critères d'admission. Mais je ne peux laisser dire que la prévention cède le pas devant l'impératif de protection de l'enfance. Le placement n'est certainement pas devenu le projet des Centres maternels.

Dominique BRENGARD

Le laboratoire de Maison Blanche a conduit une étude sur l'ensemble des Centres maternels de Paris, centrée sur l'incidence des troubles psychiques chez la mère. Au départ seuls les troubles aigus et la violence étaient pris en compte, mais le faible nombre de cas a conduit à prendre en compte ensuite le vécu traumatique de beaucoup de femmes, souvent à l'origine des vulnérabilités psychosociales associées. Au début tout se passait dans le Centre maternel, sans beaucoup d'extériorité ni d'accompagnement à l'extérieur, conformément à une sorte d'idéal d'autonomie pour la mère. D'un autre côté se posait toute la question du dispositif de secteur, qui peinait à recevoir ces femmes.

Adeline DEBELFORT, assistante sociale dans un CSST

Je regrette que l'aide sociale à l'enfance soit passée à travers les mailles du débat... Va-t-on vers un assouplissement du dispositif des familles d'accueil, qui sont capables de prendre en charge des personnes toxicomanes ou relevant de la pathologie mentale, mais aussi des enfants ? On pourrait imaginer des temps et des lieux qui permettent de réunir ces différentes problématiques pour certaines situations.

Dr CHOCHON

Il existe déjà des outils d'accueil à la carte pour la petite enfance, dans le cadre de la prévention. On compte trois crèches familiales à Paris, et aussi des crèches collectives. Pour ce qui concerne l'enfant de plus de trois ans c'est différent.

Roch DU PASQUIER, psychologue clinicien

J'ai été très agréablement surpris par ce que j'ai entendu jusqu'à présent et je vous en remercie. Pour ce qui concerne la question du respect de la confidentialité dans le réseau, je veux souligner une confusion persistante entre contenu et contenant. Les personnes craignent la divulgation de secrets, le récit des contenus, ce qui les entrave pour parler du contenant, c'est-à-dire de ce qui se met en place ensemble. Avec ma formation de thérapeute familial, c'est ce qui m'intéresse dans le travail en équipe et dans une rencontre comme la nôtre. On peut en effet transposer avec ce qui nous intéresse aujourd'hui, c'est-à-dire la capacité de rester axés sur ce qui permet de construire, alors qu'on peut légitimement en arriver à parler des obstacles, des souffrances ou encore des problèmes institutionnels.

Dominique BRENGARD

La distinction entre contenant et contenu est effectivement essentielle. Lors des réunions de synthèse, il peut se créer des malentendus dans la mesure où l'on ne peut pas tout dire, malentendus qui peuvent aller jusqu'à provoquer un signalement sans concertation.

Françoise CORNEAU, assistante sociale à la maternité de Port-Royal.

Il est vrai que l'on observe beaucoup de situations de discontinuité, de ruptures. Lorsqu'on discute d'un cas avec l'aide sociale à l'enfance, on a rarement en réponse la mise en place directe d'une action éducative sans passer par un juge pour enfants. On est donc confronté à un problème majeur de prise en charge, notamment de par l'absence d'un système d'organisation de familles d'accueil en prénatal.

Marijo TABOADA

Il y a tout un travail à faire pour lutter contre notre discontinuité administrative et sociale, ce qui ne veut pas dire qu'il faut attaquer à la hache la discontinuité de l'autre. La question devient dès lors : comment travailler notre continuité en respectant la discontinuité de cette femme fragilisée ? On sait en matière d'admission que tel Centre a besoin d'une certaine continuité pour travailler et que cela ne sera pas supportable par telle personne. Il faut donc accepter que notre dispositif puisse être relativement chaotique et disharmonieux... Notre continuité psychique doit être suffisante pour accepter d'être traversée, effractée par la souffrance de l'autre. A certains moments la personne va bien se porter, à d'autres moments elle fera n'importe quoi ; quoi qu'il en soit il convient de ne pas lâcher l'affaire... car l'enfant lui exige de la continuité.

J'en arrive à la question de l'échange entre nous. Nous avons tous des personnalités en mosaïques, présentant un profil différent selon la situation. Comment pouvons-nous créer des lieux où la personne à qui nous parlons va pouvoir présenter telle facette ou telle autre ? Dans certains lieux c'est la « partie » maternelle qui sera accueillie avec bienveillance, et la « partie » addict peu perçue voire rejetée, dans un autre lieu, au contraire la préoccupation maternelle sera banalisée ou minimisée. Il n'y a pas la réponse standard, peut-être sommes nous là dans le domaine du sur-mesure, avec un dispositif où chacun peut être garant de quelque chose de cet accompagnement sans forcément tout mettre au pot commun du savoir sur l'autre. Nous ne sommes pas dans la toute-puissance, mais dans le tissage de relations de confiance y compris au sein du réseau, où il n'est plus nécessaire de tout dire pour se faire entendre, où chacun respecte les espaces dont l'autre a besoin.

La continuité de nos rencontres est en tout cas assurée, puisque le prochain chantier est prévu à la rentrée prochaine, probablement en septembre. Merci donc d'être venus aussi nombreux et à bientôt.