



## « Psycho-traumatismes, pathologies chroniques et parcours migratoires »

Colloque organisé par l'association Dessine-moi un mouton, 3 mars 2020, Paris

### Table ronde : les jeunes mères, quel impact du psycho-traumatisme et de la maladie chronique sur le lien mère-enfant ?

*Intervention conjointe de Catherine Machi et Cécile Peltier, éducatrices spécialisées, réseau de santé DAPSA*

#### « Quand la concertation s'en mêle ! »

Nous intervenons à la demande de professionnels ou soignants quand un, ou plusieurs membres d'une famille (mère, père, enfant(s)) présente(nt) des besoins non-couverts en termes d'accès aux soins, du fait d'une situation complexe.

Le DAPSA a pour mission de favoriser la continuité des accompagnements auprès des professionnels qui rencontrent des situations familiales, impliquant d'autres champs d'action ou de compétences que le leur, pendant des périodes de changement ou de crise ou de transition difficiles à vivre pour les familles.

Je vais vous présenter un exemple de travail de concertation qui a été proposé pour une situation familiale.

Ce travail commence pour le DAPSA, avec l'appel téléphonique du service de l'hospitalisation à domicile pédiatrique, qui commence son intervention au domicile pour les soins médicaux du bébé, dès sa sortie du service de néonatalogie. Le service HAD fait une demande sur deux niveaux :

Premièrement : une attention sur la continuité des soins médicaux du bébé après leur intervention qui va s'arrêter dans 3 semaines.

Deuxièmement : la mise à disposition d'une équipe mobile auprès des parents.

Un des éléments qui inquiète le service d'Hospitalisation à domicile pédiatrique, est le fait qu'une Information préoccupante a été rédigée par le service de néonatalogie, du fait des relations conflictuelles du couple et demandant aux parents de reprendre la vie commune, dans l'intérêt de leur bébé, du fait de sa santé fragile de grand prématuré (25 SA). Une injonction contradictoire (voire paradoxale) se traduit par une obligation de reprendre la vie commune pour le couple, pour que leur bébé puisse vivre dans des conditions matérielles sécurisantes. C'est ce point en particulier qui inquiète le service d'HAD et qui motive leur demande, car cela représente peu de garanties pour l'enfant et leur temps d'intervention au domicile est bref.

Mon travail de concertation consiste (après m'être assurée que les parents sont informés de la mise en route du travail de réseau), à contacter les soignants du service de néonatalogie où le bébé a été hospitalisé durant 4 mois après sa naissance. Je recueille des éléments sur les prises en charge antérieures pour construire l'équipe mobile. Un binôme d'intervenante sera mis à disposition à l'attention de l'enfant et de ses parents (continuité des soins médicaux) et d'autre part pour madame en tant que femme étant prise dans l'injonction à reprendre la vie commune.

S'est posée la question d'une équipe mobile à l'intention du monsieur, mais cela nous a semblé ne pas être réalisable, pour ne pas être pris nous-même, par le conflit du couple (notre équipe étant trop petite).

#### La sortie de néonatalogie


La psychologue du service de néonatalogie me donne des éléments de son travail auprès de la mère du bébé. Elles ont ensemble écouté de la musique près du bébé dans sa couveuse car dans un premier temps madame était mutique.

Réseau de Santé DAPSA 59 rue Meslay 75003 PARIS

Tel : 01 42 09 07 17

Courriel : [reseau@dapsa.org](mailto:reseau@dapsa.org)

[www.dapsa.asso.fr](http://www.dapsa.asso.fr)



L'assistante sociale transmet quelques éléments de l'histoire de cette dame :

*Madame est arrivée en France quelques mois plus tôt pour rejoindre un homme à qui elle était mariée mais qu'elle ne connaissait pas. La grossesse arrivée très vite, a été écourtée par la naissance très prématurée des jumeaux (dont l'un est décédé).*

*Avec le bébé hospitalisé en néonatalogie, la relation mère-bébé est bonne, madame répond à son bébé. Monsieur est décrit comme attentionné pour son bébé, mais il ne semble pas oser prendre sa place (ou seulement la place que lui accorderait la mère du bébé).*

### **Un mois après la sortie de néonatalogie**

Une première réunion est organisée avec les professionnels et services positionnés dans le cadre d'une instance de coordination PMI-service social, en charge de l'évaluation à la demande de la Cellule de recueil des Informations Préoccupantes. Je contacte les deux services et demande à participer à la réunion.

Les professionnels se questionnent sur les modalités relationnelles du couple mais se préoccupent surtout de l'impact des relations conjugales conflictuelles sur le climat de vie du bébé.

Les deux parents sont décrits comme ayant une réelle préoccupation parentale mais leur lien conjugal est très conflictuel. Ils s'interrogent aussi sur l'évolution possible du couple parental en prenant en compte l'intérêt et la sécurité de l'enfant. De quels appuis auraient besoin les parents ? Ensemble ou séparément ?

Les professionnels proposent une première orientation vers une consultation prenant en compte la dimension ethno psychiatrique car chacun des membres du couple a exprimé une demande d'aide.

### **Deux mois après la sortie de néonatalogie**

Une deuxième réunion est organisée en présence de la PMI, du service social et du DAPSA. En conclusion de l'évaluation demandée par la CRIP, les professionnels n'ont pas de propositions au titre de la protection de l'enfance qui seraient adaptées pour cette situation. En revanche les équipes se proposent de continuer à collaborer pour suivre cette famille sur les dispositifs de droits communs. Les axes de travail qu'ils souhaitent poursuivre sont : les suivis médicaux du bébé, la régularisation administrative de madame, la situation financière de monsieur.

Il n'y a pas d'inquiétudes en ce qui concerne la relation mère-bébé mais la fragilité de madame est à prendre en compte. En outre, les démarches pour les suivis médicaux du bébé peuvent être gênées ou empêchées par le conflit parental.

Le bébé est décrit comme ayant beaucoup de ressources mais une vigilance est à maintenir, du fait de la situation actuelle de ses parents, et également compte-tenu de son début de vie difficile et de sa grande prématurité.

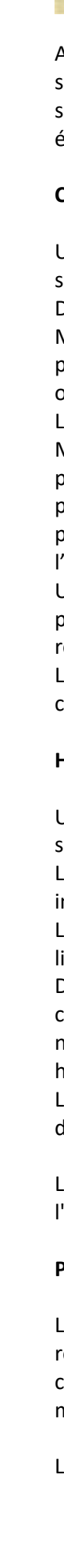
C'est dans ce contexte que le DAPSA propose de travailler une hospitalisation en unité mère-enfant qui permettrait à madame d'accéder à des soins, madame étant décrite comme très triste et déprimée. Dans le cadre de cette hospitalisation serait aussi proposé, à monsieur, de consolider sa place de père.

### **Quatre mois après la sortie de néonatalogie**

Une nouvelle réunion s'organise avec la PMI, le service social, le psychologue de la consultation ethno psychiatrique et le DAPSA

Du point de vue de la PMI, le bébé va bien, autant que possible, la prise en charge des soins de l'enfant est bien faite, mais c'est un accompagnement lourd qui va devoir se poursuivre.

Le suivi social met en exergue de grosses difficultés administratives et financières, la demande de régularisation de madame est difficile à mettre en œuvre car monsieur ne lui laisse pas accès aux documents (acte de mariage notamment) qui permettrait de faire les démarches. L'assistante sociale observe une grande ambivalence pour madame, concernant le lien avec son mari. La puéricultrice décrit une dame tenant malgré tout à son mariage, tout en ayant le souhait de s'extraire du conflit conjugal. Concernant monsieur, le médecin de PMI s'interroge sur son état psychique et pense qu'un soutien psychothérapeutique lui serait bénéfique.



Aux vues des observations recueillies, les professionnels souhaitent maintenir une vigilance auprès de cette situation. L'hospitalisation en unité mère-bébé paraît être une bonne indication. Les parents ont été consultés et sont d'accord avec ce projet de soins. Je rédige la demande d'hospitalisation avec l'accord du groupe sur des éléments qu'ils m'ont eux-mêmes transmis.

### **Cinq mois après la sortie de néonatalogie**

Une nouvelle réunion s'organise, cette fois avec les soignants de l'unité mère bébé, la PMI, le service social de secteur et le DAPSA.

Du point de vue de l'unité mère-bébé, le bébé va bien, il communique aussi bien avec les adultes qu'avec les bébés. Madame parle peu avec son fils mais ses gestes sont tendres et les soins primaires pour lui sont adaptés. Elle a des préoccupations claires et est très bien organisée pour le suivi médical et les traitements de son fils. Des observations ont pu aussi être faites concernant le père, celui-ci a une très bonne tenue de son bébé et est en relation avec lui.

L'hospitalisation pour madame qui se présente comme profondément triste et déprimée reste une bonne indication. Mais sans doute a-t-elle besoin de temps pour prendre du recul, se sentir à l'abri psychologiquement et réfléchir à son projet de poursuivre ou non la vie commune. L'équipe de l'unité mère-bébé s'interroge : ce temps d'hospitalisation, permettra-t-il à madame de prendre appui et peut-être de s'engager vers un travail thérapeutique avec les professionnels de l'unité mère bébé. La place de monsieur en tant que père, est préservée par le dispositif de l'hôpital.

Une attention est portée au développement du bébé en tant que grand prématuré. Mais reste l'inquiétude des professionnels sur l'absence de réactions de celui-ci, lors des altercations entre ses parents au sein de l'unité et les répercussions sur l'enfant du mode relationnel de ses parents.

Le groupe s'accorde pour constater que les relations conjugales conflictuelles complexifient l'approche et la compréhension de cette famille et freinent les ouvertures et les projets à construire.

### **Huit mois après la sortie de néonatalogie**

Une réunion se tient dans le contexte de sortie de l'unité mère-bébé avec les soignants de l'unité, la PMI, le service social de secteur et le DAPSA.

La problématique du couple a pris beaucoup de place et les disputes violentes ont nécessité des aménagements en interne notamment sur l'organisation des visites de monsieur auprès de son fils.

Les professionnels de l'unité mère-bébé, en accord avec madame et monsieur, ont travaillé avec le psychologue du lieu de consultation ethnopsychiatrique.

Des éléments sur le plan culturel et symbolique ont pu être rapportés auprès des soignants de l'unité mère bébé, concernant les conditions de sa naissance, son statut de jumeau mais aussi les rituels concernant sa naissance qui n'avaient pas pu être faits. Une évolution favorable de l'état dépressif de madame a été observée pendant son hospitalisation et une orientation vers le CMP de son secteur lui a été indiquée.


Les différentes propositions d'appuis et de soins pour l'un et l'autre membre de ce couple, ne sembleraient pas avoir d'effets pour le moment en ce qui concerne leurs modalités relationnelles conflictuelles.

La situation a pu se stabiliser du fait de l'entrée en centre maternel de madame avec son fils, permettant l'accès de l'enfant à des soins pérennes en Centre d'Accompagnement Médico-Social Précoce (CAMSP).

### **Pour conclure**

Le rythme des réunions était très régulier et dense, les professionnels parvenaient à garder une certaine pudeur et retenue sur la situation de chacun des membres du couple. Nous avons évité le grand déballage sur les éléments des conflits. Les professionnels pouvant malgré tout prendre parti pour madame ou monsieur en fonction de l'actualité, mettant aussi en reflet l'ambivalence mais surtout le conflit conjugal.

Le bébé a toujours occupé une place centrale dans le travail des uns et des autres.



Dans ce groupe de travail, et de la place que j'occupais, n'ayant jamais rencontré la famille, il m'a été possible de questionner les moments où les conflits de ce couple se « rejouaient » en réunion, parfois de façon très virulente. Nous résistions, à la fois à la recherche d'un consensus tout en cherchant à travailler les désaccords sans pour autant entrer dans des conflits ouverts et disqualifiants, même si nous avons été parfois à deux doigts de la rupture... Les professionnels, sensibles à leurs mouvements internes, étaient réceptifs à ce travail « d'accordage collectif », si on peut le dire ainsi, et pouvaient ne pas être d'accord, mais ne pas partir fâchés pour autant.

## **La concertation**

La concertation : tenir le fil de la situation en échangeant avec les professionnels sur ce qui est fait, ce qui est observé, ce qui est envisagé.

La concertation doit permettre à chacun des professionnels de prendre une décision concernant son propre travail, en lui permettant d'intégrer dans sa réflexion les observations des autres professionnels.

Cette mise en lien n'a ni vocation à porter collectivement les décisions, ni vocation à se substituer aux décideurs naturels que sont tous les professionnels, concernant les missions et les problématiques qui sont les leurs.

Il y a donc certains écueils à éviter ; la concertation ne doit pas être le lieu d'un grand déballage autour de la biographie d'une famille, et les règles du secret professionnel et du partage d'informations doivent pouvoir s'appliquer.

C'est à la construction d'un dispositif soignant, suffisamment complexe pour prendre en compte ces dimensions, que s'attache le DAPSA.

*Catherine Machi, éducatrice spécialisée  
Réseau de santé DAPSA (Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires)*

***Dans certaines situations, le Dapsa peut, en complément du travail de concertation, intervenir directement auprès des familles concernées. En voici un exemple.***

### **« Suivi en équipe mobile de cette même situation »**

Madame nous reçoit pour la première fois, ma collègue psychomotricienne et moi, dans l'unique pièce du petit appartement familial. Elle nous invite à nous assoir dans le canapé, s'y assied près de nous, face au grand lit qui occupe tout le reste de l'espace et à côté du lit à barreaux où dort son bébé, relié par un tuyau à une machine à oxygène. Il s'éveille vite et nous pouvons nous présenter à lui. Sa maman se montre adaptée, très vigilante à son bien-être, un peu tendue.

Elle raconte sa grossesse, survenue peu après son arrivée en France où elle a rejoint de sa propre initiative un mari réfugié avec qui elle n'avait jamais vécu, le rejet de celui-ci, les violences allant croissant, la mise à la porte, l'hôtel 115 et la naissance très prématurée de ses deux bébés, le décès de son premier bébé après quelques heures, la lutte pour la survie de son petit garçon. Elle est restée auprès de lui en néonatalogie pendant ces longues semaines et à la sortie, elle s'est vue obligée de revenir vivre avec son mari. Elle est très claire sur ce choix : mieux valait revenir qu'être séparée de son petit garçon.

Elle est très triste aussi, et tente, sans y croire beaucoup, de garder l'espoir de trouver un compromis avec son mari. Elle espère un changement d'attitude motivé par sa paternité, dont elle est très respectueuse. Elle exprime que son fils a besoin de l'investissement et de l'amour de son père.



Nous proposons 2 axes de travail à Madame, qui accepte :

- Un accompagnement centré sur l'enfant par la psychomotricienne, avec ses parents ou l'un ou l'autre d'entre eux.
- Un accompagnement pour Madame elle-même, eu égard à toutes les souffrances traversées et à sa situation actuelle fragile, que je conduirai en tant qu'éducatrice spécialisée.

Je ne parlerai pas du travail de ma collègue psychomotricienne, qui sera très investi par Madame et permettra un soutien de l'enfant jusqu'à la stabilisation de sa situation familiale permettant une inscription dans des soins à long terme.

Je vois ensuite Madame seule. J'ai croisé quelque fois Monsieur, mais Madame s'arrange pour qu'on se voie quand il est absent au domicile ou à l'extérieur. Ce qui demande quelques stratégies, ce que je lui fais remarquer. Elle a peur, elle se cache. Ce qu'elle lui cache, c'est sa volonté d'échapper à son emprise (financière, matérielle, morale, psychologique) et de recouvrer une liberté qu'elle a le sentiment d'avoir connue avant. Plusieurs logiques s'entremêlent. Elle tente de trouver des modalités d'entente pour le bien de son enfant, pense-t-elle. Elle se trouve dans l'obligation de négocier pour obtenir de quoi subvenir à ses besoins et à ceux de son enfant (nourriture, accès à l'appartement, accès aux soins...) Elle tente de se protéger des violences psychologiques et physiques tout en restant au domicile (elle appelle la police à plusieurs reprises).

Mon accompagnement consiste à l'écouter (y compris écouter et supporter les violences et les humiliations subies, par elle et par l'enfant, y compris entendre les violences exercées en retour par elle) l'écouter, l'aider à exprimer ses ressentis, ses idées, y compris contradictoires, justement repérer ces contradictions, ces ambivalences avec lesquelles elle se débat.

L'accompagner dans ses réflexions face aux différentes possibilités qui s'offrent à elle, aux propositions que lui font les autres professionnels, l'accompagner parfois auprès de certains d'entre eux.

Dans ce maëlstrom tristement classique de la violence conjugale, il s'agit de ne pas perdre de vue et prendre en compte aussi :

- Les effets psychologiques de cet environnement sur l'enfant,
- La pathologie de l'enfant et ses différents symptômes et besoins de soins,
- La maladie de Madame et la nécessité d'une continuité dans ses soins,
- Les effets psychologiques des violences subies par Madame, des deuils multiples à faire (d'un mari accueillant, d'un pays (la France) accueillant, d'une petite fille décédée, d'un bébé en bonne santé, d'une vie de famille rêvée, de soutiens familiaux concrets, de son pays dans lequel elle ne peut pas retourner avec son enfant si malade).

A ses côtés, la seule chose qui semble accessible (et défendable) c'est négocier une trêve. Un éloignement temporaire pour lui permettre de souffler, de recouvrer ses capacités de penser, et de prendre des décisions.

Pendant et après son hospitalisation avec l'enfant, rester présente pour mesurer avec elle le chemin parcouru, ses espoirs, ses déconvenues, et accompagner la possibilité de certains renoncements.

La soutenir dans ses choix, sans si possible en méconnaître les risques, pour elle et pour son enfant, qui vit dans cette tension permanente entre ses parents et dans le ressenti de sa terreur à elle. C'est probablement la violence subie par l'enfant, violence qu'elle trouve injuste, qui décidera Madame à accepter un jour la énième proposition de mise à l'abri faite par la police. Elle quitte le domicile en urgence avec son bébé, et n'y reviendra plus. Après quelques semaines en foyer d'urgence, elle sera admise avec son enfant dans un Centre maternel.

Au fil du chemin, nous observons ensemble que sa santé somatique passe après celle de son enfant (elle diffère une opération pour ne pas laisser son fils seul), que sa santé psychique et physique se dégradent pendant la vie commune, puis une amélioration nette, voire spectaculaire, après la séparation d'avec son mari et une reprise des soins : l'intervention chirurgicale nécessaire est devenue inutile.



Le suivi en équipe mobile, avec cette dame,  
c'est d'abord cheminer à ses côtés, à son rythme,  
cheminer physiquement (par définition l'équipe mobile se déplace, va vers les personnes),  
cheminer mentalement, c'est-à-dire se remettre à penser, en pensées, sortir de l'immobilisme, de la sidération face  
à la violence.

Une forme d'accompagnement inconditionnel, quelles que soient les décisions de cette dame, une prise de parti (qui  
n'empêche pas de ne pas toujours être d'accord). Cette forme d'engagement est possible parce que d'autres sont  
engagés du côté des intérêts des autres personnes composant la famille.

*Cécile Peltier, éducatrice spécialisée*  
*Réseau de santé DAPSA (Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires)*