

A l'occasion d'un webinaire organisé les 1er et 6 février 2024 par la PMI du 77,

Elodie DA SILVA et Marlène FABBRO ont présentées une situation clinique afin d'illustrer un travail possible du Dapsa.

Ancrage et Contenance d'un travail en réseau

Présentation d'une situation clinique

L'appel vient d'une sage-femme qui travaille dans une maternité publique du département à la suite de sa consultation avec une patiente, Mme Dora. Cette dernière a consulté au mois d'août aux urgences générales pour une altération de son état général, des vomissements et des douleurs pelviennes ; elle est adressée après plusieurs bilans, aux urgences gynécologiques où un test sanguin et une échographie attestent d'une grossesse avancée à 19SA, à priori méconnue de Madame qui semblait alors sidérée à cette annonce. L'équipe soignante lui conseille alors de s'inscrire dans la maternité de l'hôpital pour le suivi médical de grossesse. Et sa présentation marginale laisse penser que bénéficier, en plus, d'un accompagnement social sur la maternité pourrait être intéressant.

En septembre (24 SA), Madame vient à la maternité pour s'inscrire ; compte-tenu du terme avancé de la grossesse - non suivie jusqu'alors - un RDV lui est donné rapidement avec la sage-femme référente des situations périnatales vulnérables et coordinatrice du staff MPS.

La sage-femme nous relate, lors de son appel, plusieurs éléments recueillis lors de la première consultation obstétricale qui s'est bien déroulée et a duré 1h : M^{me} Dora est une femme de 39 ans, deuxième pare, d'origine et de nationalité française, née en Seine et Marne. Elle n'a pas d'antécédent médico-chirurgical notable et pas de médecin traitant.

Elle a grandi au sein d'une famille dont les 2 parents buvaient et avec lesquels elle n'a plus de contact. Madame a un fils de 19 ans, Charles, d'une première union qu'elle ne voit plus depuis plusieurs années (ado), il est à la garde du père qui vivrait en IDF, d'un commun accord entre les 2 parents. Madame bénéficie du RSA et à ce titre est suivie de manière erratique par une assistante sociale de la MDS au titre du renouvellement de ses droits et de sa domiciliation. Elle n'a pas d'hébergement stable et dort chez des connaissances, à droite à gauche entre la Seine et Marne, la Seine Saint Denis et Paris, il lui arrive aussi de dormir à la rue. Cela l'amène parfois à se rendre aux urgences à proximité de son lieu d'hébergement quand elle a des problèmes de santé divers.

Mme est venue seule au RDV avec la sage-femme mais dit avoir informé son compagnon de la grossesse car il s'inquiétait de son état de santé. Ce futur père présumé, Mr Pomme, est un compagnon de rue depuis plusieurs années. D'après Madame, il n'a pas de droit à jour ni d'hébergement, pas d'ancrage administratif. Il boit et il fume (tabac et cannabis) et ne bénéficie d'aucun soin.

Madame peut revenir sur son premier suivi de grossesse et son accouchement, sans particularité. Elle n'a jamais eu de suivi gynécologique en dehors de la première grossesse. Elle est transparente autour de son histoire personnelle, familiale et de sa consommation d'alcool, ancienne et inscrite dans ses habitudes de vie depuis longtemps ainsi que dans son milieu familial depuis toujours. Avant la grossesse, Mme buvait régulièrement du vin, plusieurs fois par semaine, qu'elle a du mal à quantifier ; selon elle, l'état nauséeux a priori lié à la grossesse en cours lui ont permis de réduire sa consommation en termes de fréquence et de quantité consommée.

Madame parlant librement de ses consommations d'alcool, la sage-femme en a profité pour évaluer son niveau d'informations autour des risques liés aux alcoolisations pendant la grossesse.

Madame a notion que l'alcool n'est pas bon quand on est enceinte (elle a vu les étiquettes sur les bouteilles, les affiches en salle d'attente, et les on-dit) sans connaissance réelle des risques pour le fœtus et le bébé à naître.

La sage-femme lui propose une échographie du deuxième trimestre par un référent de l'équipe et lui propose également de l'orienter vers l'assistante sociale dédiée à la maternité. Compte-tenu des fragilités observées elle lui propose de garder le suivi de grossesse avec elle ce que Mme accepte. Elle aborde enfin le travail en équipe et notamment autour des situations fragiles pour mieux la soutenir.

Madame semble rassurée et presque privilégiée de recevoir toute cette attention.

La sage-femme formalise une demande auprès du Dapsa en raison de la situation de vulnérabilité de Mme Dora (sans hébergement et sans ancrage, isolée) et des risques pour la grossesse et le bébé à venir, notamment du fait des consommations d'alcool dans un contexte de grossesse débutante. Situation à laquelle la sage-femme est peu habitué. Elle souhaite inviter le Dapsa au prochain staff MPS qui a lieu mensuellement. Dans la mesure où Mme est informée de notre présence – en tant que réseau de santé périnatale pour les situations nécessitant un travail partenarial soutenu – nous lui confirmons notre présence à ce temps d'échanges.

Au niveau du Dapsa, en interne, à la suite de ce premier appel, la situation est évoquée en réunion d'équipe. Différentes pistes d'accompagnement des professionnels sont évoquées : le lien avec les différents interlocuteurs qui vont se mettre en place au sein de la maternité et leurs liens avec ceux qui connaitraient Madame à l'extérieur ; la participation au staff MPS ; une réflexion sur des orientations possibles dans des lieux spécialisés addictologie- périnatalité. Nous faisons ce retour à la sage-femme qui nous a contacté et qui semble adhérer à ces propositions.

Sur conseil de sa collègue sage-femme, l'assistante sociale de la maternité nous contacte la semaine suivante après son RDV avec M^{me} Dora lors d'une permanence.

RDV auquel M^{me} Dora est venue seule. Et elle dit d'emblée qu'elle n'aime pas trop les assistantes sociales. Elle en connait depuis longtemps, enfant déjà elles venaient chez ses parents pour contrôler que tout allait bien... même si ça n'allait pas bien... Madame lui parle de son suivi sporadique à la MDS mais sans pouvoir lui donner le nom de la professionnelle qui, sur les 2 dernières années, a changé 4 fois. Madame aborde l'absence d'hébergement stable depuis plusieurs années ainsi que son parcours de vie. Elle a été vendeuse en poissonnerie dans un supermarché pendant quelques années. Mère à 20 ans, elle a vécu avec son fils et le père de ce dernier jusqu'aux 2 ans de l'enfant; elle a quitté le domicile conjugal et s'est installée dans un studio à proximité pour maintenir des liens avec Charles. A cette époque, elle buvait déjà régulièrement ce qui selon elle, a été un des facteurs de rupture avec le père de son 1^{er} enfant. Elle regrette l'absence de lien avec son aîné mais se dit qu'il va bien, surement. Madame a conscience que la situation n'est pas idéale pour avoir un 2ème enfant, elle qui a déjà du mal à gérer sa vie personnelle, mais elle voit cette grossesse comme une seconde chance. Sur la question de l'hébergement, l'assistante sociale lui demande comment elle voit les choses pour la suite de sa grossesse... Mme Dora est alors un peu perdue et démunie, elle dit qu'elle a appelé le 115, même si elle n'aime pas trop ça non plus, et que rien ne lui a été proposé. En plus elle n'aime pas trop laisser son compagnon seul dehors, elle dit : « il est gentil mais des fois il fait n'importe quoi », sans plus de détails.

Arrive le Staff MPS...

Sont présents en tant que membres permanents : la PMI, l'infirmière de l'ELSA et pour la maternité : l'AS, la psychologue, la sage-femme MPS, la sage-femme coordinatrice en maïeutique. Sont aussi présents : l'AS de la MDS, contactée par l'AS de maternité qui a fait des recherches ; le Dapsa.

Ce temps permet de réfléchir à l'organisation du suivi de grossesse et de penser les accompagnements possibles, envisageables. Quels sont les accompagnements actuels ? De quoi Mme se saisit ? Quelles inquiétudes ? Quels projets pensés pour elle, par elle ? Et Mr ?

L'AS de la MDS qui connait Mme depuis un an et demi décrit une femme avec des revendications fortes quant à ses droits, difficile à saisir et dont la situation se dégrade. Madame peut être véhémente avec la secrétaire, ne supporte pas l'attente avant un RDV, ne se présente jamais à l'heure prévue... L'AS ne connaît pas Mr. L'AS de la maternité décrit une femme spontanément dans l'échange, transparente sur sa situation et pouvant se montrer vulnérable. Les observations de la sage-femme MPS vont également dans ce sens. L'IDE d'ELSA propose sa mise à disposition pour rencontrer la patiente et aborder la question des consommations.

La PMI, qui ne la connait pas, exprime des inquiétudes concernant les alcoolisations de Mme enceinte et son contexte de vie à la rue. La sage-femme coordinatrice de maternité émet les mêmes inquiétudes et évoque les difficultés que va rencontrer la maternité du fait d'un séjour long en SDC lié à l'absence d'hébergement stable. Ce staff permet aux professionnels de faire connaissance et de se positionner dans l'accompagnement de Mme, dans l'idée de lui permettre de mieux se repérer parmi les professionnels qui l'entourent.

Pour le Dapsa il s'agit de faire cohabiter les différentes facettes de Mme. Aucune observation ne l'emporte sur l'autre. Les professionnels peuvent être désorientés par cette dame qui se montre revendicative, fuyante mais aussi touchante, vulnérable et dans l'échange. Nous questionnons les professionnels sur la place du compagnon auprès de Mme et auprès de l'enfant à naître.

• (Suivi de grossesse)

Le suivi de grossesse s'organise sur la maternité, ce à quoi Mme adhère, avec des RDV rapprochés (sage-femme MPS, échographies, AS). Au détour d'une consultation avec la sage-femme, l'IDE de l'ELSA se présente à Mme ; Mme lui dit qu'elle n'a plus de problème d'alcool, elle dit avoir arrêté. Elle décline également la proposition de la sage-femme de rencontrer la psychologue. En revanche, elle accepte facilement de rencontrer une sage-femme de PMI, en PMI (proche de la maternité) sans bien en comprendre le sens.

Les 2 AS connaissant Madame (MDS, maternité) se mettent en lien à la suite du staff et se coordonnent pour les différentes démarches : SIAO, déclaration de grossesse, couverture sociale, domiciliation, etc.

Le DAPSA reste en contact téléphonique avec les différents professionnels qui rencontrent Mme et à l'écoute des effets de leur accompagnement sur eux (espoir, angoisse, rêve).

Mme

Mme est ambivalente quant aux solutions d'hébergement pensées par les pro : 115, CHU, CHRS, centre maternel, unité mère-enfant.... Elle ne se projette dans aucun des dispositifs proposés.

Son ambivalence l'est tout autant quant à sa consommation d'alcool, qui reste floue : elle dit à la sage-femme qu'elle diminue mais qu'elle n'arrive pas à arrêter. Elle ne souhaite pas rencontrer l'IDE d'ELSA à qui elle dit avoir arrêté. Les soignants sont inquiets pour la grossesse et pour le fœtus du fait des consommations difficiles à objectiver.

Madame tient à garder un suivi individualisé, pour elle ; elle semble mettre à distance Monsieur « pour ne pas qu'il agace et que les gens ne s'inquiètent pour rien » dit-elle.

Mais la question de son implication auprès de l'enfant à naitre, reste une énigme pour les professionnels.

Peut-être aussi pour Mme. Elle s'interroge tout autant de sa relation conjugale actuelle que de la relation parentale future avec Monsieur. Et elle ? Quelle mère sera-t-elle pour cet enfant à venir ? Et quel enfant sera-t-il pour elle ? Ces questionnements, qui peuvent être communs à toute future mère, fragilise beaucoup Mme Dora. Plus le terme approche, plus les projections « dans la vie réelle » deviennent difficiles pour Madame, elle si loquace semble bloquée et paralysée en ce qui concerne la mise en pratique d'un projet pour la suite, quel qu'il soit.

• (Travail du Dapsa)

L'équipe médicale s'agace de l'absence de solution d'hébergement auprès des deux assistantes sociales, l'échographiste et la sage-femme suspectent que Mme boive encore et s'agacent auprès de l'infirmière de l'ELSA. Tous s'agacent de l'absence de Monsieur... seule la sage-femme de PMI l'entraperçoit : il reste dehors lorsque Mme vient en PMI, insaisissable selon la professionnelle.

Le DAPSA constate que la situation déstabilise les professionnels mobilisés, les épuisent et les agacent, à en devenir rejetants parfois. Ceci n'est pas non plus sans effet sur les relations inter professionnelles

Se consolide le soutien du Dapsa au travers du travail de concertation. Le DAPSA est un interlocuteur privilégié des professionnels, attentif à ces mouvements afin qu'ils puissent être parlés. Personne n'a raison, personne n'a tort; chacun est légitime dans ses ressentis. Ce temps d'écoute et notre disponibilité permettent, selon nous, aux professionnels de lâcher ce qui les encombre, tant avec Mme qu'avec les autres professionnels, pour aborder plus sereinement le travail quotidien, dans la relation avec la patiente/femme/mère et avec les collègues/partenaires professionnels...

Le travail de concertation permet à chacun des professionnels de se sentir moins seul à « porter » la situation, la responsabilité est partagée. Quant aux ressentis, chacun expérimente ce que l'accompagnement de Madame lui fait vivre de difficile mais aussi de plaisant, de gratifiant ou d'encourageant. Progressivement, certains arriveront même à rire de leurs déboires (entre eux et avec Mme).

La situation est présentée chaque mois au staff MPS de la maternité ; à 34SA (4^{ème} staff MPS), force est de constater que la situation sociale de Mme n'a pas évolué et que la grossesse avançant, la question des conditions de sortie qui devient urgente est posée par la sage-femme coordinatrice de maternité. Les professionnels de la maternité, pris dans les mouvements de Mme Dora et dans son actualité, n'ont pas pu se projeter avec elle sur la naissance de son enfant et les suites. Le projet de sortie les préoccupe depuis plusieurs semaines et c'est l'objet de l'accompagnement de la sage-femme de PMI. L'AS et la sage-femme de maternité propose de voir Mme ensemble et de faire le point sur les perspectives, actuellement impossibles à mettre en place sans le positionnement éclairé de Mme. Un RDV ante natal de Mme avec un pédiatre de maternité est proposé par la sage-femme MPS.

• Entretien conjoint AS-SAGE-FEMME avec Mme :

Lors de l'entretien conjoint avec l'assistante sociale et la sage-femme, Madame peut se montrer différente face à la réalité qui s'organise. Elle est tendue, moins loquace, plus fuyante dans ses réponses... et met fin brutalement à l'entretien.

Les professionnels s'inquiètent de leurs liens avec la patiente. Et ils se préoccupent du fait qu'elle honore moins bien ses RDV, dont celui avec le pédiatre, sans que cela puisse être parlé/repris.

Néanmoins, Madame continue à aller en PMI voir la sage-femme à qui elle se plaint de ses suivis à la maternité, trop denses. Elle se sent jugée et contrôlée.

Le DAPSA recueille ces informations et ces ressentis. Les mouvements de Madame ont-ils un lien avec la concrétude des projets de sortie dans lesquels elle n'arrive pas à s'intégrer ?

Accouchement/SDC

A 36 semaines, Madame est amenée à la maternité par les pompiers en travail avancé. Elle accouche physiologiquement sans péridurale et sans complications mais paniquée de la précocité de son accouchement auquel elle ne s'attendait pas. Monsieur est présent, sollicité par Mme, et très inquiet pour elle. Naît un garçon de 2kg220g, qu'ils prénommeront Henry.

L'examen clinique initial par le pédiatre de garde est rassurant (PC normal), ne montrant pas de signes évocateurs de SAF (bien que cela n'exclut pas un ETCAF) ; compte-tenue de la légère prématurité, une admission de l'enfant en lit Unité Kangourou avec sa mère est indiquée pour une surveillance classique. Des toxiques urinaires sont prélevés à l'enfant, sur indication du pédiatre, qui reviendront positifs à l'éthanol.

En SDC à J1, l'IDE d'ELSA est de nouveau sollicitée par l'équipe de maternité et re rencontre le jour même M^{me} Dora en chambre.

La patiente est fatiguée, se plaint à la professionnelle de ses conditions d'hospitalisation (des repas, des difficultés de sommeil, des sorties limitées, de l'absence de visite), elle se sent enfermée et privée de liberté; néanmoins, Madame est heureuse de la naissance de son fils et les observations du lien mère-enfant décrivent une mère présente, à l'écoute, attentionnée avec un portage adapté. Madame a choisi un allaitement au biberon. Elle dit à l'IDE ne pas ressentir le manque d'alcool dont elle se dit à distance voire sevrée. Mr Pomme, présent également quotidiennement, semble moins à l'aise avec le cadre, fuyant avec l'équipe (il dort ou il sort de la chambre lors des soins), maladroit avec son fils et dans le portage. Mme semble mal à l'aise en présence de Mr mais apprécie sa compagnie. Mr Pomme est très attentionné auprès d'elle, aux petits soins, ce qui peut agacer Mme, qui est centrée sur son fils. Il ne parviendra pas à aller jusqu'à la mairie pour faire les démarches de reconnaissance de son enfant.

A la question du projet de sortie, Mme Dora dit ne pas vouloir être séparée de son enfant. Elle peut également dire ses volontés : ne pas être hébergée en collectif, ne pas avoir des horaires imposés, ne pas avoir trop de RDV, être libre de voir Monsieur quand elle le veut, ne pas être contrôlée par d'autres.

L'AS de maternité propose d'organiser une réunion à J5 avec la sage-femme MPS, la coordinatrice en maïeutique, l'IDE d'ELSA, les pédiatres, les puéricultrices, la cadre de néonatologie, la sage-femme de PMI, l'AS de secteur et le DAPSA afin de réfléchir aux modalités de sortie pour Madame et Henry.

A cette réunion, les professionnels partagent leurs idées. La sage-femme de PMI pense à une sortie mère-enfant en structure étayante : centre maternel, unité mère-enfant, CHU mère enfant. L'IDE d'ELSA évoque plutôt un soin résidentiel en addictologie pour Mme avec un travail sur la parentalité. L'équipe pédiatrique met un focus sur l'indication d'un suivi d'enfant vulnérable pour Henry en lien avec les alcoolisations maternelles et leurs doutes sur les capacités des parents à soutenir l'accès aux soins de leur enfant. Les cadres (néonatologie et maternité) rappellent que la durée maximale de séjour en unité kangourou est de 12 jours. Les AS (secteur et maternité) et la sage-femme MPS ne voient pas d'autre alternative qu'un placement de l'enfant compte-tenu de l'impossibilité de travailler avec Mme un projet de sortie viable et sécure pour la dyade.

Comment faire co exister les différents avis et propositions des professionnels qui accompagnent Mme Dora, Henry et Monsieur Pomme ? Accès aux soins de Mme, accès aux soins de l'enfant, hébergement, protection de l'enfance. Et Monsieur dans tout ça, comment le soutenir dans l'accès à des soins, dans sa situation sociale, dans ses liens avec Mme et avec son enfant ?

Quelle approche du soin pour Mme avec le soutien des professionnels ? Qu'est ce qui l'amènerait à un cheminement personnel et qui aurait un impact constructif à la fois sur elle, sur son enfant, sur leurs liens ?

Comment le travail de réseau peut favoriser les liens parents-enfant ? Et si placement, comment soutenir ces mêmes liens ?

Comment il peut aussi favoriser la continuité de suivi pour l'enfant, indépendamment d'un contexte de placement ?

Conclusion

Pour conclure, nous avons tenté de mettre en avant, au travers de ce travail d'écriture, les différentes portes d'entrée d'une même situation : la situation familiale, la situation des professionnels avec la famille et la situation des professionnels au sein de leurs institutions et entre eux. Avec l'idée que les fonctionnements des uns se reflètent sur ceux des autres, se font écho, s'influencent et interfèrent entre eux. Un changement à l'un des niveaux a des effets de changement sur les autres.

La fragilité d'une situation, la psychopathologie d'une patiente impacte l'accompagnement des professionnels.

C'est une illustration d'une situation complexe, à risques de rupture de liens à différents niveaux (entre les professionnels, entre les professionnels et la famille, entre la mère ou le père et l'enfant) ; le soutien du travail de réseau autour de ces situations peut atténuer ces risques de rupture.

Et, nous interrogeons aussi la notion de soin supportable, dans cette situation, Mme adhère à un soin de grossesse mais pas à des soins addicto pour elle ni à des « soins » sociaux.

Comment donner suite à cette préoccupation et à qui la transmettre ? La continuité d'attention proposée par le Dapsa permet de tenir le fil de l'histoire des accompagnements des familles ; et aussi, de faire renaitre les propositions imaginées par d'autres, à un instant T pour les réactualiser selon le contexte du moment.