

Le réseau de santé DAPSA, après 18 mois de fonctionnement, a représenté son dossier à la Commission Régionale des Réseaux fin décembre 2006 et a reçu un agrément pour trois ans. Certes cet agrément est accompagné de recommandations, fort légitimes d'ailleurs – la pratique du travail en réseau est loin d'être spontanée et exige une remise en question permanente, mais les efforts accomplis pendant ces premiers mois de fonctionnement ont été récompensés.

Alors, c'est peut-être maintenant que tout commence pour de vrai. Dorénavant, le DAPSA est porté par sa propre association, l'association DAPSA basée, comme le réseau, sur le pluralisme et la pluridisciplinarité.

Le travail avec les professionnels et auprès des groupes familiaux, femmes enceintes, couples, mères ou pères avec enfants va se poursuivre. La particularité du DAPSA est de s'adresser à une population inhomogène, des femmes, des hommes et des enfants nés ou à naître, donc à des professionnels extrêmement divers tant sur le plan des métiers que des statuts. Cette hétérogénéité est parfois explosive tant nos cultures sont diverses...

Les activités conçues précédemment vont être maintenues, avec un projet de « chantier 3 » pour la rentrée de septembre, la continuation de la publication du bulletin, la mise en place de nouveaux ateliers de travail pour 2007-2008.

Nous poursuivrons nos efforts en vue de faciliter l'accueil de l'enfant à naître, donc aussi l'accueil de ses futurs parents. Nous nous attacherons particulièrement à la question des sorties de maternités, après des séjours parfois brefs et donc à la question des sevrages tardifs ou peu reconnus.

Dr Marijo Taboada

CHANTIERS OUVERTS AUX PUBLICS... 2^{ème} ÉDITION.

Suites de couches, ... services de suite, ... quels accompagnements en sortie de maternité ?

Le 29 janvier 2007, le DAPSA a organisé son deuxième chantier, consacré à l'accompagnement à la sortie de maternité. Le principe de ces chantiers reste le même : des intervenants viennent exposer l'état de leurs travaux, de leur pensée à propos de la parentalité confrontée à l'addiction ... ou de l'addiction confrontée à la parentalité. Il s'agit bien de pensées au travail rencontrant d'autres pensées dans un but de construction commune et de réaménagements de nos pratiques.

Pour cette deuxième rencontre, quatre équipes ont accepté de nous présenter leur travail : deux équipes « généralistes » : le service social de la maternité de l'hôpital Saint Antoine et la PMI des 8^{ème} et 9^{ème} arrondissements de Paris et deux équipes plus « spécialisées » : l'unité mobile d'addictologie de Port Royal et l'unité Prévention Famille Petite Enfance du 3^{ème} secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Paris.

Le service social hospitalier de la maternité de Saint Antoine prend

en charge environ un quart des accouchées de cette maternité.

La majeure partie de ces femmes cumulent des problématiques sociales complexes, y compris l'irrégularité du séjour sur le territoire français, ce qui réduit notablement les possibilités de relais et de solutions. Face à l'ampleur de ces difficultés, la question de l'addiction apparaît comme mineure, ne serait-ce que numériquement, moins de 2% des situations. De plus, les relais dans le cas de l'addiction sont assez bien repérés – consultations spécialisées, HAD si nécessaire, ECIMUD intra-hospitalière, le réseau DAPSA, etc... Cela ne veut pas dire que tout est réglé, que tout se passe toujours bien. Toutefois, pour les situations d'addictions à des produits illicites repérées, les durées de séjour en maternité peuvent être, pour l'instant, un peu plus longues, permettant un meilleur accompagnement de la rencontre entre le bébé et la maman. Par ailleurs, lorsque l'équipe a estimé opportun de faire un signalement judiciaire, ce ne l'a jamais été au seul motif de la toxicomanie parentale.





La Protection Maternelle et Infantile se trouve impliquée dans le suivi d'une famille depuis le début de la grossesse jusqu'aux six ans de l'enfant. La diversité des situations familiales rencontrées a conduit le service de PMI d'une part à une grande adaptabilité, à créer des liens de coopération avec des services plus spécialisés d'autre part. Depuis un peu plus de 10 ans, la PMI a été amenée à intervenir au domicile de parents ayant des troubles addictifs ou présentant des pathologies mentales graves.

L'accent est mis sur la nécessité de se préparer à l'arrivée de cet enfant, même si on ne peut anticiper la qualité de la rencontre entre un bébé et sa mère. La qualité des relations entre les intervenants de culture professionnelle différente est une des clefs de la capacité à adapter le dispositif d'accompagnement, d'aide et de soutien de cette famille si des difficultés surviennent.

Les staffs de parentalité mis en place dans une dizaine de maternité de l'AP-HP depuis 1998 ont été une des modalités mis en place pour favoriser ces nécessaires rencontres et une meilleure



connaissance et reconnaissance réciproque des différentes institutions concernées.

Mais il ne faut pas oublier que si ce lien entre institutions existe, sur le terrain, l'intervention à domicile de la puéricultrice de secteur est un exercice le plus souvent solitaire, ce qui parfois peut gêner une bonne évaluation de la situation. La concertation devient ici un atout supplémentaire pour le bébé et ses parents.

L'Equipe Mobile d'Addictologie de l'hôpital Port Royal-Cochin a été créée en 1998 et est très mobilisée sur la question du suivi des femmes enceintes présentant des problèmes d'addiction.

Cette équipe est pluridisciplinaire, associant psychiatre, médecin, sage-femme, psychologue, infirmière et assistante sociale.

Dans ces situations où les problématiques se conjuguent – addiction, précarité sociale, difficultés relationnelles, troubles psychiques – la prise en charge de la grossesse est souvent tardive. Cela oblige à la fois une grande souplesse afin de rendre les contraintes hospitalières acceptables par la femme enceinte et une grande réactivité – la grossesse se poursuit, le terme approche et de multiples questions doivent être réglées ou du moins repérées et analysées.

Le rôle de l'équipe est, au-delà du suivi obstétrical, celui d'interface, entre l'intra et l'extra hospitalier, mais aussi entre les futurs parents et les intervenants médicaux, sociaux et judiciaires.

Au-delà des staffs de parentalité déjà évoqués, des réunions de concertation en pré et post natal sont habituelles, notamment avec les services de PMI. Il est noté que peu de structures se sentent prêtes à accueillir les patientes souffrant de pathologies addictives. Cette intervention, comme la précédente, fait état de la délicate question du partage des informations autour des addictions, tant les représentations dominantes et négatives restent actives. Enfin, l'Unité Prévention Famille Petite Enfance du 3ème secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Paris a mis en place une Unité Mobile de

Psychiatrie du Nourrisson.

Cette équipe, pluridisciplinaire également a pour but d'intervenir le plus précocement possible, y compris en pré natal dans une optique de prévention et de soins où il s'agit de prévenir avec prévenance.

L'intervention à domicile peut être liée à des causes matérielles rendant le déplacement de la famille difficile, mais elle peut aussi être proposée à la famille dans le cadre d'un travail préalable à la formulation de la demande de soins. Dans ce cas, la fonction de contenance psychique des soignants envers les parents est fondamentale afin qu'à leur tour ceux-ci puissent aussi offrir cette contenance à leur enfant. Ce travail se construit dans un double mouvement : favoriser le lien soignant et permettre l'autonomisation et la possibilité de mobilisation de la famille.

Dans ces situations, au-delà même de la pluridisciplinarité offerte par l'Unité elle-même, le travail se fait en lien, voire conjointement avec les autres intervenants présents.

Le débat s'est ensuite engagé sur des points toujours en travail dans la mise en place des collaborations indispensables dans les accompagnements qui nous intéressent : d'une part, bien sûr, la question de la circulation de l'information, ou des informations, nécessaires aux uns et aux autres pour travailler, mais parfois inutiles voire gênantes en fonction de la place que l'on occupe auprès de tel ou tel membre de la famille... d'autre part, les conditions nécessaires pour travailler ensemble, pour créer ce climat où les différences, loin de nous éloigner, permettent cette fonction contenante et protectrice, point de départ du soin, qu'il soit psychologique, médical ou social.

Synthèse rédigée par Marijo Taboada d'après le compte-rendu de la rencontre¹.

¹ Ce compte-rendu peut vous être adressé par courriel sur simple demande.

LA LIGUE DE L'IMPROVISATION

Article élaboré à partir des réflexions et des textes des participants à l'atelier « clinique de la visite à domicile ».

La visite à domicile perçue tour à tour comme une volonté d'aller au plus près de l'autre la consultation bienveillante du médecin de famille et comme une tentative de mieux évaluer les conditions de vie de l'autre l'enquête traditionnelle du travailleur social.

De fait, là plus qu'ailleurs, c'est l'intentionnalité qui va donner sens à cette pratique. Mais, il faut tout d'abord signaler que si la visite à domicile a été souvent pratiquée dans les années 50 et 60, elle tend à se raréfier et elle ne persiste que dans de rares situations.

Depuis un an, l'atelier de travail s'est réuni autour de cette question : quelle pourrait être une clinique du soin à domicile ? On a pu voir qu'il s'agit le plus souvent d'une « commande » formelle ou non : l'hébergement thérapeutique est souvent subordonné à une acceptation d'un suivi éducatif ou social à domicile, les puéricultrices de secteur proposent leur visite aux parents par exemple lors de la naissance du premier né mais parfois suite à une observation ou une recommandation de la maternité. Toutefois, les personnes chargées de cette mission de visite à domicile mettent en évidence le désir de dépasser cette notion de « contrôle », sans toutefois la nier, pour tenter d'ouvrir un espace propre à faire émerger une demande, un besoin, un minimum de désir ou d'envie d'une rencontre qui pourrait être bénéfique pour l'enfant, pour l'adulte parent.

Mais l'ouverture de cet espace de confiance, de confiance(s), pose d'emblée une contradiction ou du moins une ambiguïté : le professionnel qui va au domicile porte sur son dos le cadre institutionnel ⁽¹⁾ mais crée aussi un espace transitionnel et privé. Le professionnel qui se rend à domicile va avoir à penser la question de la transparence, de la divulgation des informations recueillies à son institution mais se méfier de la transmission de ce qui ne serait que subjectif. Ainsi, « l'appartement en lui-même, la décoration, l'investissement de l'espace nous parlent tout particulièrement » ⁽²⁾ : toute la question est de discerner ce qui doit être transmis de cette perception sensible. A domicile, l'autre peut donner

à voir l'indicible, au-delà même de ce qu'il croit dire ou ne pas dire. Transmettre alors peut-être une trahison d'autant plus violente que le patient qui nous accueille peut ne pas avoir perçu ce qu'il nous a donné à comprendre.

La rencontre avec un autre sans un semblant de « paraître » serait d'une violence inouï : l'humanité a donc créé des modes de relations ritualisés permettant que le frottement ne soit pas trop rugueux. La courtoisie est ainsi une sorte de « mise en scène » facilitant l'échange. Il en va de même lors des visites à domicile. Parfois, on imagine qu'en allant chez l'autre on serait plus dans le « vrai » :

« ah, docteur ! vous ne le voyez qu'en consultation, il vous raconte ce qu'il veut, si vous veniez à la maison ... ! ».

Or, on se prépare à la rencontre tout aussi bien quand quelqu'un vient chez vous que lorsqu'on va chez l'autre. Même si notre arrivée semble déranger : la patiente est à peine réveillée, voire à peine habillée, l'enfant dort, ce n'est pas tout à fait imprévu, ou plutôt c'est aussi convenu que la dame toute apprêtée qui nous reçoit en tailleur et talons aiguilles. Mais le professionnel qui va à domicile



se prépare également et élabore mentalement pendant le trajet la mise en scène de son intervention : que va t'il trouver ? combien de portes, de codes, l'appartement sera t'il accessible ? Qui va être là, ... ou pas là ? L'accueil sera t'il glacial, voire rejetant, l'entretien sur le palier... ou au contraire chaleureux, ... trop, ... faut-il accepter le café, les gâteaux ? ... et le petit verre de blanc pour l'apéro, ... ? et « justement, je sortais, j'avais oublié que vous veniez, je pars, j'ai pas le temps... » on s'en va, on donne un autre rendez-vous, on accompagne la dame dans ses courses, on prend l'enfant qu'elle nous colle dans les bras ?... A qui va t'on s'adresser cette semaine : à la mère, à l'enfant qui nous a envoyé quelques signaux la dernière fois, au père, même s'il est absent, au reste de la parentèle qui parfois traîne négligemment par-là ? ... Ce qui est important de percevoir est de

l'ordre du dynamique : à quel moment la femme qui s'obstine à vouloir nous donner l'impression qu'on l'importune va accepter de nous « recevoir », à quel moment la dame va pouvoir lâcher prise et ne plus être en représentation... Tout le travail de l'intervenant va être de pouvoir créer dans le lieu même de l'autre, son domicile, cet espace de sécurité où il va pouvoir élaborer ses propres questions. Le sens explicite de la visite est donné d'emblée : appartement thérapeutique d'un centre spécialisé, donc lieu de soin d'une dépendance, visite de la puéricultrice de secteur, destinée à soutenir les nouveaux parents et à offrir des conseils sur les soins à donner au nouveau-né, intervention d'une éducatrice dans le cadre d'une mesure d'assistance éducative. Mais, en fonction de la situation, de la famille et de ses besoins repérables, du lien qui va ou non se tisser, des modalités de travail diversifiées vont se dessiner. Puis comme toute relation humaine, c'est-à-dire réactionnelle, des mouvements plus ou moins prévisibles vont venir émailler ces rencontres.

L'intervenant, quelle que soit sa profession, son institution, sa mission même, va être confronté à l'imprévu et face à cet imprévu, il va devoir maintenir quelque chose de la posture professionnelle. Or, le maintien de cette posture, du cadre pourrait-on dire, ne peut être simplement un repli rigide sur le « professionnalisme », au risque de casser quelque chose de la relation, du lien tissé entre le patient et l'intervenant.

La mise en scène, la théâtralisation intervient alors, dans cette capacité de se saisir de la réplique, du geste imprévu, de rebondir, de faciliter le passage du monologue au dialogue. C'est là que le travail au domicile montre sa richesse, sa complexité, son exigence d'adaptation : articuler en soi la perception clinique de ce que l'autre nous manifeste, en restant suffisamment ouvert, en acceptant d'être décontenancé, et la nécessité de maintenir vivant, actif le lien à l'institution et à la mission confiée, garantes de la distance salutaire. L'improvisation n'est pas brouillonne, elle est au service du fil soignant tendu à l'autre.

¹ Lucie Parisot : Visite à Domicile : une autre pratique in bulletin « risque et naissance » avril 2000

² ibidem



LES ATELIERS DE TRAVAIL REPRENENT.

Le DAPSA met en place des ateliers de travail sur des thèmes transversaux, intéressant les professionnels de la parentalité comme ceux des addictions. Les règles de fonctionnement sont les mêmes que par le passé :

- ▶ un groupe fermé de 8 à 10 personnes
- ▶ une rencontre régulière, par mois environ, d'une durée d'1h30
- ▶ une durée d'élaboration de 9 mois
- ▶ la rédaction d'écrits venant finaliser le groupe

Ces groupes sont constitués bien sûr de personnes volontaires mais il est souhaité une diversité d'origine professionnelle afin de favoriser les échanges « inter-culturels ». La participation à ces groupes est gratuite et des justificatifs de présence peuvent être accordés.

Pendant l'année 2006, deux groupes de travail se sont réunis afin de réfléchir d'une part à la « fonction des pères », d'autre part à la « clinique de la visite à domicile ». Les écrits avancent et ces deux

groupes arrivent bientôt à échéance. Dans ce numéro, vous pouvez lire une synthèse des réflexions et des écrits produits par l'un des groupes.

Pour l'année 2007-2008, nous souhaitons mettre en place deux nouveaux groupes :

- ▶ dépendances et violences intra-familiales
- ▶ maternité et souffrance psychique

Ces thématiques ne concernent pas que l'addiction. C'est la raison de notre choix : chercher des points de convergence et d'appui en débordant le champs strict des consommations pathologiques de psychotropes, s'enrichir auprès de professionnels rencontrant les mêmes difficultés dans des contextes différents, décloisonner nos cultures institutionnelles.

Si vous souhaitez participer à l'un ou l'autre groupe, prenez contact avec le DAPSA au 01 42 09 07 17 ou au reseau@dapsa.org

PRÉCISION !

“les textes publiés dans le bulletin n°4 sont des comptes-rendus d'interventions de la formation sur la psychologie de l'enfant qui a eu lieu au DAPSA courant 2006.

Ils ont été rédigés par l'équipe du DAPSA et sont sous la seule responsabilité de celui-ci”.



ZOOM SUR LE DAPSA : COORDONNES DU RESEAU

Nom : Réseau de santé DAPSA

Adresse : 59 rue Meslay

Ville : PARIS (75003)

Tel : 01 42 09 07 17

Fax : 01 40 27 00 06

Courriel : reseau@dapsa.org

Création : le 1er Juillet 2005 (DRDR)

