

EXPERIENCE AU SEIN D'UNE CONSULTATION PRENATALE ONE (*)

Notre consultation prénatale (CPN) se trouve intégrée dans un hôpital général situé dans le centre ville. Ce quartier est un des plus anciens de la capitale et regroupe une population qui appartient à un milieu socio-économique défavorisé (chômage, désinsertion sociale, marginalisation, mauvaises conditions de logements, ...).

La CPN est assurée par une équipe de gynécologues, d'infirmières sociales de l'ONE et d'une psychologue. Le travail anténatal comporte un accompagnement médical, social et psychologique de la grossesse. Ceci est permis grâce à une étroite collaboration entre les gynécologues et l'équipe d'infirmières sociales. Celles-ci assurent un travail relationnel de soutien, établissent une anamnèse et participent à l'évaluation et à la mise en place des aides proposées. Ceci se fait au travers d'une importante activité de liaison avec les services intra- et extra-hospitaliers qui interviennent auprès de certaines familles. La psychologue est chargée de la coordination de l'équipe et de l'animation des staffs de diagnostic. De plus, elle assure la liaison avec l'équipe SOS Enfants active au sein de l'hôpital. Elle prend en charge des entretiens diagnostiques et assure en équipe avec une infirmière sociale, des psychothérapies de la relation précoce à domicile.

Nombre d'accouchements à la Maternité du CHU Saint-Pierre

Suivis par la CPN du CHU Saint-Pierre	653
Suivis par une autre CPN	160
Suivis par un médecin privé	625
Grossesses non-suivies	48
Total	1.486

Parmi les suivis mentionnés dans le tableau, seules les femmes qui fréquentent la CPN de l'hôpital bénéficient d'une équipe spécialisée qui a une longue pratique des évaluations prénatales. Les autres hôpitaux, consultations prénatales et les médecins ne disposent pas de cette structure.

Familles vulnérables dépistées parmi les accouchées

Type de suivi de grossesse	Nombre d'accouchements	Nombre de familles vulnérables	% de familles vulnérables / nombre d'accouchements
CPN du CHU Saint-Pierre	653	56	9 %
Autre CPN	160	13	8 %
Médecin privé	625	14	2 %
Grossesses non-suivies	48	15	31 %
Total	1.486	98	7 %

La proportion des familles vulnérables est de **9 %** parmi les grossesses suivies à la CPN du CHU Saint-Pierre. Elle passe à **31 %** parmi les grossesses non suivies.

Cette situation est très préoccupante car le nombre de femmes qui ne font pas ou très tardivement suivre leur grossesse est en constante augmentation. La situation socio-économique en Belgique et les restrictions en matière d'aide aux soins sont des facteurs importants qui retardent les inscriptions à la consultation prénatale. A cela s'ajoute un nombre croissant de femmes en séjour illégal, n'ayant aucune couverture sociale et qui se

(*) Ferrard Nathalie, psychologue, consultation prénatale du CHU Saint-Pierre, à Bruxelles.

présentent à l'hôpital au moment de leur accouchement. Tout le travail d'accompagnement et de prévention décrit ci-dessous ne peut se déployer : les interventions en urgence ne permettant pas d'évaluer finement la situation et de mettre en place des relais suffisants. Et pourtant, il s'agit de la population la plus vulnérable...

Toute future mère qui fait suivre sa grossesse au sein de notre hôpital rencontre en plus d'un gynécologue, une infirmière sociale qui va l'accompagner durant toute la grossesse, l'hospitalisation et les 3 premiers mois de la vie du bébé. Nous disposons donc d'un temps certain pour établir une relation à un moment de « crise ».

- ?? L'infirmière sociale va proposer des entretiens réguliers aux futurs parents. La relation de confiance qui s'établit peu à peu permet d'aborder le contexte de la grossesse, d'établir une anamnèse approfondie de l'histoire personnelle des parents et de la situation psychosociale de la famille. D'autre part, des démarches peuvent être entreprises, des solutions concrètes et des aménagements peuvent être réalisés (mise en ordre d'une mutuelle, organisation de la garde des enfants pendant le séjour à la maternité, explication d'un régime, préparation à l'allaitement, entretiens de soutien, ...).
- ?? Des visites à domicile sont prévues dans le but de mieux connaître la famille au sein de son environnement. Elles permettent souvent de consolider le lien avec la famille.
- ?? Lors du séjour à la maternité - ou au moment d'une hospitalisation en cours de grossesse - la même équipe (gynécologue, infirmière sociale, psychologue) assiste les futurs parents et assure la liaison avec le personnel de la maternité. Cette collaboration permet de s'appuyer sur les observations des infirmières de la maternité concernant les relations mère-bébé qui s'installent, les contacts avec la famille élargie... Nous pouvons ainsi affiner notre évaluation du fonctionnement des parents et ajuster les mesures d'accompagnement prévues.

Ce travail de base est effectué avec chaque future mère qui fréquente notre CPN (653 femmes en 1995).

Quand l'anamnèse révèle une fragilité de la famille (psychologique, sociale, événementielle), la situation est présentée en réunion d'équipe pluridisciplinaire. Cette évaluation se fait à partir d'une liste de référence qui a été élaborée par l'équipe tout au long de sa pratique (depuis 1979). L'utilisation de cette « grille » se fait de manière informelle dans des entretiens non directifs où l'accent est mis sur une relation de confiance qui se déploie. Pour certaines femmes qui ont vécu des histoires personnelles carencées, c'est parfois une première occasion de parler de leur histoire, d'exprimer les manques et les souffrances qui les ont marquées.

Dans ces réunions, un diagnostic s'élabore ainsi qu'un projet d'accompagnement tant social que psy. Notre préoccupation est de maintenir l'enfant dans sa famille en améliorant les ressources parentales et celle du milieu (propositions d'accompagnement thérapeutique, centres de guidance, groupe de mères et de bébés, psychothérapies de la relation précoce à domicile, maisons maternelles, ...). Nous tentons de renforcer voire de créer pour cette famille un réseau qui va permettre de soutenir et d'encadrer les parents (consultation de nourrissons, médecin traitant, maisons de quartier, maisons médicales, assistants sociaux du CPAS, ...). L'équipe est en quelque sorte une plaque tournante, un relais de liaison qui utilise les structures internes et externes de l'hôpital. Ce projet thérapeutique est communiqué aux futurs parents et travaillé avec eux (et donc modifié suivant les réactions et les possibilités de la famille).

Lorsque la situation se révèle préoccupante, soit par l'importance des carences soit le manque de collaboration des parents, l'équipe de base est élargie à celle de l'équipe SOS Enfants et toute personne qui intervient dans cette famille (gynécologue psychiatre d'une autre équipe, travailleur social, etc.). L'équipe SOS Enfants peut dès lors s'impliquer dans les situations les plus fragiles avant qu'une maltraitance n'ait lieu, en tentant d'établir une

collaboration avec les parents. Elle peut décider de recourir à un juge de la jeunesse quand la situation se révèle impossible à gérer sans l'intermédiaire du pouvoir judiciaire.

Notre spécificité dans le domaine des relations précoces réside, il me semble, dans l'avantage que nous avons de travailler dès la grossesse et de travailler au niveau des attentes et des fantasmes autour du bébé.

Pour ces couples qui ont connu des enfances carencées, devenir parent est un investissement narcissique et, souvent le bébé est chargé de réparer leurs propres blessures d'enfant. Quel mandat chargé pour ce petit bout...

Durant la grossesse et la maternité, les remaniements psychiques sont des risques de crise potentielle car la présence du passé devient plus forte.

Les mères sont alors moins prêtes à ressentir ce qui vient du bébé car la projection du passé vient faire écran à une relation empathique avec le nourrisson ainsi qu'à une perception adéquate de ses besoins.

Nous évaluons chaque situation en nous référant à une « liste » de facteurs de risque.

Cette liste a été élaborée par l'équipe au fur et à mesure de sa pratique avec les familles vulnérables. Elle regroupe une série de signaux dont la présence conjuguée peut faire basculer dans la maltraitance. Elle aborde :

Le contexte de la grossesse actuelle :

1. Grossesse non acceptée et rejet de l'enfant : grossesse issue d'un viol, interruption de grossesse envisagée, placement ou adoption demandé, ...
2. Grossesse non suivie ou tardivement (après 8 mois) : pas ou peu de comportements de préparation.
3. Attente anormale par rapport au bébé : bébé idéalisé, enfant sauveur chargé de réparer toutes les blessures et le narcissisme des parents.
4. Grossesse résultant d'un traitement de stérilité : enfant précieux hyper investi, idéalisé.
5. Enfant décevant : malformé, prématuré, qui réveille la blessure narcissique des parents. Difficulté à faire le deuil de l'enfant rêvé, trop grand décalage entre le bébé rêvé et le bébé réel.

Le passé des parents avant la grossesse :

1. Enfance perturbée : deuils, histoire personnelle de « child abuse », violence familiale, instabilité affective, négligences, mauvais traitements, inceste, ...
2. Education en dehors de la famille d'origine : « colonies », institutionnalisation, placement, adoption, ...
3. Comportements marginaux : délinquance, toxicomanie, prostitution, emprisonnement, ...
4. Troubles psy : dépression, tentative de suicide, hospitalisation psychiatrique, ...

La situation psychosociale actuelle de la famille :

1. Situation socio-économique défavorisée : logement, ressources, sécurité sociale, séjour illégal, marginalisation, ...
2. Problème de 'capacité' d'évaluer les besoins d'un bébé : subdébilité, débilité, immaturité, future mère adolescente, ...
3. Comportements marginaux : toxicomanie, alcoolisme, délinquance, prostitution, problèmes avec la justice, ...
4. Antécédents de négligence grave ou d'actes de maltraitance sur un enfant de la fratrie.
5. Isolement familial et social : mères seules, rupture relationnelle avec la famille d'origine, ...
6. Violence familiale : femme battue, ...
7. Maladie psy actuelle, incapacité à gérer ses émotions, ...

8. Instabilité affective : ruptures dans la vie de couple, partenaire actuel différent du géniteur, multipartenariat, ...
9. Deuil : fausses couches, IVG, enfant décédé, adoption, ...
10. Stress et/ou autre souffrance psychologique : souffrance liée à un événement traumatisant pour la famille, problème culturel, enfant handicapé dans la fratrie, placement d'un enfant de la fratrie, problème lié à cette grossesse ou à une grossesse précédente, ...

Les facteurs de pondération :

1. Capacité de changer, d'évoluer.
2. Entourage soutenant, existence de liens investis (famille, amis).
3. Acceptation des propositions d'aide, demande d'aide.
4. Réseau de relais psychosocial déjà installé, capacité à utiliser les services ou à faire appel si nécessaire.
5. Avis des autres intervenants.
6. Observation des relations mère-bébé à la maternité, et consultation de l'équipe soignante.

Cette liste n'est probablement pas exhaustive mais elle colle le plus à notre pratique. C'est un outil de travail, c'est-à-dire qu'il nous sert de référence mais que nous ne nous figeons pas à son utilisation; nous ne fixons par exemple pas un seuil limite à partir duquel une famille est dite à risque de maltraitance. Pourquoi ?

- ?? D'abord parce que certains facteurs sont plus pesants que d'autres et leur importance peut être très différente d'une famille à l'autre (= impliquant un degré de trouble et/ou de souffrance plus ou moins grand).
- ?? Cette grille nous sert de repère. En fait, chaque situation fait l'objet d'une réflexion dans un staff multidisciplinaire (dans lequel en outre nous pouvons inviter d'autres intervenants pour les consulter).
- ?? Ensuite parce que nous tenons compte de facteurs rassurants (pondération).

Problèmes liés à ce type de travail :

- ?? Comment travailler au niveau prénatal avec les familles qui refusent de collaborer ? Comment pouvoir parler de leur vulnérabilité et de nos inquiétudes par rapport au bébé sans que les parents fuient l'hôpital ? Dans ce cas, nous choisissons d'attendre l'accouchement afin de préserver au moins un travail périnatal et de pouvoir, parfois dans l'urgence, organiser la protection du bébé.
- ?? Insuffisances des structures et des relais sur le terrain : les conditions socio-économiques en Belgique vont dans le sens d'une diminution des aides aux plus défavorisés. Dès lors, le travail avec les familles les plus carencées doit s'organiser avec de moins en moins de moyens : crèches, aides sociales, associations de proximité, ... tout ce réseau est de plus en plus affaibli.