

## **FONCTIONNEMENT D'UNE EQUIPE DE PREVENTION ANTENATALE DES MAUVAIS TRAITEMENTS (\*)**

L'objectif de cet article est de montrer comment fonctionne concrètement une équipe de prévention anténatale des mauvais traitements implantée dans un hôpital général.

### **INTRODUCTION**

En 1979, notre consultation prénatale a pris un tournant. Sous l'impulsion du Professeur Hubinont, du Docteur Beeckmans et avec le soutien de l'ONE, a débuté une recherche-action en matière de prévention anténatale des mauvais traitements. La première équipe se composait d'un gynécologue, le Docteur Soumenkoff, d'une infirmière sociale, Madame Limet et d'une pédopsychiatre, le Docteur Marneffe. L'ensemble des TMS était déjà préoccupé par le problème de la maltraitance et a donc très rapidement suivi le mouvement. Cette recherche a modifié notre approche des futurs parents. Elle nous a amenées à tenir compte de leur histoire, à accorder un accompagnement plus soutenant à ceux qui ont connu des carences affectives.

Actuellement, le Docteur Degueldre (service de gynécologie obstétrique) et le Docteur Haumont (service néonatal) accordent leur appui à la poursuite de cette action, et le Docteur Beeckmans (pédopsychiatre, responsable de l'équipe SOS Enfants) est toujours notre référent.

Au travers de la prise en charge habituelle des futurs parents qui fréquentent notre consultation prénatale, une attention particulière est accordée aux familles vulnérables.

Suivant le mouvement général, nous avons choisi d'abandonner les termes de "familles à risque de maltraitance" au profit de la notion de "familles vulnérables". Cette notion nous semble plus respectueuse et rend mieux compte d'un processus d'évolution possible dans ces familles.

Une famille est considérée comme vulnérable si elle cumule plusieurs facteurs de risque.

La situation de Mme B. en est une illustration. Mme B. est une jeune femme adoptée en Belgique à l'âge de 10 ans. Elle est née à Delhi et semble avoir connu divers placements jusqu'à son adoption.

Atteinte de tuberculose, elle a été hospitalisée plusieurs fois, ce qui handicape sa scolarisation.

A 12 ans, elle connaît l'éclatement de sa famille suite à la séparation du couple qui l'a adoptée. Son adolescence provoque des comportements marginaux : fugue, prostitution et usage probable de drogues.

A 20 ans, elle a une première grossesse non-désirée pour laquelle elle se présente à la consultation prénatale, à plus de 6 mois de gestation. L'entourage familial fait pression pour l'adoption de ce futur bébé, ce que la jeune femme et son ami - le géniteur - acceptent avec passivité.

Aucune communication n'a été possible avec cette jeune femme qui n'a exprimé aucun affect au moment de la naissance.

---

(\*) Equipe de Prévention Anténatale de l'Hôpital Saint-Pierre (Bruxelles) - Mmes LIMET, DE LOMBAERT, DEGHILAGE, MISPELAERE, DE BROUWER, ZEERARDS, FERRARD et DOUGLAS.

A 21 ans, elle se présente de nouveau tardivement avec une deuxième grossesse.

Ses conditions de vie se sont dégradées : elle vit dans la rue, n'a aucune sécurité sociale et a été abandonnée par le géniteur.

La même TMS intervient et reçoit la même demande d'adoption de la part de l'entourage familial.

Cette fois-ci cependant, la jeune femme sort de sa passivité : elle exprime la douleur ressentie lors de l'abandon du premier bébé et demande à pouvoir élever elle-même ce nouveau bébé.

La TMS est touchée par l'accumulation de souffrances vécues par la future mère, mais le devenir du bébé à naître dans cette situation de vulnérabilité la préoccupe beaucoup.

La prévention de la maltraitance dans cette situation se fait selon certaines lignes de conduite qui font la spécificité de notre travail.

## **SPECIFICITE DU TRAVAIL DE PREVENTION DES MAUVAIS TRAITEMENTS**

La spécificité du travail anténatal consiste à :

1. Aller vers les familles, même lorsqu'elles n'ont pas ou peu de demandes et établir la meilleure relation possible avec elles.
2. Repérer les facteurs de vulnérabilité (lors des entretiens à la consultation, lors des visites à domicile; lors de contacts avec d'autres intervenants qui connaissent la famille ...).
3. Accompagner ces familles (disponibilité d'écoute, aide pour l'accomplissement de démarches concrètes, mise en contact avec la psychologue de l'équipe ou le psychiatre de "SOS Enfants" ...).
4. Présenter en réunion pluridisciplinaire les situations problématiques. Ces discussions permettent d'affiner la compréhension des situations en question et d'aider dans le choix des orientations à prendre. Ces réunions sont hebdomadaires et ont lieu deux fois par mois sous la supervision du Docteur Beeckmans.
5. Assurer la continuité de prise en charge lors du séjour à la maternité :
  - écoute des émotions liées à l'accouchement, à la découverte du bébé réel,
  - observation des interactions mère/bébé,
  - sensibilisation et écoute du personnel hospitalier s'occupant de la famille, ...
6. Réaliser la coordination avec les intervenants qui ont eu, ont ou auront un rôle à jouer auprès de la famille; organiser éventuellement une réunion de concertation entre ces personnes.
7. Evaluer la capacité des parents vulnérables à assumer leur enfant. Transmettre éventuellement à la famille les inquiétudes de l'équipe et proposer des mesures d'encadrement qui permettront aux parents d'élever eux-mêmes leur enfant; faire accepter parfois des mesures assurant la protection de l'enfant.
8. Mettre en place des "relais" et s'assurer que la famille les a bien investis.

9. Assumer une certaine responsabilité par rapport au devenir d'un bébé né dans une famille vulnérable.

Revenons à Mme B. afin de connaître l'évolution de la prise en charge de la deuxième grossesse.

La TMS de l'équipe anténatale prévoit un cadre autour du désir qu'a Mme B. d'élever son enfant. Elle établit avec elle un contrat de confiance qui comporte l'acceptation d'un accueil en maison maternelle (à commencer dès la fin de la grossesse et à prolonger au moins 3 mois après la naissance du bébé).

Cette condition est acceptée par la future mère qui poursuit les entretiens avec la TMS dans le sens d'une préparation à l'accueil de son bébé.

Le séjour en maternité permet d'observer que la jeune femme a un comportement adéquat avec son enfant.

La poursuite des entretiens avec la TMS quand Mme B. a réintégré la maison maternelle montre que la jeune femme a bien investi son bébé.

Sa demande de plus de liberté est bien comprise et l'admission dans une autre maison maternelle où elle dispose de plus d'autonomie est organisée. La TMS de la consultation prénatale est encore active dans cette situation (bien que de manière plus ponctuelle) quand Mme B. obtient un appartement supervisé.

Un an s'est écoulé, la jeune femme s'est stabilisée, son enfant a bien évolué et tous deux ont repris contact avec la famille d'adoption de Mme B. Il est alors permis à la TMS de la consultation prénatale de faire confiance à la jeune femme et aux relais qu'elle a bien investis.

L'action de la TMS s'est caractérisée notamment par un important travail de liaison. Cette activité est prépondérante dans toutes les prises en charges de familles vulnérables.

## **TRAVAIL DE LIAISON**

Le travail de prévention des mauvais traitements ne peut se réaliser qu'en investissant un temps conséquent dans l'activité de liaison. L'équipe des TMS sert de lien et de plaque tournante entre les divers intervenants.

A l'intérieur de l'hôpital, nous travaillons en collaboration avec :

- le service de gynécologie et le centre de planning familial;
- l'unité d'hospitalisation de pathologie gravidique;
- la maternité;
- le service néonatal;
- l'équipe "SOS Enfants";
- le département médico-psychologique et le service de psychiatrie;
- l'équipe "Parentalité-Addiction";
- le service de pédiatrie et la garde pédiatrique.

Le fait de pouvoir compter sur ces services est un atout précieux. Cette démarche de collaboration implique cependant de sensibiliser le personnel hospitalier et médical (relativement "mouvant") à l'approche des familles vulnérables.

A l'extérieur de l'hôpital, nous sommes en relation avec :

- les maisons maternelles;
- les consultations de nourrissons;
- les crèches, les pouponnières;
- les CPAS;
- les médecins traitants;
- le service d'Aide à la Jeunesse;
- les services d'Aides Familiales;
- divers services sociaux.

Nous recevons de plus en plus souvent un feed-back positif de la part de ces intervenants : ils partagent nos objectifs et gardent volontiers le contact pour nous tenir au courant des situations dont ils ont pris le relais.

## **CONCEPTION DU TRAVAIL**

Notre approche actuelle de la problématique de la maltraitance se base sur l'information et la connaissance que nous avons acquises des points suivants :

- ? l'élaboration des relations précoces parents/nourrisson;
- ? les problèmes relationnels dans le couple;
- ? l'impact du vécu de la petite enfance, de l'histoire des futurs parents sur leur vécu actuel et la possibilité de pont qu'ils élaborent entre ce passé et le présent;
- ? l'existence d'un sentiment pour une future mère de "redépart" lors de la mise en route d'une grossesse;
- ? la grossesse est un moment d'imprégnation favorable pour l'évolution de la personne;
- ? la recherche et l'utilisation des compétences de la personne, du bébé, des ressources offertes par l'entourage, l'appui possible des relais mis en place sont des facteurs de réassurance qui permettent de pondérer les facteurs de vulnérabilité et de miser sur le maintien de l'enfant en famille.

## **LES SEANCES D'INFORMATION**

La prévention primaire de la maltraitance est également intégrée dans les séances d'information proposées aux futurs parents pendant la grossesse. Ces séances sont fréquentées par des familles issues de milieux socio-culturels très différents. Toutes, par le fait même de la venue d'un bébé peuvent, à un moment ou à un autre, être plus fragiles.

Au travers des sujets classiques, comme les changements physiologiques liés à la grossesse, l'allaitement maternel, l'accouchement, etc., la TMS aborde les problèmes liés à la parentalité (les modifications des relations dans le couple, l'énervement en face du bébé, la fatigue, etc.).

Le fait de pouvoir aborder ces sujets dans un groupe chaleureux et anonyme rassure les futurs parents et les déculpabilise. Ce groupe peut alors favoriser l'expression des vécus émotionnels.

Les thèmes des séances sont les suivants :

- la grossesse et ses six mois si différents;
- l'accouchement et la visite à la maternité;
- l'allaitement, le retour à la maison, les compétences du nouveau-né.

## **RELATIONS PRECOCES**

A l'initiative de la psychologue de l'équipe, s'est développé un projet de soutien à la relation précoce parents/nouveau-né dans les familles vulnérables.

Nous sommes conscientes que pour certaines familles carencées, le lien privilégié qu'elles établissent avec la TMS pendant la grossesse ne se transfère pas facilement après le post-partum quand, normalement, un relais est prévu vers une consultation de nourrisson.

Pour ces familles qui ont connu une enfance perturbée, les répercussions au niveau de l'élaboration du lien sont importantes. Nous tentons de travailler dès la grossesse ce qui se vit - et se fantasme - par rapport à leurs propres liens : ceux qui ce créent autour du bébé imaginaire et lors de la rencontre avec le bébé réel.

Grâce à notre implantation au sein de l'hôpital Saint-Pierre et à une collaboration étroite avec la maternité et le centre néonatal, nous avons l'atout précieux d'être présentes pendant la grossesse et le post-partum.

On sait combien la grossesse est une période riche, fragile et mobile au niveau des aménagements intrapsychiques : remaniement pour la future mère (et pour le futur père !) de son image de femme, de fille, de mère. Ces identifications se remanient plus ou moins souplement, et lorsque les conflits internes sont trop prégnants, ils nécessitent une intervention psychothérapeutique.

Cet accompagnement s'initie dès la grossesse. Il s'adresse prioritairement à des couples dont c'est le premier enfant et qui ont connu eux-mêmes une enfance perturbée (milieu familial carencé, séparations, placements, ...). Ce travail s'adresse à des parents qui ont une capacité minimale de mentalisation, et un désir de changement. Souvent leur demande se manifeste au travers d'une crainte de reproduire ce qu'ils ont vécu dans leur enfance et/ou un désir de réparer cette enfance au travers de leur parentalité. La recherche de nouvelles identifications en tant que parents passe par l'élaboration de leur relation à leurs propres parents.

Lorsque le bébé naît, nous continuons à accompagner et à soutenir le narcissisme des parents à la maternité et ensuite au domicile de la famille. Ce travail met l'accent sur une valorisation des comportements maternants et paternants et sur une mise en sens de ce qui se joue dans les interactions. Nous partons de ce que le bébé exprime et tentons d'aider les parents à faire des liens avec leur propre histoire.

Ce travail se fait en cothérapie car il permet d'élaborer avec plus de recul des entretiens qui mettent souvent les intervenants dans la position d'agir les dysfonctionnements familiaux. Dans les moments très sollicitants, le fait d'être à deux maintient notre capacité à penser les interactions.

## **TRAVAIL EN MATERNITE ET EN SERVICE NEONATAL**

Toutes les familles sont rencontrées après leur accouchement. Celles qui ont fait suivre leur grossesse en consultation prénatale à Saint-Pierre gardent contact avec leur TMS habituelle. Les autres bénéficient d'un entretien avec la TMS qui assure la liaison en maternité ou en service néonatal.

## **A. En maternité.**

Le travail en maternité a des caractéristiques différentes de celui réalisable en consultation prénatale. C'est un travail ponctuel (un séjour en maternité variant de 24 heures à 6 jours) qui se centre plus souvent sur la maman et son bébé.

L'objectif est de préparer le passage vers un autre accompagnement du bébé et/ou de la maman (consultation de nourrissons, pédiatre, groupe d'échanges, services sociaux). C'est avant tout un travail d'écoute, d'aide et de soutien à toute forme de difficultés rencontrées, mais aussi de préparation au retour à la maison et de mise en place du relais au moment de la sortie de maternité.

Pour les familles vulnérables dont la grossesse a souvent été peu ou non suivie et sans accompagnement psycho-social, des difficultés apparaissent. La maman éprouve des réticences par rapport à l'hôpital et à ses structures. Le bébé est peu investi ou par trop réparateur. Le séjour en maternité est régulièrement raccourci par une sortie précoce.

Le temps d'intervention est limité et rend le dépistage des facteurs de vulnérabilité et la prise en charge parfois aléatoires.

Il est ardu d'établir une relation de confiance avec la maman, de travailler sa relation avec le bébé, de faire accepter et de mettre en place des relais fiables et tolérables pour elle au moment du retour à la maison.

La TMS et le personnel soignant essaient toujours que les contacts avec l'hôpital aient pu être suffisamment positifs pour que la maman y revienne en cas de "crise". Il est rare qu'une maman dans une situation de grande vulnérabilité échappe à leur vigilance et que dans les cas les plus difficiles, la protection de l'enfant ne soit pas assurée. Celle-ci est organisée avec la collaboration de l'équipe SOS Enfants.

Par contre, si la maman a fait suivre sa grossesse dans une consultation prénatale ONE de quartier ou qu'elle fréquente la consultation de nourrissons, elle est bien investie par la TMS. Celle-ci nous met au courant de la situation et des solutions qui ont été réfléchies et préparées avec la famille et nous en discutons ensemble lors d'une de nos réunions multidisciplinaires. Il n'est pas rare qu'elles viennent rendre visites aux mamans pendant leur séjour en maternité. Le travail de liaison est alors facilité. Il constitue une continuité et une complémentarité dans l'accompagnement des familles. La relation de confiance s'établit et les relais sont plus facilement acceptés.

Dans d'autres cas, la maman est consciente de sa vulnérabilité. Le séjour en maternité est un moment privilégié pour pouvoir parler de ses difficultés et trouver avec elle des solutions. Il peut même être prolongé pour permettre l'établissement d'un relais valable mais aussi pour entamer un soutien psychologique qui pourra continuer après le retour à la maison.

Il est donc clair que le travail en maternité est plus fructueux si la maman est collaborante ou s'il s'inscrit dans un réseau d'intervenants connaissant bien la famille.

## **B. En service néonatal.**

Tout parent dont l'enfant séjourne au service néonatal est certainement fragilisé par cette expérience (blessure narcissique, enfant décevant, sentiment d'inutilité, ...). Cette situation rend plus précaire l'élaboration du lien parent/bébé.

Pour les familles vulnérables, la conjonction des problèmes médicaux et psycho-sociaux augmente leur fragilité et l'objectif de favoriser l'établissement du lien nécessitera souvent une certaine énergie.

Il est utile qu'une personne accompagne ces parents dans la rencontre de leur bébé. Elle leur expliquera ses compétences, ses besoins ... et la manière dont ils seront utiles à leur enfant. Elle favorisera aussi l'expression des sentiments liés à cette naissance difficile.

Au travers d'un important travail de liaison, la TMS attachée au service néonatal vise à assurer une bonne collaboration entre les intervenants psycho-sociaux et l'équipe médico-soignante.

La durée du séjour en service néonatal permet mieux qu'en maternité d'entamer un travail de prévention des mauvais traitements. Cependant les parents sont beaucoup plus "défendus" que pendant la grossesse et cela interfère avec la qualité de la relation établie avec eux et sur l'acceptation de l'aide qui leur est proposée.

## **CONCLUSIONS**

L'accompagnement des familles vulnérables nécessite une disponibilité et un investissement importants.

C'est un travail qui demande d'être créatif, car il n'y a pas de solution stéréotypée. Chaque situation demande empathie et recherche de solutions nouvelles.

Nous éprouvons régulièrement la satisfaction de voir que des enfants nés dans des familles vulnérables, vont bien et sont bien investis par les intervenants du relais (crèche, consultation de nourrissons, maison maternelle, etc.).

Actuellement, les congrès, la littérature, mettent l'accent sur l'intérêt de la prévention précoce.

Nous qui la pratiquons, nous en sommes convaincus et nous cherchons à évaluer ce travail à court, moyen et long terme.

L'importance du travail en équipe multidisciplinaire mérite d'être souligné.

Le travail en équipe permet de prendre du recul, de partager les responsabilités et de lutter contre le burn out. Nous sommes sensibles au fait que d'autres travailleurs de terrain se retrouvent seuls à devoir gérer des situations semblables.