

Avec Marie-Claire Moryoussef, nous vous proposons d'esquisser quelques facettes du travail de prévention, prévention anténatale, effectué au sein d'une équipe « SOS ».

Quel est le Cadre Institutionnel de notre équipe ?

L'équipe SOS émane du Centre Périnatal, service qui dépend de l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance). Son action s'exerce au sein du service Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique, implanté, quant à lui, au Centre Hospitalier de la Citadelle.

Les services offerts sont :

?? accessibles à tous,

?? gratuits,

?? non obligatoires (donnée importante qui déterminera l'accompagnement proposé aux futurs parents).

Notre objectif se définit comme suit :

« Valoriser un espace potentiel où l'enfant (dans un cadre adéquat), et le parent (avec ses compétences et ses limites), peuvent exister. »

Valoriser un espace potentiel ; créer avec le parent l'espace d'un possible...

Notre mission s'arrête avec la naissance de l'enfant... Le temps de la grossesse est court...

Par contre, « donner du temps » au parent nous paraît un élément important.

Les infirmières et assistantes sociales (TMS) sont présentes

?? avant la naissance, en consultation prénatale,

?? après la naissance, en maternité et en néonatalogie.

Certaines d'entre nous sont également référentes au sein de certains centres tels que :

?? les maisons maternelles,

?? les centres fermés ou ouverts pour réfugiés,

?? la prison de Lantin...

Toutes les futures mères inscrites en Consultation Prénatale (plus de 1.100 en 2002), suivent le même cheminement. Toutes sont accueillies par une TMS ; à chacune une visite à domicile est proposée.

C'est au fil des rencontres que, chez certains parents (10%), des inquiétudes, des risques de dysfonctionnement sont ressentis par la TMS référente ou encore exprimés par le futur parent. C'est auprès de ces futurs parents qu'intervient : « l'Équipe d'Aide et de Prévention Anténatale de Liège », « APALEM », équipe pluridisciplinaire...

Nous avons dit « pluridisciplinarité » : une pédopsychiatre, une psychologue et une psychomotricienne se partagent 12/10^{ème} de temps et participent avec l'équipe, lors d'une réunion hebdomadaire, à l'analyse des situations.

¹ Travailleuse médico-sociale de l'ONE, équipe SOS Enfants anténatale Ulg (APALEM) – Consultation prénatale ONE – CHU La Citadelle – Boulevard du XIIème de Ligne, 1 – 4000 Liège.

Une prise en charge thérapeutique peut également être proposée aux futurs parents. Contrairement à la mission du TMS, le suivi pourra s'étendre au-delà de la naissance.

Qui sont ces futurs parents dits « à risques » ? D'où naissent les inquiétudes du travailleur médico-social ?

Je vous propose de reprendre quelques données concernant l'ensemble des futurs parents ressentis en difficultés et dont l'enfant est né en 2001.

Ces données sont glanées au fil des échanges et des réflexions et rassemblées sur une grille.

Cette grille est avant tout un outil de réflexion.

Elle nous permet de tracer le parcours familial du parent en terme de risques, de vulnérabilités, certes mais aussi de forces et de ressources. Elle nous permet d'objectiver la situation, de prendre de la distance. Elle facilite la coordination transdisciplinaire. Et enfin une évaluation de l'accompagnement proposé est possible.

Quelle est la situation familiale, la situation sociale de ces futurs parents ressentis en difficulté ?

Nous savons que 80% de ces futures mères sont belges ; tandis qu'au sein de la population globale inscrite en CPN, 60% sont belges.

Seules 10% de ces futures mères ont un emploi...

Quant à la gestion des revenus, nous observons qu'après de 37% de ces futurs parents en difficulté, la gestion du budget est saine mais le montant est si restreint qu'il est difficile de subvenir aux besoins vitaux. Après de 8%, nous observons que les ressources sont utilisées au détriment du bien-être familial.

Quant au logement, 30% occupent un logement insalubre ou inadéquat.

Seules 40% de ces futures mères vivent en couple.

Logement précaire, absence de travail et gestion budgétaire difficile marginalisent ces familles et ne font que renforcer un isolement, voire une méfiance face à la communauté.

Dès lors, nous relevons, avant la naissance de l'enfant, un nombre important de futures mères qui évoluent dans un environnement instable.

Cependant, près de 50% des futurs parents disent savoir où et à qui s'adresser en cas de besoin.

Lors d'une première rencontre avec ces futurs parents, nous apprenons la présence d'autres services de première ligne : CPAS, consultation des Nourrissons, maison médicale ou médecin traitant... Ou encore la présence du service d'aide ou de protection de la jeunesse.

En effet, si 52% des futures mères n'ont pas d'enfants, les 48% restants se partagent 83 enfants. Nous apprenons que plus de la moitié de ces enfants, nés antérieurement à la grossesse actuelle, sont concernés par un accompagnement social spécifique.

C'est en accord avec les futurs parents que le travailleur médico-social référent travaillera en coordination avec les intervenants déjà présents.

Tranches de vie difficiles...

Ces futurs parents en difficulté font part au travailleur médico-social de tranches de vie difficiles, tranches de vie qui construisent, quelquefois, mais qui, aussi, peuvent fragiliser l'adulte parent en devenir.

Quelles sont ces expériences dont nous parlent ces futurs parents ?

Près de 18% nous parlent d'abus ou de négligence subis dans leur propre famille, plus de 21% nous décrivent un climat de violence, plus de 10% nous font part de troubles psychiatriques chez leurs parents, et plus de 23% ont fugué ou ont connu le placement en institution.

Seuls près de 13% nous décrivent leurs parents comme « aimants ».

<i>Risques</i>	<i>Vulnérabilités</i>	<i>Forces</i>
Abus, négligence subis par :	Séparé des parents par la mort, la séparation du couple, la guerre :	Décrit parents comme aimants, ayant su éduquer leurs enfants :
le futur père 2,2%	chez le futur père 2,0%	par le futur père 5,2%
la future mère 17,9%	chez la future mère 16,9%	par la future mère 12,6%
Violence dans la famille :	5 déménagements pendant son enfance :	
du futur père 6,3%	pour le futur père	
de la future mère 21,2%	pour la future mère 4,2%	
Histoire de troubles psychiatriques (par ex. : alcool, dépression, schizophrénie) chez les parents :		
du futur père 2,1%		
de la future mère 10,6%		
Fugues du foyer parental et/ou placement :		
pour le futur père 6,3%		
pour la future mère 23,3%		

A la lecture de ce tableau, la question se pose de différences importantes entre les données recueillies auprès de la future mère et du futur père.

Dès lors, se pose la question : quelle est la place du futur père ?

Il est présent dans 58% des situations, inconnu pour 12% des futures mères et connu mais absent dans 30% des situations.

Au sein de plus de 5% des familles, le conjoint n'est pas le géniteur. Dans près de 39% des familles concernées, le père est différent pour chacun des enfants nés antérieurement.

L'absence du futur père ou sa négligence implique que l'élément parental féminin domine.

Une autre dynamique concerne le « bien-être psychologique de la future mère ».

Si le risque peut n'être chez certains futurs parents que l'expression d'une incompétence ou d'une inconscience, auprès d'un certain nombre, nous sommes en présence de futurs parents fortement carencés :

- ?? futurs parents dépressifs (plus de 19%),
- ?? toxicomanes (18%),
- ?? atteints d'une déficience intellectuelle (plus de 18%),
- ?? atteints d'un problème de santé mentale (plus de 11%)...

<i>Risques</i>	<i>Vulnérabilités</i>	<i>Forces</i>
Problèmes de dépression courante 19,1%	Problème de dépression par le passé 9,4%	N'a jamais eu de problème de dépression 10,6%
Autre(s) problème(s) de santé mentale 11,6%	A déjà eu des problèmes avec l'alcool, autres drogues ou médicaments 12,7%	N'a jamais eu de problème d'alcool ou de toxicomanie 19,0%
Problème courant d'alcoolisme ou toxicomanie 18,0%	Faible estime de soi 12,7%	Bonne estime de soi, confiance de pouvoir être un bon parent 19,0%
Déficiences intellectuelles apparentes ou documentées 18,0%	A déjà été suivie par un psychiatre, hospitalisée pour troubles nerveux 19,1%	
A peur d'être violente vis-à-vis du bébé 1,0%		
Se perçoit comme un mauvais parent 5,2%		

Nous relevons peu d'antécédents obstétricaux, si ce n'est un nombre relativement élevé de fausses couches et d'interruptions de grossesse.

La littérature nous dit que « 20% des grossesses débutantes ne conduisent pas à un enfant vivant ».

Au sein du groupe FMD², plus de 43% des grossesses antérieures n'ont pas été menées à terme. Environnement instable, bien-être ou mal-être psychologique, tranches de vie difficiles...

Mais ce temps de la grossesse, de la naissance reste, pour certains, un temps de mobilisation...

Sur ce tableau, nous observons que « les forces » exprimées représentent un nombre de facteurs très important.

Près de 62% des futures mères s'inscrivent en consultation prénatale avant 20 semaines. 33% expriment leur désir de mener à bien leur grossesse. Les problèmes sont reconnus et exprimés par près de 50% des futurs parents. Enfin, près de 27% se montrent soucieux des besoins de l'enfant.

<i>Risques</i>	<i>Vulnérabilités</i>	<i>Forces</i>
Pas de suivi prénatal ou seulement après la 25 ^{ème} semaine 24,6%	Inscription en CPN de 21 à 25 semaines 13,4%	Suivi prénatal précoce, avant 20 semaines 61,7%
Grossesse non désirée avec demande d'IVG 4,1%	Suivi irrégulier <= 5 examens 10,6%	Grossesse désirée et/ou planifiée 32,8%
Grossesse non désirée sans demande d'IVG 21,2%	Vomissements pernicioseux 1,0%	Problèmes reconnus exprimés 48,8%
Grossesse non acceptée, considération d'abandon 1,0%	Retard de croissance intra-utérin 2,1%	Accepte les propositions 34,0%
Pas de comportement de préparation 11,6%	Hospitalisation MAP 6,3%	Respect des besoins de l'enfant 26,5%

² FMD = future mère en difficulté

Ces forces sont le signe d'un désir de changement exprimé par les futurs parents. Le changement est en devenir. L'équipe SOS, les TMS ONE peuvent en être un des agents...

Marie-Claire MORYOUSSEF³

Pour ces futurs parents en difficulté, la grossesse est davantage que pour d'autres chargée d'enjeux et de sentiments très contradictoires. Ce bébé est d'abord une promesse de changements : de tous les changements dont ils ont souvent rêvé : c'est comme si à ces futurs parents était donné la chance d'une nouvelle vie pour eux-mêmes, un avenir qui effacerait, réparerait leur passé blessé. Sentiment d'autant plus fort que leur vécu antérieur leur donne à vivre qu'eux-mêmes, enfants, ont été décevants. Ils ont le sentiment de ne pas avoir apporté cet avenir magiquement réparateur à leurs propres parents. Leur enfance a souvent été chaotique, triste, effrayante, mal aimée. Cette grossesse est donc, et surtout, promesse de liens. Enfin ils vont pouvoir être aimés et aimer.

Dans ce que les futurs parents disent reviennent encore et encore ces petites phrases : « *Maintenant que je vais avoir mon bébé... je ne serai plus triste, je ne me sentirai plus seule, je ne penserai plus à mon passé, je n'aurai plus besoin d'aide...* ».

Et ils ont peur : peur de recommencer ce que leurs parents ont fait, peur de leur insuffisance, d'être de mauvais parents, de ne pas comprendre leur bébé, peur de ne pas en être aimé. Peur aussi des professionnels qu'ils rencontrent : peur de leur jugement, peur que leur enfant soit placé... Vis-à-vis d'eux souvent leur attente est grande mais masquée, leur besoin d'aide reste en retrait, dénié ou posé seulement sur un plan matériel ou social. En effet, on touche là à trois des aspects de leur expérience de vie :

1. Une culture familiale et de leur environnement social qui est une culture de défiance vis-à-vis des intervenants sociaux.
2. Une peur d'être déçu encore s'ils font confiance, se confient, établissent un lien. Ces futurs parents réactualisent avec nous les mauvaises relations qu'ils ont connues enfants. Ils ont peur d'une dépendance. Ils projettent sur le lien avec nous encore un rapport abandonnant, maltraitant.
3. Une représentation du besoin d'aide comme dévalorisante en soi : il faut en sortir seul. En effet, paradoxalement, leur narcissisme blessé ne peut s'accepter qu'en s'imaginant entièrement sans erreur, sans insuffisances et cela surtout dans leur fonction parentale. Ceci est peut-être encore plus vrai pour la future mère. En effet, notre culture accorde beaucoup de valeur au rôle maternel. Une mère se sentira d'autant plus reconnue comme personne qu'elle aura le sentiment d'être une bonne mère.

Et nous, professionnels de périnatale, quels vont être face à ces parents nos inquiétudes, nos espoirs et nos enjeux ?

Comme eux, nous sommes dans une difficulté à anticiper, nous sommes dans le présumé, jamais dans l'avéré. Même s'il y a d'autres enfants dans la famille qui indiquent l'existence du risque, une histoire n'est pas forcément l'autre. Même si des indices de vulnérabilité nous inquiètent. Nous ne pouvons pas perdre de vue trois éléments qui précarisent nos interventions :

³ Psychologue, équipe SOS Enfants anténatale Ulg (APALEM) – Consultation périnatale ONE – CHU La Citadelle – Boulevard du XIIème de Ligne, 1 – 4000 Liège.

1. Les futurs parents se présentent en toute liberté à notre consultation prénatale et peuvent à tout moment en repartir sans nous ayons le moindre pouvoir pour les retenir.
2. Aucun signalement ne vient nous désigner une mission.
3. L'enfant à naître n'a pas, jusqu'à sa naissance, de statut légal.

La difficulté et le formidable potentiel de ce travail périnatal sont de toujours nous faire travailler en équilibre dans une tension entre deux pôles : l'évaluation et le soutien.

Une des conditions indispensables pour évaluer le présent étant de pouvoir imaginer l'avenir, nous devons anticiper en prenant en compte les ressources et les vulnérabilités de ces futurs parents mais aussi, simultanément, le processus de changement que la grossesse et notre action peuvent engendrer.

Il est assez remarquable de constater, a posteriori, que nos préoccupations et nos actions ont une parenté étroite avec les thèmes que D. Stern définit comme constituants de ce qu'il nomme la constellation maternelle.

Qu'est-ce que cette constellation ? C'est l'organisation psychique particulière d'une femme devenant mère et qui transforme pour une période transitoire de quelques mois à quelques années ses intérêts, ses peurs, ses désirs. Cette évolution psychique indispensable doit conduire à des comportements adaptés.

Elle s'articule autour de quatre thèmes qui sont :

1. La capacité à assurer la croissance de vie et les besoins vitaux du bébé.
2. La capacité à développer un engagement émotionnel avec le bébé.
3. La capacité à installer un réseau de soutien autour d'elle comme mère.
4. La capacité à modifier son image d'elle-même pour entrer dans son identité de mère.

Que se passe-t-il avec ces futurs parents, en difficultés, qui ont manqué de supports nécessaires à un devenir psychique harmonieux ?

L'apparition de ces thèmes dans leur vécu est souvent chaotique, contradictoire, parfois à peine perceptible ou même niée. La pratique nous montre que nous avons un rôle à jouer pour faire émerger de façon plus structurée et plus consciente ces points d'évolution. Reprenons-les plus en détails.

1. Le premier de ces thèmes est l'interrogation de la future mère vis-à-vis de sa capacité à assurer de façon adéquate la croissance de la vie pendant la grossesse et les besoins vitaux de l'enfant après la naissance. C'est aussi un des premiers soucis dans notre accompagnement : il s'agit d'entendre ce que ces futures mères expriment comme peurs et sentiments d'incapacité ; il s'agit aussi de conseils donnés pour un meilleur équilibre de santé pour elle et leur enfant. Par exemple, pour les futures mères toxicomanes, ne pas prévoir un sevrage pendant la grossesse ou si elles sont sous méthadone, de ne pas diminuer trop fort les doses à ce moment-là.

Les raisons en étant :

- a. si elles font un sevrage pour elle, le bébé le fait aussi sans y être aidé ;
- b. la période de la grossesse et de l'accouchement comporte trop de bouleversements émotionnels et de possibilités de stress : un sevrage dans ces conditions a toutes les chances d'échouer et de conduire à la reprise du produit...

Concernant la capacité à assurer les besoins vitaux du bébé après la naissance, un des indices que nous relevons comme une prédiction favorable est la capacité de cette future mère à se prendre elle-même en charge (démarches diverses, gestion de ses besoins essentiels, capacité à demander de l'aide, ...).

2. Le deuxième de ces thèmes est celui de la relation primaire, c'est-à-dire de la capacité de la jeune mère à établir un véritable lien avec le bébé, notamment dans la première année de vie. Beaucoup de ces futures mères et jeunes mères expriment leurs inquiétudes ou leurs difficultés à ce propos, et là nous est renvoyée une question centrale, celle de notre propre lien, celui que nous arrivons à établir avec ces futurs parents. Confrontés à des réactions contradictoires parfois insistantes, parfois fuyantes, parfois rejetantes, comment éviter d'osciller entre la proximité et le rejet, rester dans l'empathie et offrir cette continuité du lien qui leur a si souvent manqué. La réussite de l'établissement de ces liens entre ces futurs parents et nous peut influencer de façon favorable la qualité du lien qu'ils peuvent établir à leur tour avec le bébé. On peut dire que cet objectif est prioritaire dans notre travail.

3. Le troisième de ces thèmes : la matrice de soutien nous conduit au cœur même des besoins des futurs parents et à notre souci de construire pour la mère, avec le père, un réseau de soutien bienveillant et protecteur accepté et régulé par ces futurs parents. Cette construction se fait dans la réalité concrète et se vit d'abord au présent : recherche de logement adéquat, achat de layettes, remise en ordre du budget, etc. Nous initions ou nous accompagnons ces démarches de diverses façons. Cette construction se fait aussi au futur : notre intervention se faisant (en tout cas pour les travailleurs sociaux de la consultation prénatale) dans un laps de temps limité et notamment avant la naissance du bébé, il est primordial là aussi d'anticiper. Nous prévoyons donc, avec l'accord des parents, des relais qui assureront un suivi structurant et bienveillant. Des supports qui, tout en étant durables, seront modulables. Parallèlement à cet accompagnement concret, un travail thérapeutique permet l'élaboration de repères dans la tête : c'est un travail de va-et-vient répété entre le présent et le passé, entre leur vécu actuel et leur présentation d'eux-mêmes enfant. Un travail patient de fourmi pour dépasser un passé difficile, pour transformer la répétition en repères, pour donner du sens et assurer, ainsi, à la future mère une meilleure compréhension de l'expérience de maternage dont elle a elle-même été l'objet dans son enfance.
Même avec des souvenirs réduits, le regard intéressé du thérapeute peut permettre l'évocation de ce bébé qu'ils ont été et favoriser ainsi une dynamique psychique. Dans ce travail psychique, c'est le plus souvent le thérapeute qui porte le désir de réussite, la croyance dans la capacité de ces futurs parents. Cet investissement positif dans leur évolution est un des puissants facteurs de changement ; tout au long de cette période périnatale, il participe à ce mouvement de portage bienveillant et cohérent de l'ensemble des professionnels coordonnés.

4. Ceci nous amène au 4^{ème} thème qui est la capacité de ces futures mères à transformer leur identité, de passer de fille à mère, de femme à parent. Le besoin de modèle est évident. Aussi, beaucoup d'embûches se présentent pour ces futurs parents en raison de leur passé et de références à des modèles changés négativement, en particulier de la carence que ces futurs parents ont souvent connu comme fils ou fille. Ces carences les ont souvent confrontés à une solitude psychique débutant fréquemment à un âge précoce et les conduisant à se débrouiller seuls beaucoup trop tôt. Il est plus difficile de passer de l'enfance à la parentalité quand on n'a pas eu son comptant comme enfant et que l'attente de ce dû est toujours bien présente. Un des facteurs d'évolution et de prédiction positive que nous avons constaté cliniquement est corroboré par des études menées notamment par D. Stern. La construction par les futures mères et mères d'une représentation plus élaborée, plus cohérente et aussi plus distanciée de leur expérience précoce malheureuse leur permet d'accéder elle-même au statut de mère malgré les difficultés passées. Le rôle de soutien qu'a le thérapeute dans cette élaboration participe à l'établissement d'un lieu sûr avec leur enfant. Pour citer D. Sterne : « *La cohérence narrative l'emporte sur la vérité historique comme prédiction plus forte* ».

En conclusion :

La future mère et la jeune mère ont besoin d'être soutenues, appréciées, encadrées par un environnement bienveillant. Dans ce contexte, elles se retrouvent alors, dans les conditions qui étaient ou auraient dû être importantes pour elles dans leur petite enfance.

Certes, le bébé va contribuer par ses demandes et ses interactions à transformer une femme en mère, mais il nous paraît évident de souligner qu'il n'existe pas de mère sans un environnement qui la contient et définit son rôle.