

Temps d'Arrêt:

Une collection de textes courts dans le domaine de la petite enfance.

Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes...

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection Temps d'Arrêt est éditée par la Coordination de l'Aide aux Victimes de Maltraitance.

Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance
Secrétariat général
Ministère de la Communauté française
Bd Léopold II, 44 - 1080 Bruxelles
coordination.maltraitance@cfwb.be



www.cfwb.be/maltraitance

PRÉVENIR LES TROUBLES DE LA RELATION AUTOUR DE LA NAISSANCE

*Reine Vander Linden
Luc Roegiers*

LECTURES

TEMPS D'ARRÊT

Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance

Reine Vander Linden et Luc Roegiers
en collaboration avec Dominique Grossman,
Françoise Lion, Bernadette Paternostre,
et Muriel Rozenberg

Temps d'Arrêt :

Une collection de textes courts dans le domaine de la petite enfance. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes...

L'élaboration de ce Temps d'arrêt a été réalisée par Luc Roegiers (pédopsychiatre périnatal) et Reine Vander Linden (psychologue périnatale) avec la collaboration de Dominique Grossman (néonatalogue), Françoise Lion (sage-femme), Bernadette Paternostre (travailleuse médico-sociale) et Muriel Rozenberg (psychologue).

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection Temps d'Arrêt est éditée par la Coordination de l'Aide aux Victimes de Maltraitance. Chaque livret est édité à 10.000 exemplaires et diffusé gratuitement auprès des institutions de la Communauté française actives dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse. Les textes sont également disponibles sur le site Internet www.cfwb.be/maltraitance

Comité de pilotage :

Paul Cotton, Guy Declercq, Gérard Hansen, Françoise Hoornaert, Diane Huppert, Anne Labby, Roger Lonfils, Anne Thiebault, Reine Vander Linden, Patrick Vastenaekel, Dominique Werbroek.

Coordination :

Vincent Magos assisté de Delphine Gilman, Claire-Anne Sevrin et Delphine Cordier.

Avec le soutien de la Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé de la Communauté française.

Éditeur responsable : Henry Ingberg – Ministère de la Communauté française – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles.

Sommaire

L'intérêt d'une prévention	7
• Devenir parent pousse –parfois malgré soi– à revisiter sa propre histoire d'enfance	8
• L'arrivée d'un enfant force aussi à renégocier les liens aux générations précédentes	9
• La médicalisation de la grossesse ouvre des espaces nouveaux aux parents	10
• L'enfant à venir est porteur d'espoir, de nouveauté	11
Vulnérabilité somatique	13
• La grossesse humaine est physiologiquement fragile	13
• La grossesse reste une prouesse pour la femme	14
• La pensée magique infiltre encore la sphère de la reproduction	15
• Les hospitalisations obstétricales sont souvent ressenties comme des ruptures dans les prises en charge par les professionnels de l'extra-hospitalier	17
• Tout accident obstétrical a un impact traumatique potentiel	18
Vulnérabilité psychologique	21
• L'image du corps est bouleversée	22
• L'implantation d'un être en soi n'est jamais un événement neutre	23
• La grossesse intruse la vie de couple	24
• Les familles d'origine sont convoquées en période périnatale	25

- Après la naissance, l'enfant peut rappeler divers événements anciens – parfois secrets 25
- La confrontation à l'enfant rêvé est parfois douloureuse 27

Vulnérabilité psychosociale extrême

- Effet pervers de l'inquiétude 29
- Tenter de rejoindre les rêves des parents ... 30
- Mobiliser du sens 31
- Dans «l'ici-et-maintenant» 32

Maternité et assuétudes 37

- Arrêter la consommation de stupéfiants? .. 38
- Rôle des professionnels dans la spirale de la confiance 39
- Gérer des émotions violentes 40
- Quand la perspective d'un placement semble inévitable 44

Mailler le réseau : avoir tous les protagonistes en tête et créer de la sécurité 45

- L'intra- et l'extra- hospitalier: deux mondes à comprendre, des passerelles à construire ... 45
- Le réseau périnatal 49
- Réseau : tout doit-il se communiquer? 51

Conclusion 55

Bibliographie 56

Quelques expériences de terrain 57

- Equipes d'accompagnement ambulatoire ... 58
- Réseau régional 59
- Présence d'une psychologue en consultation des nourrissons 60
- Groupe interdisciplinaire inter-hospitalier de périnatalité 61
- Coins rencontres 62

Cinq repères pour la prévention autour de la naissance

1. Considérer la mise au monde d'un enfant comme étant avant tout, pour chaque femme, un projet chevillé à son corps, un projet donc pour lequel le souci médical et universel du «soin» est une précieuse ouverture à une aide positive;
2. Comprendre ce qui se passe chez la femme enceinte et chez son compagnon pour pouvoir respecter et entrevoir positivement cette mue identitaire vers les fonctions de mère et de père. La grossesse et la naissance sont des moments de déstabilisation, donc de risque mais aussi de réorganisation salutaire autour de solidarités nouvelles;
3. Tenter toujours de rejoindre le bébé imaginaire dans la tête des parents pour échapper au cercle vicieux des péjorations dans lequel peut «s'embourber» l'aide, particulièrement en situation de vulnérabilité extrême. Il est indispensable de pouvoir se représenter l'événement de la naissance comme heureux pour inscrire

l'enfant à naître dans une dynamique d'accueil plutôt que de blâme;

4. Construire des alliances même et surtout en contexte fragile (toxicomanie); ne pas se préoccuper du bébé «contre» mais bien «avec» sa mère, son père; et ne pas alimenter les malentendus entre professionnels. Les disqualifications prennent source dans l'impuissance face à des dangers évidents, ou dans le comportement chaotique des parents;
5. Se parler adéquatement entre professionnels, toujours dans l'intérêt du bébé, de la mère, du père; construire ainsi un réseau qui ne soit pas vécu comme un piège (toile d'araignée) mais au contraire comme une enveloppe protectrice dans laquelle les émotions peuvent se partager et la confiance s'étayer pour le plus grand bien de la famille en construction.

L'intérêt d'une prévention

La périnatalité est une période féconde à tous égards: ouverte aux mouvements émotionnels, créatrice de liens, porteuse d'espoirs même dans les situations très vulnérables. C'est donc un moment particulièrement crucial pour construire une prévention dans des conditions favorables.

Au moment de mettre un enfant au monde, le pouvoir créateur de la femme et de l'homme se réalise de façon exceptionnelle. Des ressources intérieures insoupçonnées deviennent disponibles. Ce livret tente de mettre en évidence la force mobilisatrice que les professionnels peuvent activer par un accompagnement humain de bonne qualité. Ce temps «périnatal» est d'autant plus important à «saisir» qu'il invite les parents à des mises en questions, à des transformations de l'histoire humaine dans laquelle ils sont engagés.

Bien sûr, certaines situations de vulnérabilité ont de quoi inquiéter. Être acteur médical ou psychosocial de la naissance en milieu à risque n'est pas une sinécure. Certains jeunes parents ont l'art de convoquer autour de leur ventre rond ou du petit berceau, les plus hideuses sorcières avec leurs maléfices.

Pourtant, quelle mère, quel père souhaite véritablement le malheur de son enfant au seuil de l'existence? Et quelle alternative a-t-on en tant que professionnel, que de s'appuyer sur les ressources et sur l'espoir? C'est bien autour de ce pari optimiste –mais sans naïveté– qu'est construit ce livret.

La grossesse, la naissance et l'après-naissance sont des moments-clé tant pour les personnes qui vivent ces étapes de profond changement identitaire et relationnel, que pour les professionnels amenés à les accompagner. **Creuset de l'accueil de l'enfant, atelier du lien**, cette période de vie mérite toute l'attention des professionnels; même si tout ne se joue pas dans ce «big bang» familial, de nombreuses **bases de la parentalité et de l'attachement** se mettent en place autour de la naissance; le désir d'enfant, les contacts prénatals et les premières rencontres marquent profondément les parents et laisseront des traces émotionnelles et relationnelles tout au long du chemin familial de l'enfant, en particulier lors d'étapes délicates de son développement.

Devenir parent pousse –parfois malgré soi– à revisiter sa propre histoire d'enfance

On parle à ce sujet de «transparence psychique» chez la femme enceinte (Bydlowski)

parce qu'elle semble abandonner ses défenses et se met à parler d'elle. Remarquons cependant qu'elle est parfois plus transparente à autrui qu'à elle-même.

«Cette femme me déconcerte: son bébé semble être le dernier de ses soucis; c'est comme s'il n'existait pas et pourtant elle approche de la moitié de sa grossesse; et à côté de ça, elle vient avec les histoires de sa propre naissance; elle explique –parfois en tirant avec avidité sur sa cigarette– comment son arrivée imprévue avait été négligée par ses propres parents. On dirait qu'elle ne vient aux consultations prénatales que pour parler d'elle.»

Nancy, travailleuse médico-sociale

L'arrivée d'un enfant force aussi à renégocier les liens aux générations précédentes

On n'est plus uniquement l'enfant de ses parents, on devient parent de son enfant... De même, le couple doit intégrer une nouvelle fonction essentielle: créer une équipe parentale. Les liens proches et les équilibres familiaux sont ainsi remaniés... pour le meilleur ou pour le pire.

«Je suis très proche de ma mère. Nous avons entre nous une grande complicité, surtout depuis le départ de mon père quand j'avais

onze ans. Mais maintenant, en approchant de mon accouchement, je sens comme un besoin de prendre mes distances par rapport à elle. Je crains qu'elle prenne une place de mère auprès du bébé. J'ai peur d'être envahie par ses conseils et par sa bienveillance. Je voudrais qu'elle soit une grand-mère et pas une seconde mère pour mon fils. »

Madame M.

La médicalisation de la grossesse ouvre des espaces nouveaux aux parents

Ils y rencontrent des personnes qui ont valeur à leurs yeux **en tant que professionnels compétents préoccupés par la santé et les transformations du corps de la future mère**, quel que soit son contexte psychologique, social, économique ou culturel. À travers sa situation obstétricale, sa valeur est reconnue par l'entourage médical. Cette expérience d'être au centre de l'attention bienveillante est parfois la toute première dans son histoire ou dans celle de son conjoint. **Voilà pourquoi il est si important de considérer et de soutenir le projet des parents plutôt que de s'appesantir sur leurs antécédents.**

«Le docteur V., c'est comme une mère pour moi: elle me pose un tas de questions sur ma

santé, mon moral, ce que je ressens... On n'a jamais fait ça avec moi. C'est pas toujours facile de répondre, mais ça fait du bien quand même. Bizarre qu'on trouve plus de gentillesse chez des professionnels que dans sa propre famille».

Madame F.

Enfin, l'enfant à venir est porteur d'espoir, de nouveauté; il est source possible de réalisation de soi

Bien sûr, ces attentes pèsent parfois sur les épaules du futur enfant jusqu'à lui conférer dans les situations extrême une place de «parents de ses propres parents» (la «parentification» décrite par Boszormenyi-Nagy). Mais la médiation des professionnels peut permettre de limiter ce processus en aidant les parents à aménager une place propre à l'enfant, dégagée d'attentes réparatoires impossibles à assumer.

«Ce gosse, il va être pourri. Je pourrai rien lui refuser. Mon père il s'en fichait de moi, de mes études et de tout ce que je faisais. Mon fils n'aura pas le même genre de père. J'espère qu'il n'aura pas envie de quitter la maison à seize ans comme moi je l'ai fait».

Monsieur R.

Autant de messages qu'il convient d'entendre et sur lesquels les professionnels peuvent s'appuyer pour proposer leur soutien lorsque la vulnérabilité somatique, psychique ou sociale apparaît comme facteur de risque dans l'établissement du lien parent-enfant.

Vulnérabilité somatique

Le fait que toute grossesse soit en elle-même vulnérable, appelle la femme et son conjoint à consulter le professionnel. C'est autour de cette préoccupation médicale basique, signant une reconnaissance du «devenir parent», que se construiront les autres interventions éventuelles.

La grossesse humaine est physiologiquement fragile

- Difficile à obtenir: seul un petit quart des embryons s'implantent, 20% des couples consultent un jour –d'impatience ou de vrai problème– pour infertilité;
- Vulnérable aux «accidents de construction»: 15 à 20% de fausses-couches et 3% de malformations;
- Pas toujours bien vécue sur le plan somatique, avec de fréquentes nausées et fatigues au premier trimestre et divers inconforts lorsqu'au troisième trimestre le volumineux bébé est à l'origine de douleurs sciatiques, chute de la capacité de la vessie, tensions diverses...;

- Pas simple non plus à conclure : plus de 10% des enfants commencent leur vie en néonatalogie surtout pour retard de croissance ou prématurité ; d'autre part, les proportions du fœtus humain par rapport au bassin maternel ou d'autres complications sont à la source d'une césarienne plus d'une fois sur cinq.

De ce fait, la grossesse a toujours invité à l'assistance et à la solidarité. Si l'issue en est devenue positive dans l'énorme majorité des cas aujourd'hui, c'est grâce au fait que l'accompagnement s'est largement médicalisé. Quelques réflexions s'imposent cependant à ce sujet :

La grossesse reste une prouesse pour la femme

Malgré l'assistance à la procréation, le diagnostic prénatal, les vitamines, la surveillance obstétricale, la péridurale et autres aménagements, la tâche essentielle repose, faut-il le rappeler, sur la femme ; le fait pour elle d'offrir asile à la construction d'un enfant, même lorsque c'est «à son corps défendant», est source d'un mérite à reconnaître. Mettre un enfant au monde est toujours une contribution substantielle et reste dans une certaine mesure une prise de risque. Pour une femme, le fait d'être respectée en fonction de son état (prio-

rité de confort dans les endroits publics, aménagements de ses tâches professionnelles,...) est susceptible de l'engager à son tour à offrir à sa grossesse les conditions les plus appropriées, et ultérieurement à son enfant l'attention dont il a besoin.

La pensée magique infiltre encore la sphère de la reproduction avec une foule d' «idées reçues» psychologisantes dont les plus fréquentes sont les suivantes :

- Si la fécondation ne survient pas spontanément, c'est que la femme (toujours elle, la pauvre !) fait un «blocage» parce qu'elle y pense trop ; ou bien parce qu'elle craint inconsciemment l'arrivée d'un enfant ; et inversement, les femmes en précarité sociale sont des «pondeuses» ;
- La fausse-couche est souvent le résultat de stress excessifs ;
- Les nausées du premier trimestre traduisent un rejet caché de la grossesse ;
- Les femmes qui accouchent prématurément sont généralement négligentes ;
- ...

De telles affirmations non fondées rigoureusement sont parfois avancées même par des

professionnels; elles sont le reflet d'une sorte de prétention à vouloir tout expliquer dans ce domaine délicat, encore largement méconnu de la reproduction avec ses inégalités distributives difficiles à accepter («des injustices», disent les gens marqués par la survenue d'une perte, d'une maladie de la grossesse, d'un handicap ou d'une prématurité). Les interprétations et conseils issus de telles représentations victimisent des personnes déjà en difficulté. Autrefois, on pointait la femme comme coupable de sa stérilité ou de l'issue malheureuse de sa grossesse; cette pensée magique traduite par diverses superstitions a pris aujourd'hui une forme pseudo-scientifique par le biais d'une psychologisation abusive, souvent par confusion entre la cause et les effets. Sans aucun doute, l'infertilité est source de découragement profond, l'antécédent de fausse-couche produit de l'angoisse, les nausées titillent l'ambivalence en début de grossesse, l'immobilisation imposée par une menace d'accouchement prématuré suscite l'impatience d'être délivrée... Et à l'origine de tout cela? Le processus physiopathologique est complexe et les émotions n'en sont pas absentes, mais il est abusif et surtout contre-productif de les mettre à l'avant-plan. Car la femme vit avant tout le préjudice d'ennuis qu'elle n'a pas voulus; **toute explication psychologique sauvage l'empêche de construire son propre sens et la culpabilise inutilement.**

Les hospitalisations obstétricales sont souvent ressenties comme des ruptures dans les prises en charge par les professionnels de l'extra-hospitalier

Que se passe-t-il dans l'univers médical? C'est très souvent un mystère pour les acteurs de la sphère psycho-sociale lorsqu'une femme suivie en ambulatoire pour diverses raisons est hospitalisée pour pathologie obstétricale. La même ignorance caractérise réciproquement les professionnels de l'intra-hospitalier pour lesquels la femme et son problème n'existent plus dès qu'elle a quitté leur domaine... en attendant la consultation suivante. Une telle discontinuité est dommageable car elle survient à un moment où le vécu d'incertitude et parfois de dispersion intérieure relatif à l'événement médical devrait au contraire être «contenu» par un réseau. Hélas, l'énergie à déployer dans ces situations et parfois les disqualifications mutuelles entre monde intra- et extra-hospitalier rendent ardues les tentatives de connexions. Et lorsqu'elles ont lieu, elles sont éventuellement sous-tendues par le souci de se défaire sur le dos de l'autre du «paquet de responsabilités» dans les situations les plus à risque... plutôt que de s'appuyer sur le contexte médical, levier précieux pour ouvrir le dialogue à propos de la grossesse et de ses ambivalences.

Tout accident obstétrical a un impact traumatique potentiel

À l'écoute du récit de personnes en crise existentielle, conjugale ou familiale, on est frappé par la fréquence de récits relatifs à un «accident» survenu dans l'histoire de leur procréation :

«J'ai si longtemps attendu cet enfant qu'après la réussite de la fécondation in vitro, j'espérais tout de lui.»

«Cet avortement, même s'il était "nécessaire", je ne l'ai jamais pardonné à mon mec.»

«Quand j'ai annoncé à ma mère ma décision de garder le bébé malgré sa malformation, elle m'a dit en tous cas de ne pas compter sur elle pour s'en occuper si la crèche le refusait.»

«Avec ce gosse, c'est pas évident, déjà il m'a forcée à rester couchée à la fin de la grossesse et puis il est né tout petit et tout mou.»

«J'ai encore des réveils la nuit avec l'impression qu'on m'ouvre le ventre comme pour ma césarienne en urgence ; alors je vais me rassurer en regardant dormir ma fille aînée.»

«À la crèche, on me reproche d'être fusionnelle avec mon fils. Mais moi j'ai encore si peur de sa fragilité depuis qu'il a été opéré juste à sa naissance.»

Le repérage de ces événements ne doit pas être incriminé comme la clé de tous les malheurs relationnels ultérieurs. Mais il impose d'une part aux professionnels de la période périnatale

d'en tenir compte pour créer en milieu hospitalier des temps et des lieux permettant une meilleure assimilation d'accidents obstétricaux ; d'autre part, aux professionnels de l'«après-coup», ce genre de témoignage invite avant tout à l'écouter –c'est déjà thérapeutique–, puis éventuellement à en questionner les conséquences et à explorer comment rendre constructive la recherche de réparation du traumatisme.

Vulnérabilité psychologique

Toute naissance «intruse» tant la sphère affective de la femme, que sa vie conjugale. La «transparence psychique» propre à cette période est une voie d'accès aux souffrances anciennes. Mais l'écoute ne doit pas se doubler d'interventions rejoignant à leur tour l'intrusion. Avant tout, cette période, surtout en sa phase prénatale, doit être considérée comme un atelier psychique à respecter.

La grossesse bouleverse tous les points de repère dans la «continuité d'être» éprouvée à travers le temps (le «self» décrit par Winnicott). De la complicité amoureuse à l'équipe parentale, de la vie conjugale à la vie familiale, du statut d'enfant de ses parents à celui de parent de son enfant, des intérêts professionnels à ceux de la sphère domestique, de la responsabilité pour soi à la responsabilité pour autrui..., ces véritables changements d'identité constituent un séisme, une «entrée en constellation maternelle» pour la femme (Stern) et une crise développementale pour l'homme.

Au moment de devenir parent, on est face à des défis excitants mais aussi face à des

incertitudes déstabilisantes. Les vulnérabilités somatiques décrites plus haut activent les inquiétudes, mais même en l'absence d'incidents, le doute peut faire son apparition à plus d'un titre.

L'image du corps est bouleversée

On idéalise parfois le ventre rond. On se choque même d'attitudes négatives de certaines femmes à l'égard des transformations de leur corps. On va jusqu'à questionner leur capacité de maternage lorsqu'elles évoquent leur refus de prendre du poids ou qu'elles dissimulent leurs formes. Or, on l'oublie trop souvent, ce processus est profondément interpellant et sollicite puissamment des angoisses archaïques: «se déformer», «devenir monstrueuse», «exploser»... Autre aspect à intégrer sur le plan de l'image du corps: le ventre de la femme devient véritablement un «moulin» par lequel défilent les interventions de médecins délicats ou pas, et les regards bien- ou malveillants de l'entourage. Le corps de la femme devient presque un lieu public, sa sexualité se trouve exposée, sa vie familiale offerte à son employeur...

L'implantation d'un être en soi n'est jamais un événement neutre

Même préparée et anticipée, la prise de conscience de porter un «étranger», doudou adoré ou parasite étrange (Ferenczi) est déconcertante. Un frisson d'irréversibilité et d'envahissement peut envahir la femme enceinte ou à l'inverse un sentiment de profond attachement avec la crainte de ne pouvoir contrôler cet hôte à la fois de son corps et de ses pensées. Certaines femmes racontent de façon ambivalente l'intensité des émois liés à la présence en elles d'un être dont la vie n'est pas toujours clairement différenciée de la leur; ainsi, l'angoisse d'atteintes ou d'accidents pouvant arriver au fœtus est indissociablement liée à l'angoisse de leur propre intégrité (on sait combien des femmes dont le bébé est déclaré à risque en période périnatale peuvent se sentir menacées en elles-mêmes). Inversement, le fait de se sentir bien est projeté sur l'enfant. Voilà entre autres une fréquente explication du tabagisme persistant pendant la grossesse: la femme «sentant» sa propre détente sous l'effet de cette satisfaction orale fait passer cet affect avant l'information «rationnelle» sur la toxicité de la cigarette.

La grossesse intruse la vie de couple

Épreuve de vérité, le projet d'enfant impose, tout au long de sa réalisation une négociation continuelle au sein du couple et le fragilise. Une bifurcation est imposée par les façons d'appréhender la grossesse, très différentes entre homme et femme. Les motivations apparaissent au grand jour. En outre, un monceau de tâches nouvelles se présente et l'homme est invité à y participer dans une plus large mesure; cela peut ne pas lui convenir. Sur le plan affectif, l'homme surtout, mais aussi la femme sont placés face à la réalité d'un ménage à trois avec toutes les jalousies que cela peut impliquer. L'amour est fait de toutes sortes de dimensions et les amants ne s'appellent pas pour rien «Mon poussin» ou «Ma toute petite» ou encore carrément «Mon bébé»; ils répondent ainsi à des attentes mutuelles régressives clairement signifiées... et annonciatrices de crise inévitable lorsqu'un vrai poussin, une vraie toute petite vient s'installer au cœur de leur intimité conjugale. La période périnatale est ainsi révélatrice des ressources et des lignes de fractures du couple susceptibles d'être travaillées au cours de ces moments féconds.

Les familles d'origine sont convoquées en période périnatale

Même sur les décombres des ruines d'un passé familial infernal, l'homme et bien plus encore la femme ne peuvent s'empêcher d'attendre de leurs parents une présence, un lien au moment de donner chair à la suite de cette chaîne transgénérationnelle dont ils sont issus. Malheureusement, ni la réalité, ni parfois même les simples fantasmes positifs ne sont au rendez-vous. Lorsqu'on ne peut même pas imaginer être pris dans les bras ou simplement encouragé(e) par ses parents, la solitude ressentie peut être désastreuse. Le professionnel de la période périnatale est parfois attendu pour jouer ce rôle maternant. Autant le savoir: les mots et attitudes exprimés à ces moments sont placés dans ce registre qui n'a bien sûr rien d'anodin.

Après la naissance, l'enfant peut rappeler divers événements anciens –parfois secrets–

Ainsi apparaissent les «fantômes dans la chambre d'enfant», comme le formule Selma Fraiberg dans une réflexion sur toutes les projections qu'un jeune parent peut tirer de

sa propre histoire et infiltrer dans celle de son enfant dès les premiers moments. Le tout petit vit au rythme de ses besoins corporels, de la trame de ses éprouvés (Stern) dans lesquels ses parents jouent un rôle essentiel de régulation. Or, ce nouveau-né peut avoir des aspects ou des attitudes impossibles à accepter par ceux qui lui ont donné la vie :

«Des cheveux blonds... je voulais tout mais pas ça : on va se demander si c'est vraiment le mien avec ma tignasse noire», se souvient cet homme dont la dissemblance avec son propre père avait été l'objet de supputations destructives sur ses origines.

«Quand je l'ai prise dans les bras, elle s'est détournée de moi» raconte avec souffrance cette maman marquée par une histoire de négligence sur plusieurs générations et fermement décidée à offrir à son enfant ce qu'elle n'a pas eu.

Dans ces cas, les parents déçus manifesteront des crispations qui seront perçues par le bébé, tout en restant énigmatiques. Ces messages codés peuvent le perturber et lui imposer un difficile travail d'adaptation. C'est alors aux parents de comprendre ce qui les assaille et les fait souffrir dans leur lien au nouveau-né, éventuellement avec une aide extérieure. À propos de ce genre d'aide cependant, attention aux interventions trop directes : les interprétations des professionnels peuvent être ressenties par les parents comme des intrusions violentes et/ou une prise de pouvoir sur

leur histoire. **La vérité n'est porteuse de ressources que lorsqu'elle est découverte et/ou reconstruite par les personnes concernées.**

La confrontation à l'enfant rêvé est parfois douloureuse

L'arrivée de l'enfant «réel» est à la naissance un choc. Certaines mères disent n'avoir pas «reconnu» l'enfant posé sur leur ventre. Cette sensation d'étrangeté est une déception malvenue en ce moment attendu socialement comme une réjouissance. À qui le dire ? Le sentiment inattendu d'étrangeté, voire d'hostilité face à l'enfant s'enkyste en l'absence d'écoute appropriée. Deux jours plus tard, lorsqu'il ou elle refuse le sein, c'est le blues qui prend pour thème cette frustration. Et deux mois plus tard, la maman se présente épuisée en consultation : *«//elle ne fait pas ses nuits, je suis débordée, je ne comprends pas cet enfant et il ne me comprend pas, je ne parviens pas à le calmer ; je ne réussis pas avec ce bébé alors que je passe mes journées à côté de lui, pour lui...»*. Bref, la spirale interactive de la dépression post-natale se met en place. Aujourd'hui, on le sait, cet état est de plus en plus envisagé comme un trouble d'ajustement mère-bébé : la première ne parvient pas à trouver de gratification narcissique à travers son tout-petit et risque de le désinvestir ;

le bébé à son tour, parfois perturbé par ses propres sensations corporelles (coliques, réactions excessives au bruit ou à la lumière,...), ne trouve pas face à lui une attitude susceptible de contenir ses débordements; il clame donc sa détresse de façon insupportable pour sa mère.

Le retour à un minimum de structuration des rythmes du sommeil est souvent le préalable essentiel à toute prise en charge de ces délicates perturbations pour éviter que l'un et l'autre ne finissent par se prendre en grippe dès les premières semaines.

Vulnérabilité psychosociale extrême

Professionnels du champ médical, social ou psychologique, nous sommes parfois confrontés à des situations de grossesse effrayantes: femme-enfant, précarité psychosociale majeure, grossesses répétées avec placement d'enfant, comportement à risque pendant la gestation: violence, toxicomanie, alcoolisme, tabagisme, prise de médicaments,...

La détresse dans ces situations est si intense qu'elle ne peut être envisagée comme telle et se transforme insidieusement en jugement et/ou en stigmatisation de l'incapacité maternelle. Il vient dès lors à l'esprit des pensées telles que *«si cette grossesse pouvait lâcher; ne devrions-nous pas suggérer à la mère d'interrompre sa grossesse,...»*. Parfois aussi des remarques spontanées rendent explicite le fond de la pensée *«ce n'est pas possible Madame, vous êtes encore enceinte, c'est une catastrophe dans votre situation»*.

De tels mécanismes témoignent de la peur et de la colère qui jaillissent en nous avec comme corollaire un puissant désir d'évacuation: *«si tout cela pouvait ne pas être, nous serions épargnés de devoir nous préoccuper de cet enfant à venir à la place de sa mère»*.

Effets pervers de l'inquiétude

Lorsqu'on panique autour du futur bébé, le risque est précisément d'oublier la mère et d'organiser, malgré elle ou même contre elle, une prise en charge de l'enfant, accentuant encore de la sorte son «incapacité» et par là sa culpabilité.

D'autre part, l'impuissance, l'indifférence ou la négligence maternelle peuvent nous contaminer et nous pousser à notre tour à être inefficace, indifférent ou négligent face à ce que vit la future mère.

L'impasse est alors faite sur les attitudes qui participent à maintenir les parents en position de sujets-interlocuteurs à part entière autour du bébé à venir :

- On ne prend pas le temps d'écouter ce que vivent les parents ;
- On ne prend pas la peine d'exposer clairement ses inquiétudes mais on «fait le gros doigt» ;
- On ne se donne pas les moyens d'évaluer et de repérer les (petits) secteurs de compétences parentales mais on globalise l'évaluation négative. Pourtant, les compétences des parents s'alimentent du regard bienveillant que l'on peut y porter ;
- On ne parle pas des démarches ou des contacts pris auprès d'éventuels autres professionnels ;

- On est –à juste titre– irrité par l'incohérence dans la gestion du temps (rendez-vous manqués) ; ou dans les propos avancés par les parents «on veut que notre bébé soit bien» mais les actes ne suivent pas (surveillance de la grossesse, comportements préparatoires,...).

Tenter de rejoindre les rêves des parents

Dans les situations d'extrême vulnérabilité, les défaillances parentales repérées dans la réalité sont facilement interprétées par les professionnels comme de la mauvaise volonté ou de l'opposition. On oublie parfois de relier et de comprendre ces attitudes avec le tableau de carences psychiques, affectives ou simplement matérielles des parents.

On assiste en effet à un profond décalage entre ce que rêvent les mères, les pères et les moyens dont ils disposent pour réaliser leurs rêves.

Si l'on ne parvient pas à rejoindre le bébé dans la tête des parents et leurs projets imaginaires, on ne mobilise pas leurs forces positives. Désavoués, ils remettent le couvert. On reste alors dans la répétition des carences et de l'échec. Ces parents, en faisant et refaisant des enfants, nous présentent toujours et toujours plus ceux d'une réa-

lité dont ils ne peuvent «déchirer» et cette spirale nous fait agir également dans le même registre de réalité. **Mieux vaut entendre d'abord et aussi tout ce que leur bébé imaginaire véhicule comme espoir, envie de changement, de recherche de réalisation de soi.** Comme le souligne Françoise Molénat, la répétition résonne trop souvent en terme négatif pour les témoins, de même que la similitude des situations graves s'organise autour du négatif alors que des ressources existent !

Mobiliser du sens

Les risques relatifs à ces grossesses et naissances chez les adultes carencés s'intensifient encore sous notre regard qui ne renvoie que le négatif de la répétition «ça recommence!». Or, cette répétition peut permettre grâce à notre présence, notre rôle tiers entre eux et eux-mêmes; entre eux maintenant et leur histoire; entre eux et leur enfant; entre leurs rêves et la réalité,... que cela prenne sens et qu'ils ne restent pas strictement dans la répétition.

Certes, ce travail –quelle que soit la place que l'on occupe par rapport aux futurs parents (médecin, sage-femme, travailleur social de l'ONE, de CPAS, professionnels de la petite enfance,...)– ne peut se faire seul.

Il convient de tisser un réseau cohérent et rassurant entre professionnels en contact avec la femme, à partir duquel celle-ci, son couple et les professionnels entre eux puissent expérimenter de nouvelles relations mettant en perspective ce qu'ils seront amenés à vivre avec l'enfant à venir.

Lorsqu'une femme très carencée affectivement sent autour du bébé qu'elle porte l'inquiétude des professionnels, elle protège comme un trésor l'idée de l'enfant propriété à elle et non nécessairement l'enfant lui-même. Ce qui explique qu'elle continuera à fumer, à prendre des médicaments ou à mal se nourrir,... Elle présentera plutôt des comportements de fuite, d'évitement qui crisperont et inquiéteront davantage encore l'entourage professionnel.

Dans ce type de contacts, une toute petite chose seule peut nous sortir de là : écouter l'émotion qui accompagne le geste chez la mère et chez nous-mêmes. Cette émotion est toujours neuve et sert d'ancrage à la relation au sein de laquelle peuvent se négocier des aménagements protecteurs pour le futur enfant (parfois même jusqu'à l'organisation d'une séparation).

Cela met du temps... Lorsque l'histoire d'une femme, d'un homme n'a été parsemée que de ruptures, de pertes, de rejets, d'indifférence, de trahison... oser engager sa confiance représente aussi un risque pour cette personne. Le travail d'accompagnement prénatal est donc capital et justifie une collaboration des profes-

sionnels du champ psychosocial en contact avec la femme enceinte, et ceux du champ médical. **Cette collaboration doit se centrer sur le soutien des futures mères et des intervenants entre eux plutôt que sur le repérage des défaillances et le contrôle.**

Les défaillances et les dysfonctionnements s'imposent hélas d'eux-mêmes, rien ne sert, en les mettant en exergue, d'alimenter l'angoisse circulant entre les professionnels.

Dans «l'ici-et-maintenant»

Il ne convient pas de tenter d'instaurer un cadre psychothérapeutique autour de ces situations car ces couples n'en ont ni le souhait, ni la demande, ni même la compréhension, et les essais avortés des professionnels renforceront encore leur angoisse. L'histoire douloureuse de ces parents est si menaçante qu'elle nécessite de rester un temps encore enfouie. Le travail de soutien doit avoir comme cadre «l'ici et maintenant» de ce qu'ils éprouvent, de ce qu'ils disent de la grossesse et des liens qui s'instaurent autour de celle-ci (y compris les nôtres).

Parfois surgissent –souvent malgré eux– des contenus pénibles, évacués aussi vite avec la formule «*mon enfant vivra mieux ou sera plus heureux que moi, il aura tout ce que je n'ai pu avoir...*».

Il importe de leur signifier que l'on a entendu la détresse et qu'on pourra un jour y revenir.

Présentement, le plus important est de permettre aux futurs parents d'expérimenter des relations où ils sont sujets d'une préoccupation positive; et non les stigmatiser à travers leurs échecs de mauvais enfant de leurs parents, de mauvais conjoint, de mauvais citoyen,...

Enfin, cet accompagnement doit offrir un cadre dans lequel, avec les parents, peuvent se discuter et se penser les aménagements –dans la réalité– pour accueillir l'enfant dans des conditions sécurisantes pour tous et respectueuses de tous.

Ainsi donc, au lieu de rejouer la répétition des ruptures et des échecs –même s'il y a séparation matérielle de l'enfant– le lien peut se maintenir.

Dans ce cadre sécurisant, les mères, les pères pourront peut-être construire leur parentalité à la mesure de leurs possibilités. Ceci sans déception de ne pas y arriver et sans faux espoirs chez l'enfant et chez les professionnels qui en ont la charge.

Éviter les blâmes immédiats, les crispations d'effroi. Prendre le temps d'écouter, de comprendre, d'évaluer, de se concerter, de construire le lien. Travailler avec les aspects positifs pour établir un partenariat dans l'intérêt de l'enfant: dispose-t-on d'autres alternatives probantes en situation de vulnérabilité extrême?

Maternité et assuétudes

Grossesse et toxicomanie, cette problématique à la fois médicale et sociale, est génératrice de peurs violentes, tant du côté des professionnels que paradoxalement du côté des parents.

L'absorption des toxiques et le mauvais suivi de la grossesse entraînent des complications avec leurs conséquences en terme de morbidité néonatale: retard de croissance, souffrance fœtale, prématurité, sevrage, décès,...

La toxicomanie pendant la grossesse éveille donc de vifs émois en ce qu'elle fait craindre pour l'enfant et provoque dès lors des attitudes autoritaires et inadéquates à l'égard des parents.

Pourtant, dans les premiers moments de la relation, l'adhésion des futurs parents à l'aide proposée est très forte, ce qui contribue au sentiment des professionnels d'être floués, trahis lorsque ces derniers ne se présentent plus ou pas aux rendez-vous. La réplique est alors l'organisation d'attitudes contraignantes dans une illusion de contrôle, ce qui fait davantage fuir les parents.

Arrêter la consommation de stupéfiants ?

Souvent en cours de grossesse, les futures mères toxicomanes culpabilisées par l'idée de faire du tort à leur bébé, évoquent leur souhait de tenter pour elles-mêmes, un sevrage. Ce désir, totalement irréaliste, touche néanmoins les professionnels qui espèrent des changements et abondent dans le projet de stopper la prise de toxiques.

Il est nécessaire de souligner qu'un arrêt de prise de drogues en cours de grossesse n'est pas favorable au bébé qui vit un sevrage in utero. On préconise la substitution des opiacés à la méthadone. Ces traitements en ambulatoire sont pris en charge par des médecins généralistes ou des centres spécialisés. Hélas, trop souvent encore, la forte alliance qui se crée entre les prescripteurs et la mère fait l'impasse sur le bébé. Il n'est pas suffisamment présent dans la tête du médecin qui omet de l'actualiser dans les conversations avec la mère et dans une concertation avec les soignants qui en auront la charge à la naissance. Une conséquence de cela sont les «chamailleries» entre le médecin prescripteur du traitement substitutif ou parfois l'obstétricien, et le pédiatre autour de la question de l'allaitement. Les soignants de la mère soulignant les efforts de cette dernière pour arriver en fin de grossesse à un taux de méthadone compatible avec l'allaitement

et les pédiatres refusant en fonction du tableau clinique du nouveau-né. Chacun défendant les intérêts d'un pôle de la dyade mère-bébé mais sans pouvoir «penser» cette dyade comme une entité unique.

Illustration ici de la nécessité d'une concertation inter-professionnelle autour des intérêts de la dyade parents/enfant.

Rôle des professionnels dans la spirale de la confiance

Lorsqu'une substitution à la méthadone ne peut s'organiser, ou alors même qu'elle est lancée, le stress de la grossesse est si important pour la femme qu'elle ne peut tenir son projet de sevrage et continue à consommer au plus grand désespoir des professionnels qui y ont cru et qui s'en étaient fait un objectif dans l'accompagnement de la femme.

S'enclenche alors une spirale d'illusions/déceptions très préjudiciable à la confiance entre ces mères et l'entourage médico-social, hélas aussi déjà annonciatrice de ce qui se passera à la naissance entre la mère et l'enfant. La mauvaise qualité des relations avec l'entourage médico-social aggrave un peu plus encore le retrait des parents, interprété comme de la négligence ou, après la naissance, comme un délaissement du bébé.

Il s'agit de bien comprendre les mécanismes en jeu auxquels nous, professionnels, participons parfois sans le savoir, jouant par ailleurs le drame relationnel que ces patients ont vécu dans leur entourage familial. Lorsque chez les parents s'énonce avec conviction le rêve d'arrêter la prise de drogue dans un souci pour le fœtus, un effet de grand soulagement se fait sentir du côté des professionnels. Si le désir est bien présent, ce qui manque aux parents, c'est la force pour y arriver. Ils cachent donc, honteux, leurs dérapages ou rompent les liens avec l'entourage car ils savent qu'ils déçoivent.

Au moment de la naissance, les parents sont nécessairement re confrontés à des professionnels inquiets. Si la prise de toxiques est connue, le nouveau-né part en unité de pédiatrie ou de néonatalogie pour y prévenir un éventuel sevrage, annonce-t-on aux parents. Mais au delà de cette justification se cachent d'autres objectifs à la séparation du bébé: tester l'attachement et contrôler les interactions parents/nouveau-né car la peur d'une inadéquation parentale est bien présente.

Gérer des émotions violentes

Un tableau de sevrage chez un nouveau-né est extrêmement pénible en ce qu'il témoigne d'une souffrance qui se contamine presque

physiquement à ceux qui observent le bébé: irritabilité, hyper-réactivité aux bruits et aux lumières, pleurs, nausées, sommeil agité, crampes abdominales, diarrhées, convulsions,...

Les «tourments» de ces petits effraient les mères qui réalisent l'effet de la destructivité qu'elles ont occasionnée.

«*J'ai juste envie de m'enfuir*, dit Madame A. qui peut verbaliser ce qu'elle ressent. *C'est insupportable de voir mon fils se tordre de douleur par ma faute*».

Selon les maternités, on appelle le psychiatre de garde qui (re)propose un sevrage à la mère.

En suite de couche, celle-ci doit faire face au manque et aux visites du bébé en pédiatrie dans un climat souvent hostile en ce sens qu'elle doit affronter le regard et les remarques des infirmières qui vivent de près la souffrance du bébé et ses pleurs inconsolables.

D'où, une sortie précipitée contre avis médical et sa conséquence: le signalement social ou judiciaire de l'enfant souvent suivi d'un placement non préparé. Ce scénario «téléphoné» est hélas classique. Des équipes ont cependant pu inverser la spirale des évitements/déceptions/ «sanctions» en organisant une intégration des registres médicaux, sociaux et psychologiques dans la continuité de l'anténatal et du post-natal ainsi que de l'intra et l'extra-hospitalier.

Seuls le partage et le décryptage –entre professionnels– des affects violents qu'induisent ces situations de toxicomanies, permet-

tent de tenir une cohérence dans le soutien (« holding ») et les conseils apportés à ces parents. On ne le répétera jamais assez, ces tableaux sont éprouvants pour les intervenants qui les gèrent en première ligne.

L'infirmière qui s'occupe du bébé ne peut qu'en vouloir à la mère. Elle doit être, elle aussi soutenue par le réseau des professionnels pour continuer à accueillir les parents et les guider dans le «management» du bébé en fonction de ses caractéristiques et de l'évolution de son sevrage. Ce travail, on ne peut le faire seul ou déconnecté des autres, même si ces situations sont particulièrement génératrices de discordes entre soignants porteurs, les uns des intérêts de la mère/du père; les autres de ceux du bébé. «Penser» ceux des parents et de l'enfant en même temps est une entreprise complexe qui impose d'adopter différents points de vue simultanément. Il est donc essentiel que les soignants puissent s'articuler pour soutenir ensemble le lien fragilisé par la vulnérabilité du bébé en sevrage, la culpabilité parentale et les prises de position trop souvent clivées entre des professionnels isolés et inquiets.

Quand on pense «assuétudes», on ne peut se limiter aux situations critiques de dépendance aux opiacés. La cocaïne et l'XTC ont des conséquences plus redoutables encore (malformations!), sous un vernis plus insidieux. Quant à l'alcool et au tabac, même s'il s'agit de produits socialement mieux tolérés, leurs conséquences sont également très préjudiciables au

foetus. Il reste très difficile d'en parler adéquatement pendant la grossesse. Or à la naissance, les retards de croissance ou les syndromes d'alcool foetal s'imposent aux mères avec une souffrance comparable aux tableaux de sevrage décrits plus haut. La culpabilité et la honte assombrissent la rencontre mère-bébé.

La prévention périnatale en contexte d'assuétude impose un fonctionnement triangulaire bien huilé, si possible sans «contamination émotionnelle»: le pédiatre appelé pour avis informe correctement la femme, sans rien édulcorer; idem pour le gynéco-obstétricien ou la sage-femme, ces derniers étant aussi en position de l'orienter vers des attitudes réalistes susceptibles de protéger l'enfant à naître, en lien avec le généraliste ou le psychiatre traitant du moment; quant au psychothérapeute et/ou au travailleur social, son rôle est de pouvoir resituer le comportement addictif dans son contexte et d'insister en positif sur les aménagements acceptés ou entrepris par la femme; même insuffisants, ils sont à tolérer dans la perspective du moindre mal possible. Dans cette négociation donc, deux aspects doivent être sauvegardés à tout prix: une interdisciplinarité exempte de disqualifications et une relation de confiance véritable.

Quand la perspective d'un placement semble inévitable

L'optimisme nécessaire dans toute prise en charge prénatale et l'importance des alliances autour du souci préventif ne peuvent pas toujours éviter certaines catastrophes dont les signes doivent être précocement repérés après la naissance. De plus, lorsqu'une femme n'a bénéficié d'aucun suivi obstétrical et présente à la naissance une détresse psychologique et matérielle, les issues positives restent malheureusement limitées. Raison de plus pour créer des ressources autour des femmes pendant la grossesse. Et des relais sur lesquels s'appuyer entre professionnels.

Le signalement postnatal éventuel aux instances judiciaires doit pouvoir prendre sens dans la compréhension des parents : souci de protection de l'enfant, et non blâme ou punition. Même si le signalement est toujours difficile à « encaisser » pour des parents, il leur est néanmoins possible de reconnaître la cohérence du professionnel lorsque le but est de mettre l'enfant à l'abri de toute destructivité. Il s'agit de protéger l'enfant, mais aussi ses parents tant il est vrai que quasi aucun d'entre eux ne souhaite véritablement le malheur de son enfant, même lorsqu'ils ne peuvent s'empêcher de le lui infliger, en toute inconscience. Et la sécurité du professionnel dans son cadre de travail lui impose ce possible recours au signalement en justice. En effet, comment travailler valablement dans l'angoisse ?

Mailler le réseau

Avoir tous les protagonistes en tête
et créer de la sécurité

L'intra- et l'extra-hospitalier : deux mondes à comprendre, des passerelles à construire

Autour de la grossesse et de la naissance, deux mondes différents coexistent, parfois collaborent : celui de l'accompagnement extra-hospitalier (médecin généraliste, kiné, planning familial, services psychosociaux...) et celui de l'intra-hospitalier. Mondes souvent méconnus entre eux, ou véhiculant des représentations peu en rapport avec la réalité l'un de l'autre.

Certes, les logiques de travail sont très différentes :

- Le temps de l'hôpital est celui de l'urgence médicale que l'on traite le plus adéquatement et le plus vite possible. Le contexte et l'histoire des patients passent au second plan. Les impératifs financiers sont incontournables : chaque jour d'hospitalisation coûte au patient et à la société. Chaque indication doit être justifiée en termes rigoureusement médicaux ;

- Le champ extra-hospitalier –du moins tout le secteur subsidié par les pouvoirs publics– peut se permettre de différer l'action et d'institutionnaliser des temps de réflexion et/ou de contacts entre les professionnels (réunions d'équipe, concertations...)

Il y a différence aussi de prétextes de rencontres :

- Le champ extra-hospitalier est confronté aux futurs parents en raison de comportements questionnants déjà repérés ou de problèmes avec d'autres enfants ;
- À l'hôpital, il y a moins de risque de stigmatisation a priori ; la présence des futurs parents se justifiant par les nécessités du suivi de la grossesse.

En outre, au-delà de cette distinction «intra-hospitalier et extra-hospitalier», les missions des professionnels des divers champs orientent leurs angles d'analyse des situations :

- Les acteurs du secteur de la santé mentale mettent l'accent sur la psychopathologie et ses répercussions sur le lien parent-enfant ;
- Les soignants relevant de la médecine somatique privilégient la dynamique de vie en partant du corps et de l'événement naissance dans sa dimension générale.

Les professionnels de ces champs aux logiques différentes peuvent parfois avoir du mal à se rencontrer et à se comprendre autour des familles ; ce d'autant plus que les futurs parents viennent déposer chez les uns

et les autres des aspects d'eux-mêmes bien différents.

Telle assistante de CPAS bien informée de la situation sociale chaotique d'un couple peut s'étonner que le médecin soit à mille lieues de s'imaginer la précarité de sa patiente, la voyant comme une future mère motivée et préoccupée par l'arrivée de son futur enfant (ce qui du reste n'est pas contradictoire avec son désordre, mais contribue à des représentations très contrastées). Ou encore, tel directeur de service de protection judiciaire : il a été chargé d'organiser des mesures de séparation pour les deux aînés de Madame L. et s'étonne qu'à la consultation d'obstétrique, on considère cette maman bien capable de prendre en charge son futur bébé.

Très vite peuvent alors apparaître des luttes de pouvoir ou de disqualification des compétences des uns et des autres, si place n'est pas faite à l'écoute du désir et de l'espoir des parents. À partir de confidences partagées, des contradictions apparaissent parfois, et l'objectif est pour certains d'avoir plus raison que l'autre («*Vous ne vous rendez pas compte, vous ne les connaissez pas, c'est de l'optimisme déplacé!*»), «*Comment avez-vous le droit de porter un tel jugement?*), plutôt que de s'associer à partir de portes d'entrée différentes d'une même réalité.

Ces clivages entre champs intra- et extra-hospitalier, miroirs en partie de la réalité intra-psychique des futurs parents, lorsqu'ils mènent à des escalades de disqualifications

stériles sont directement préjudiciables à la relation d'attachement parent-enfant. Comme si le type de communication entre professionnels pouvait «détéindre» sur le contact mère-enfant. Notons que ce genre de clivage peut se jouer au sein d'une même équipe à l'hôpital (par exemple entre obstétricien, sage-femme, pédiatre...) ou en ambulatoire (par exemple entre psychothérapeute, travailleur social...) Dans ce moment d'effervescence psychique, les parents en herbe déposent chez les divers professionnels rencontrés, des aspects différents de ce qui les constitue.

Par contre, **les articulations interdisciplinaires ou le tricotage de liens inter-professionnels ont des effets sur les liaisons psychiques dont témoigneront positivement les futurs parents** dans ces moments où ils construisent leur nouvelle parentalité. La cohérence autour d'eux, l'organisation lisible des statuts et fonctions peuvent mobiliser des éprouvés enfouis profondément et bien plus, éveiller la conscience de ce qui a pu rester confus, clivé ou interdit dans leur histoire transgénérationnelle, comme le souligne Françoise Molénat.

À ne pas oublier dans les moments de crise : la clinique nous le montre, plus la fragilité psychologique ou sociale se fait aiguë et les incidents se multiplient, plus il faut resserrer la prise en charge du côté médical, espace de soins non menaçants.

Le réseau périnatal

«L'esprit de réseau en périnatalité consiste à penser et agir au plus près de ce que ressentent les futurs parents : Qui rencontrent-ils ? En qui ont-ils confiance ? Quelle compréhension ont-ils du rôle de chacun et aussi des représentations de chaque acteur en fonction de sa discipline ? Quelle image ont-ils des modalités de communication de ces intervenants entre eux ? Plus simplement, comment se figurent-ils leur propre place au sein d'un environnement professionnel diversifié et bien souvent étrange ou menaçant à leurs yeux ? Toute la question du narcissisme se retrouve là dans une opportunité pour quelqu'un d'éprouver son être au centre de rencontres humaines dont il est l'objet. Comment un être humain dans ces trois registres somatique, social, psychique, peut-il se reconstruire s'il trouve autour de lui dans un moment très sensible de son existence comme la procréation, des « blocs » faits d'actions et de pensées imperméables les uns aux autres » (Françoise Molénat).

Lorsqu'on entre dans le champ de pensée de l'autre, inévitablement, on s'enrichit. Les représentations se modifient, et ces transformations mutuelles catalysent l'esprit de réseau. «Cet esprit de réseau oblige à creuser la différence, les places de chacun, à accepter l'imprévu. Si on tient compte du

rôle des autres, on creuse sa propre place en la différenciant» Ce faisant, «les professionnels qui s’y prêtent se réconcilient avec eux-mêmes et avec les autres, sortent de leur culpabilité et de leurs peurs (...) En terme de prise de conscience, c’est fabuleux lorsque la famille perçoit cet état d’esprit autour d’elle, dans le climat de sollicitude nécessaire à toute naissance, comme si tout d’un coup, ils éprouvaient à leur tour toute cette question de la différenciation, prenaient conscience de confusions transgénérationnelles, de distorsions affectives, ce qui leur permet de relier leurs affects actuels à des éléments du passé, souvent leur histoire de petit enfant», insiste Françoise Molénat.

On peut donc, sans aborder explicitement l’histoire ancienne des jeunes parents, à travers le simple établissement de liens de confiance différenciés et fonctionnels, susciter par le réseau, des ressources malgré des fragilités installées parfois depuis longtemps. Ainsi, la naissance devient véritablement pour ces familles en souffrance, une nouvelle chance.

En outre, un tel travail permet aux parents d’oser s’adresser à nouveau en cas de besoin aux professionnels, plutôt que de se replier dans la culpabilité et l’angoisse.

Réseau : tout doit-il se communiquer ?

Si un travail peut mériter l’appellation «de réseau», c’est bien parce qu’il sous-tend un état d’esprit où tous les professionnels travaillent en tenant compte des autres comme des partenaires significatifs pour les parents.

Avant tout, rappelons l’obligation du secret professionnel fixé par le code pénal (art 458)¹: celui-ci protège entre autres la confidentialité indispensable à toute relation d’aide. Dans le réseau périnatal, la transmission d’information est nécessaire mais ne peut se faire sans discernement. Chaque partage d’information doit être sous-tendu par les préoccupations suivantes: «Ce que je transmets à l’autre sert-il les intérêts de la mère, du père, du bébé?»

Et «l’information livrée aide-t-elle réellement le collègue à mieux comprendre le contexte, et par là les enjeux en lui permettant de mieux adapter ses attitudes aux besoins des parents?»

¹ Voir à ce propos le Temps d’Arrêt «Confidentialité et secret professionnel: enjeux pour une société démocratique», édité par le Ministère de la Communauté française, épuisé mais téléchargeable sur www.cfwb.be/maltraitance

De plus, comme nous l'avons évoqué plus haut, **chaque professionnel, dans la place et la fonction qu'il occupe auprès des parents sera dépositaire de facettes différentes de leur psychisme et du «kaléidoscope» de leurs émotions.** On peut donc, en réunissant ces diverses facettes dans l'échange entre professionnels avoir l'impression d'être face à des contradictions. Or, il s'agit plutôt d'aspects différents qui déploient l'ambivalence inhérente à toute expérience humaine.

De plus, ces contradictions reflètent également ce que les psychanalystes appellent les phénomènes transférentiels qui se jouent dans chaque relation singulière : chaque intervenant représente une figure particulière de la vie du père ou de la mère, figure avec laquelle se sont nouées des relations qui sont là, rejouées inconsciemment, dans le contact avec les professionnels. Tel parent peut donc se montrer agressif avec tel intervenant et déprimé avec tel autre. Ces comportements ne visent pas le professionnel pour ce qu'il est, mais plutôt pour ce qu'il représente dans l'histoire passée et actuelle du parent .

Chercher à souligner les incohérences ou les antagonismes dans les discours ou les attitudes est une démarche vaine qui empêche de rejoindre l'émotion des parents exprimée différemment chez les uns et les autres. On peut dire à son pédiatre que l'on souhaite ardemment s'occuper de son bébé, et à la

sage-femme que ce bébé arrive à un moment inadéquat au point d'avoir des sentiments de rancœur à son égard, par exemple. Ce qu'il convient d'entendre ici, c'est le désir écartelé de la femme, et les tensions que ce tiraillement peut susciter en elle au point de la déstabiliser. Chercher à définir chez qui du pédiatre ou de la sage-femme, elle aurait dit la «vérité» est totalement stérile. Le repérage de cette déstabilisation nous indique plutôt qu'elle a besoin d'aide et qu'à des temps différents, pédiatre et sage-femme peuvent lui être utiles.

Dans des situations de vulnérabilité importante, toute transmission qui charge ou contamine le réseau de l'angoisse de l'un ou l'autre des professionnels est à éviter. Les divers acteurs doivent donc pouvoir comprendre et décoder ensemble les enjeux d'émotions parfois violentes. Ils doivent aussi écouter la détresse ou l'impuissance de l'autre. Ainsi, chacun décontaminé de ses affects difficiles sera en mesure de reprendre son rôle de professionnel contenant et soutenant.

Plus périlleuse est la situation dans laquelle, à travers le discours des parents, l'un ou l'autre professionnel apparaît comme inadéquat. On est parfois aspiré dans une alliance dysfonctionnelle avec les parents contre ce professionnel blâmé à tort ou à raison. Toute disqualification entre intervenants a des effets désastreux. L'important n'est pas, une

fois de plus, d'avoir raison à propos de la compétence de l'un ou de l'autre, mais de redonner valeur aux places et rôles distribués et de décrypter les projections des parents sur les acteurs (avec leur personnalité propre, bien sûr) occupant ces places et rôles. En aidant pères et mères à décoder le malaise, puis à l'exprimer au professionnel concerné et peut-être à le régler, on leur permet de faire des expériences parfois totalement nouvelles et par là de déployer des ressources inattendues.

**Questions essentielles à se poser au moment d'un passage d'informations
Ou encore : tourner sept fois sa langue dans la bouche...**

- Si je transmets, c'est dans quel objectif ?
Pour aider qui ?
- Avec quelle retombée positive espérée ?
- Est-ce approprié à la fonction du professionnel concerné ?
- L'alliance avec le professionnel à qui je pense parler nécessite-t-elle vraiment cet échange de contenus ?
- Les personnes à aider/patients/clients sont-ils au courant de cet éventuel passage d'information ? Puis-je passer au-dessus d'eux ?
- Comment vais-je formuler la part utile de l'information à transmettre ?
- En fonction de tout cela, que vais-je garder pour moi, que vais-je transmettre ?

Conclusion

Accueillir un enfant dans de bonnes conditions passe par le regard respectueux et le soutien cohérent de tous ceux qui gravitent autour de sa naissance. Mère, père, familles, soignants, intervenants psychosociaux forment autant d'enveloppes protectrices et soutenantes autour du nouveau-né, à l'instar des poupées gigognes. Au centre de la prévention périnatale à laquelle collaborent parents et professionnels se trouve la sécurité de ce petit être en construction, appelé un jour lui aussi à créer des liens dans la chaîne des générations.

Bibliographie

Bydlowski M., *Je rêve un enfant*, Odile Jacob ; 2000.

Delaisi de Parseval G., *L'art d'accueillir les enfants*, Odile Jacob ; 1998.

Delaisi de Parseval G., *La part de la mère*, Odile Jacob ; 1997.

Fraiberg S., *Fantômes dans la chambre d'enfants*, PUF-Fil Rouge ; 1999.

Guedeney A., Allilaire J.F., *Interventions psychologiques en périnatalité*, Masson ; 2001.

Lamour M., *Souffrances autour du berceau : Des émotions au soin*, Gaëtan Morin Editeur ; 1998.

Molénat F., *Mères vulnérables*, Stock-Laurence Pernoud ; 1992.

Molénat F., *Grossesse et toxicomanie*, Érès ; 2000.

Roegiers L., *La grossesse incertaine*, PUF-Fil rouge ; 2003.

Stern D., *La constellation maternelle*, Calmann-Levy ; 1997.

Quelques expériences de terrain²

La Belgique, à l'heure actuelle, ne dispose pas de structure de coordination des prises en charge périnatales. Malgré la présence de l'ONE, le suivi est l'affaire de tous, donc, trop souvent, de personne ; et ce d'autant plus lorsque les acteurs ne se connaissent pas.

En outre, certaines ressources périnatales indispensables sont très inconstantes :

- La présence d'un pédopsychiatre ou d'un psychologue en maternité et en néonatalogie relève de la volonté de certaines structures hospitalières qui se débrouillent pour le financer ;
- Certaines maternités ne bénéficient même pas de la présence de travailleuses médico-sociales de l'ONE ;
- ...

À l'heure actuelle, aucune politique globale de prévention n'est ciblée sur la période périnatale.

Pourtant, différentes initiatives préventives ont vu le jour. Elles restent cependant fra-

² Merci aux professionnels qui ont témoigné de ces expériences : les travailleuses d'Écholine et d'Aquarelle, Pierre Rousseau, Monique Meyfroidt,...

giles et dépendantes de subsides généralement ponctuels, malgré tout leur intérêt. Voici la présentation de quelques-unes d'entre elles à titre d'illustration, de façon non exhaustive :

Équipes d'accompagnement ambulatoire

On sait qu'une frange de la population en situation de précarité ne consulte que très peu ou très tard dans la grossesse. Les raisons en sont multiples : isolement, situation d'illégalité, faibles ressources financières, jeune âge, manque d'instruction ou d'information, fragilité psychologique,... Certaines professionnelles ont souhaité ne pas se limiter au constat d'une carence de suivi dans cette population vulnérable. Des structures de prise en charge se sont constituées à la fin des années 1990 à Charleroi et à Bruxelles grâce à des fonds privés, pour offrir aux femmes et aux couples référés (avec leur accord, bien sûr) un accompagnement pré- et/ou postnatal gratuit avec visites à domicile. L'originalité de ces initiatives est d'aborder les facteurs de risques psychosociaux à travers l'aide médicale ou sociale concrète, prioritaire. Les sages-femmes sont à la base de ces initiatives, aidées par des psychologues ou des travailleuses médico-sociales.

Réseau régional

Deux préoccupations préventives furent à la base de la création d'un réseau régional dans le Hainaut :

- Les retards de croissance intra-utérin ;
- La dépression postnatale et les troubles de la relation mère-enfant subséquents.

L'idée était, pour chaque professionnel concerné, d'élargir son champ d'action lorsque sont atteintes ses limites. Ainsi, selon les besoins exprimés, des synergies ont pu être créées entre médecins traitants, gynécologues, psychologues et travailleurs sociaux par des voies aussi simples que la constitution de carnets d'adresses et des rencontres pour se connaître et travailler ensemble. Les liens établis facilitaient la recherche des sentiers de repérage dans la démarche d'aide.

À ce propos, il faut rappeler le rôle souvent essentiel du médecin traitant, et ses limites dans un système de paiement à l'acte, où les contacts avec d'autres professionnels intra- ou extra-hospitaliers ne sont guère possibles. Or, la prise en charge de la dépression postnatale survenant généralement entre le deuxième et le dixième mois après la naissance exige des liens : la fatigue ou les angoisses d'une mère peuvent la mener à consulter son médecin traitant ; un suivi psychothérapeutique peut alors s'indiquer ; mais au cours de celui-ci, la récurrence des plaintes concernant

l'enfant appelle à son tour le pédiatre ou la TMS; face à une mère débordée, la consultation des nourrissons peut, quant à elle, solliciter un service d'aides familiales; à domicile, l'aide peut être interpellée par des problèmes touchant l'enfant ou sa mère, susceptibles de ré-indiquer une consultation auprès du pédiatre ou du médecin traitant. On le voit, les dimensions médicales, psychiques et sociales de la mère et de l'enfant s'entrecroisent dans ce problème d'ajustement mère-enfant. La qualité des ajustements entre les divers professionnels peut fournir à la famille en difficulté une sorte d'étagage salulaire.

Présence d'une psychologue en consultation des nourrissons

Dans un quartier de Bruxelles où réside une population immigrée, une psychologue travaille depuis près de vingt ans aux côtés du pédiatre de la consultation de nourrissons. Cette présence psychologique discrète mais très attentive permet au médecin comme aux parents d'affiner le regard qu'ils portent sur l'enfant et d'ouvrir un questionnement sur tous les petits problèmes classiquement acheminés vers la consultation médicale. On sait que nombre d'entre eux s'originent dans le lien lorsque l'angoisse, l'agressivité ou la perte de confiance s'infiltrer. Ces «petits problèmes» qui touchent la sphère alimentaire et celle du sommeil peuvent dès lors être immé-

diatement repérés et parlés avec les parents. Dans cette population où les parents sont souvent déliés de leur famille d'origine, et où la lecture ne fait pas partie de la culture, l'information sur le développement de l'enfant fait défaut. Sans l'imposer, mais en la partageant de façon très appropriée aux singularités de chaque situation, la psychologue peut éclairer les parents et susciter chez eux une dynamique d'interrogation leur permettant de réajuster les représentations qu'ils se font de leur enfant et/ ou à propos des difficultés qu'ils éprouvent face à lui.

Groupe interdisciplinaire inter-hospitalier de périnatalité

Il s'agit ici d'un groupe de réflexion, donc d'une prévention indirecte. Cette réalisation s'est développée à partir d'une initiative conjointe prise par des professionnels de périnatologie de divers hôpitaux, autour du souci d'une confrontation entre les pratiques de centres voisins, mais aussi et surtout de disciplines différentes convoquées par les naissances vulnérables. Ainsi, des obstétriciens, des sages-femmes, des pédiatres, des infirmières de néonatalogie, des (pédo)psychiatres et psychologues ainsi que des travailleurs sociaux se réunissent autour du thème de l'annonce – toujours traumatisante – du handicap et de situations cliniques présentées alternativement sous la supervision du docteur F. Molénat et de

ses collaborateurs de l'école de Montpellier (Afrée). Les objectifs sont de trouver en périnatalité une base de réflexion commune, chacun gardant sa propre identité. Au départ des échanges, un simple constat : l'abord du handicap dans notre société a glissé, suite aux développements de la médecine fœtale à un stade prénatal. L'information et ses corollaires, l'assimilation de la nouvelle, le sens à y mettre, les choix y liés, les possibilités médicales et les perspectives d'intégration de l'enfant, tout cela se discute dès la consultation de diagnostic prénatal devenue un lieu crucial pour l'avenir du couple et de l'enfant.

Coins rencontres

Bébé-papottes ou Maisons Ouvertes, les lieux d'échanges en période d'après-naissance permettent aux jeunes parents, dans le cadre sécurisant d'une structure d'accueil, de briser leur isolement et de passer quelques temps hors de la routine accaparante du quotidien. Ces initiatives partiellement subsidiées, déjà anciennes, ont plus que jamais un rôle de prévention à jouer auprès de parents en difficulté ou plus simplement en demande. D'autres lieux ont été créés dans la perspective plus spécialisée d'une prise en charge pédopsychiatrique périnatale.

On devrait rappeler ici également l'existence de lieux d'accueils plus institutionnels tels que les

Maisons Maternelles et autres foyers dont l'animation va souvent bien plus loin que le simple hébergement ; la collaboration interdisciplinaire et le fonctionnement en réseau font partie de la culture de plusieurs de ces centres.

Toutes ces réalisations ont été couronnées de succès lorsqu'elles ont pu rencontrer, outre les problèmes critiques décrits plus haut, les préoccupations générales des jeunes parents vulnérables autour de la naissance :

- Souvent des soucis matériels auxquels il faut parfois répondre de façon créative avec l'aide du réseau ;
- Des énormes besoins de réassurances pour lesquels d'ailleurs la relecture de «L'art d'accommoder les enfants» (G.Delais) peut rappeler au professionnel de ne pas se prendre trop au sérieux (mieux vaut aider les parents à trouver/créer eux-mêmes leurs solutions) ;
- Des attentes de reconnaissance voire de maternage : à ce propos, la chaleur humaine n'est pas interdite en ces occasions de grossesse et de naissance ; en tant que professionnel, on ne peut oublier qu'outre des compétences spécifiques, on dispose d'une place de témoin privilégié d'un événement de vie. Sans en arriver à devenir marraine ou parrain, on peut vivre une proximité plus forte qu'en d'autres circonstances professionnelles (surtout dans la solidarité entre femmes) en se posant sans cesse la question du sens que cela prend dans la relation professionnelle.

Prenons le temps de travailler ensemble.

La prévention de la maltraitance est essentiellement menée au quotidien par les intervenants. En appui, la **Cellule de coordination de l'aide aux victimes de maltraitance** a pour mission de soutenir ce travail à deux niveaux. D'une part, un programme à l'attention des professionnels propose des publications (livrets Temps d'arrêt), conférences, formations pluridisciplinaires et mise à disposition d'outils (magazine Yapaka). D'autre part, des actions de sensibilisation visent le grand public (campagne Yapaka : spots tv et radio, magazine, autocollants, carte postale, livre pour enfant,...)

L'ensemble de ce programme de prévention de la maltraitance est le fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction Générale de l'Aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE). Diverses associations (Ligue des familles, services de santé mentales, planning familiaux...) y participent également pour l'un ou l'autre aspect.

Se refusant aux messages d'exclusion, toute la ligne du programme veut envisager la maltraitance comme issue de situations de souffrance et de difficulté plutôt que de malveillance ou de perversion,... Dès lors, elle poursuit comme objectifs de redonner confiance aux parents, les encourager, les inviter à s'appuyer sur la famille, les amis,... et leur rappeler que, si nécessaire, des professionnels sont à leur disposition pour les écouter, les aider dans leur rôle de parent.

Les parents sont également invités à appréhender le décalage qu'il peut exister entre leur monde et celui de leurs enfants. En prendre conscience, marquer un temps d'arrêt, trouver des manières de prendre du recul et de partager ses questions est déjà une première étape pour éviter de basculer vers une situation de maltraitance.

La thématique est à chaque fois reprise dans son contexte et s'appuie sur la confiance dans les intervenants et dans les adultes chargés du bien être de l'enfant. Plutôt que de se focaliser sur la maltraitance, il s'agit de promouvoir la «bienveillance», la construction du lien au sein de la famille et dans l'espace social: tissage permanent où chacun – parent, professionnel ou citoyen – a un rôle à jouer.

Ce livret ainsi que tous les documents du programme sont disponibles sur le site Internet destiné aux professionnels : www.cfwb.be/maltraitance

Un second site est dédié au grand public : www.yapaka.be