

Prise en charge pluridisciplinaire en HAD quand le lien mère-enfant est mis à mal

Noémie Dupriez*
Psychologue

Jacky Nizard
Médecin

Christine Tronchet
Assistante sociale

Elena Villani
Sage-femme

Unité d'obstétrique,
hospitalisation à domicile
de l'AP-HP,
14 rue Vésale, 75005 Paris,
France

36

L'accompagnement de la parentalité par des professionnels qualifiés est capital quand les premières interactions avec bébé sont préoccupantes. Une situation où le lien mère-enfant est mis à mal en ante- et en post-partum montre l'importance d'une solide formation pour repérer les contextes de vulnérabilité psychosociale. La communication entre les professionnels de l'hospitalisation à domicile, de la maternité et du réseau de ville permet d'accompagner une famille de manière sécurisante.

© 2020 Publié par Elsevier Masson SAS

Mots clés - grossesse ; hospitalisation à domicile ; lien mère-enfant ; pluridisciplinarité ; travail en réseau

Multidisciplinary care in home hospitalization when the mother-child bond is damaged. Parenting support by qualified professionals is crucial when the first interactions cause concern. A situation where the mother-child bond is undermined in ante- and post-partum shows the importance of solid training to identify backgroundss of psychosocial vulnerability. Communication among professionals in home hospitalisation, maternity hospital and the city network enables a family to be supported in a reassuring way.

© 2020 Published by Elsevier Masson SAS

Keywords - home hospitalisation; mother and child bond; multidisciplinary; network; pregnancy

L'hospitalisation à domicile (HAD) amène les différents professionnels de l'hôpital dans un lieu de vie. En obstétrique, cela concerne essentiellement les sages-femmes, les psychologues, les assistantes sociales et les diététiciens. Ces professionnels¹ se situent au plus près de l'intimité des familles : ils rentrent dans leur appartement, souvent dans les chambres, et sont parfois invités à s'asseoir sur le lit des patients.

Ces visites s'inscrivent généralement dans une période de bouleversements pour les familles rencontrées. Elles sont confrontées à la maladie, parfois au risque de perdre un enfant à naître ou aux soins palliatifs d'un nourrisson. Les domiciles peuvent être désorganisés à l'image du chaos que certaines vivent intérieurement. Les relations familiales se

modifient pour survivre à la crise. Dans ces contextes, les barrières sont plus fragiles, et il n'est pas rare qu'elles tombent en laissant voir ce qui reste caché d'ordinaire.

Le rôle à jouer dans cet accompagnement est particulièrement sensible. Il arrive parfois qu'il soit différent de celui attendu en milieu hospitalier conventionnel.

Accompagner les relations parents-enfants

Les réunions pluridisciplinaires en HAD permettent d'évoquer la question de la relation parent-enfants et donc celle de l'attachement.

Troubles de l'attachement

◆ **Le principe de base de la théorie de l'attachement** développée par John Bowlby [1] est qu'un jeune enfant a besoin,

pour connaître un développement social et émotionnel normal, de construire une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui de façon cohérente et continue. Dans la majorité des situations, la mère sera cette personne, mais si ce n'est pas elle qui répond à ses besoins, le père ou un tiers présent au quotidien dans les soins du nourrisson peut prendre sa place. Les liens affectifs étroits et privilégiés, qui se construisent avec la figure d'attachement principale, seraient un élément essentiel à la survie de l'être humain. La proximité maternelle et sa disponibilité favoriseraient donc le sentiment de sécurité de l'enfant, ainsi que ses acquisitions cognitives et sociales [2].

◆ **En revanche, l'incapacité à établir ce lien dans la prime enfance compromettrait sérieusement**

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
dupriez.noemie@gmail.com
(N. Dupriez).

l'adaptation sociale de l'individu et son bien-être. Les jeunes enfants développent de manière naturelle des capacités pour attirer l'attention des adultes. Si le parent ne répond pas de manière adaptée pendant une longue période, le nourrisson peut "s'habituer" et se renfermer sur lui-même. Dans une situation de danger ou de stress, il ne sollicitera donc pas sa figure d'attachement principale [3].

◆ **Ces troubles de l'attachement, lorsqu'ils s'observent, ne doivent pas être pris à la légère**, au risque que l'enfant intériorise le fonctionnement inadapté de son parent comme une norme qui deviendra par la suite son modèle pour toutes ses relations futures. Quand les premiers signes sont repérés, une prise en charge thérapeutique doit être proposée à la dyade mère-enfant. L'idéal est un rythme assez soutenu, comme c'est le cas dans les unités d'hospitalisation mère-bébé, mais les places étant limitées dans ces structures, les familles sont fréquemment orientées vers des unités mobiles qui interviennent à domicile, des centres médico-psychologiques précoces ou des structures spécialisées dans la périnatalité. Face aux délais de prise en charge parfois assez longs et à l'urgence que représente ce type de situation, il paraît nécessaire de rester en vigilance sur cette question lorsque l'HAD intervient auprès de ces familles.

Pratique à domicile

◆ **Lorsque les professionnels de l'HAD se questionnent sur la relation mère-enfant dans cette pratique à domicile**, ils observent entre autres si le bébé peut manifester ses besoins – en fonction de son niveau de développement, des regards,

des sourires dirigés, des pleurs en cas de situations douloureuses ou désagréables, etc. – et de quelle manière la mère y répond. Leurs capacités de communication réciproques donnent de précieuses indications.

◆ **Dans la période anténatale, de nombreux indices peuvent renseigner les soignants** sur la mise en place de cette relation d'attachement. En HAD obstétrique, les professionnels s'intéressent à la manière dont la mère investit physiquement et psychologiquement son bébé, à son discours verbal et non verbal, à ce que les parents auront mis en place pour préparer son arrivée, etc. En effet, certains diagnostics anténataux peuvent perturber, voire empêcher l'investissement de la grossesse et du nouveau-né, il est donc primordial de repérer ces freins le plus rapidement possible pour accompagner au mieux les familles.

◆ **Être attentif à l'histoire de vie que confie parfois la future mère** donne également des informations essentielles sur la manière dont elle a pu vivre sa relation avec sa propre mère. Lorsqu'il est proposé et accepté, l'entretien prénatal précoce est un moment clé dans le repérage de ces clignotants, permettant ainsi de resserrer le maillage de la prise en charge autour des patientes à risque. Malheureusement, de nombreuses femmes prises en charge en HAD obstétrique n'en ont pas bénéficié (leur grossesse était souvent peu suivie jusqu'à la découverte d'une pathologie), et le temps limité des consultations plus classiques permet rarement de prendre du recul.

◆ **Les contextes d'hospitalisation conventionnelle que traversent les familles que l'équipe d'HAD rencontre à domicile** peuvent mettre à mal



© Burger/Phanie

Lors des visites à domicile, les professionnels de l'HAD sont particulièrement attentifs aux situations où les parents semblent fragilisés par leur épuisement.

le développement de cet attachement. En effet, l'énergie psychique et physique nécessaire pour être en capacité de répondre aux besoins d'un enfant étant extrêmement importante, il peut arriver qu'un parent se sente démuné. Donald Winnicott évoquait l'état psychologique qui toucherait la majorité des femmes, à partir de la fin de la grossesse et jusqu'à quelques semaines après la naissance, sous le nom de "préoccupation maternelle primaire". Selon lui, cet état donne entière priorité au bébé pendant ses premières semaines et permet à la mère de s'ajuster pour lui répondre de manière adaptée. « *Seule une mère sensibilisée de la sorte peut se mettre à la place*

Notes

¹ Les métiers déclinés dans cet article sont à lire au masculin et au féminin.

² Nous avons apporté des modifications à cette vignette afin de la rendre plus anonyme.

de son enfant et répondre à ses besoins. ». [4] Cet oubli de soi au détriment d'autrui pourrait être qualifié de folie en dehors de la période de la naissance, mais il apparaît pourtant indispensable pour que s'établisse le dialogue entre la mère et l'enfant. Sinon « *ses cris ne font plus qu'irriter, ses odeurs agressent, cette faim qui revient si souvent insupporte, son mal-être au lieu de susciter des tentatives de réconfort devient une donnée persécutrice. Il faut alors vite intervenir pour soulager et soigner cette mère et protéger son bébé* » [5].

◆ **Lors des visites à domicile, les professionnels de l'HAD sont particulièrement attentifs aux situations où les parents semblent fragilisés par leur épuisement**, que ce soit dans leur relation avec leur enfant malade ou avec la fratrie, parce que bien souvent la maladie prend toute la place au détriment des individualités de chacun. Parmi les situations retrouvées fréquemment au cours des prises en charge, nous pouvons citer par exemple les séparations précoces à la naissance, qui peuvent être dues à l'hospitalisation de la mère comme à celle du nouveau-né. Ces séparations entraînent une absence de continuité qui peut perturber la relation mère-enfant parfois déjà éprouvée par la crainte que ressent la maman de perdre son nourrisson ou de sa propre mort. Les parents se retrouvent fréquemment plus démunis pour construire les premiers liens avec le bébé et ils éprouvent davantage le besoin d'être soutenus dans cette rencontre.

◆ **Les professionnels de la périnatalité qui prennent en charge ces familles sont parfois détenteurs de confidences** à propos de l'histoire personnelle des parents. Ces derniers peuvent évoquer

des violences qu'ils ont subies au cours de leur vie. Dans la majorité des cas, ils ont pu prendre un recul suffisant pour pouvoir se construire un modèle différent et vouloir offrir davantage de soins et de protection que ce qu'ils ont reçu. Malheureusement, malgré cela, il arrive que les cris et les pleurs du nouveau-né réactivent leur mémoire corporelle, ce qui les empêche de le rassurer, ayant eux-mêmes le sentiment profond d'avoir besoin d'être consolés. Les soignants apportent une présence bienveillante et proposent un accompagnement vers des lieux de soins lorsque la situation se prolonge. Cela peut permettre aux membres de ces familles de vivre sans être hantés par les fantômes de l'histoire familiale.

◆ **Les équipes de l'HAD obstétrique sont fréquemment confrontées aux questions concernant la sécurité affective** – et parfois physique – d'un bébé. Un parent qui n'a pas de plaisir à s'occuper de son nourrisson, de même qu'un parent triste, qui n'a goût à rien et qui rejette les interactions avec l'enfant soulève de l'inquiétude. Ce bébé risque de devenir un objet et non plus un sujet. Un risque de violence existe alors.

◆ **Les visites à domicile des sages-femmes permettent d'accompagner ces parents en difficulté en valorisant les ébauches de lien** observées pour leur redonner confiance dans leurs propres capacités. Toutefois, si les gestes intrusifs se multiplient et que les mots posés par les professionnels n'ont pas d'effet, le travail pluridisciplinaire trouve tout son intérêt. Il commence par la transmission aux différents acteurs. Le fait de transmettre des éléments à l'ensemble de l'équipe oblige à l'exercice de la prise de recul et de l'objectivation.

Ces échanges aboutissent fréquemment à la visite d'un autre professionnel de l'équipe. Il peut s'agir des assistantes sociales, des diététiciennes, des psychologues ou d'une autre sage-femme. Il est primordial de ne pas rester seul face à une situation préoccupante. Cela nous permet de voir au-delà du jeu des identifications où tel professionnel s'identifie plus au parent et tel autre à l'enfant. Si malgré cela les inquiétudes s'installent ou si les parents refusent ces propositions, il sera nécessaire de se mettre en lien avec d'autres équipes (l'hôpital prescripteur, les services de la protection de l'enfance, des réseaux associatifs, etc.).

Vignette clinique

La situation de Mme M. vient illustrer le travail pluridisciplinaire mené par l'équipe de l'HAD en faveur de l'accompagnement en ante- et en post-partum².

Présentation

◆ **Mme M. est une femme ivoirienne**, âgée de 30 ans, qui vit en France depuis quatre ans. Avant son arrivée, elle était commerçante. Tout a basculé dans son organisation de vie le jour où elle s'est fait voler son fonds de commerce. Dévalisée, désespérée, elle a subi, en plus, une agression sexuelle qui l'a incitée à envisager un parcours de migration. Elle avait, à ce moment-là, un garçon de 8 ans et une petite fille de 3 ans qu'elle a confiés à sa mère.

◆ **Depuis son arrivée en France**, Mme M. a eu une fille qu'elle élève seule et qui a aujourd'hui 2 ans. Elles vivent à Paris, dans une chambre d'hôtel financée par le Samu social du département de la Seine-Saint-Denis, et l'enfant est accueillie dans

une crèche située à proximité. Née de père français, la petite fille a la nationalité française ; sa mère a pu obtenir un récépissé de carte de séjour. Mme M. est salariée à temps partiel dans une association. Après avoir connu la rue, elle se sent valorisée par son travail et l'investit positivement.

Contexte conduisant à la prise en charge

◆ **Au moment où nous l'avons rencontrée**, Mme M. était enceinte de sept mois. Elle était prise en charge par l'équipe d'HAD pour une pathologie de la grossesse nécessitant une surveillance : deux enregistrements cardiotocographiques, ainsi qu'un bilan sanguin et urinaire par semaine.

◆ **Lors de la première visite à domicile de la sage-femme**, en présence de la fillette, la patiente s'est montrée accueillante, mais la professionnelle a remarqué une canette de bière de 50 cL ouverte, posée sur la table de nuit. La sage-femme s'est saisie de la situation et a abordé le sujet de manière directe, ce problème d'alcool n'étant en effet pas signalé dans le dossier médical.

◆ **Mme M. a reconnu une consommation quotidienne d'alcool** (estimée à 2,5 L par jour), expliquant qu'elle ne pouvait pas la maîtriser et qu'elle lui permettait « *de ne pas sombrer* ». En effet, en plus des événements de parcours difficiles qu'elle avait vécus, sa fille aînée était décédée brutalement d'une méningite quelques mois auparavant au pays.

Mobilisation pluridisciplinaire

◆ **Au regard de l'ensemble des problématiques**, la sage-femme a aussitôt alerté l'équipe de l'HAD et la maternité d'origine. La patiente a accueilli

positivement cette démarche et la proposition de soutien global. La sage-femme a également évoqué avec Mme M. La possibilité de contacter l'assistante sociale et la psychologue du service, avec son accord. Ces dernières lui ont rapidement proposé des visites à domicile qu'elle a acceptées. À la suite du signalement de cette situation à la maternité, et parce qu'elle appartient à un groupe à risque pour le syndrome d'alcoolisme fœtal, la patiente a été reçue par un addictologue du service. Le suivi de sa grossesse s'est poursuivi sans difficulté avec les sages-femmes de l'HAD.

◆ **Mme M. a accepté de parler de sa situation avec la psychologue** tout en énonçant le souhait de ne pas rentrer dans les détails, ne se sentant pas prête à démarrer un accompagnement dans la durée pour le moment. Trois visites de soutien ont tout de même été planifiées par la praticienne.

◆ **La demande principale de la patiente concernait son suivi social** puisque, effectivement, dès les premiers entretiens, de nombreuses problématiques de cette nature ont été abordées : garde de la fillette en cas d'hospitalisations de la maman, versement des indemnités journalières, préparation de l'arrivée du bébé, stabilisation hôtelière dans l'arrondissement, recouvrement de pension alimentaire, orientations médico-sociales, etc.

◆ **Mme M. a expliqué ses difficultés avec retenue et délicatesse** aux soignants qui l'ont interrogée. La perte de sa fille l'a considérablement fragilisée, elle a fait part de sa douleur extrême, de la fulgurance du décès, du fait qu'elle n'a pas assisté aux obsèques, etc. Un portrait de l'enfant a été placé en évidence au-dessus de la porte

à l'entrée de la chambre. Le studio est apparu rangé, et sa petite fille s'est avérée très communicative, bien habillée, coiffée élégamment avec des tresses, sollicitant sa mère de façon adaptée pour son âge.

◆ **Durant les deux mois de prise en charge**, les démarches administratives ont été effectuées de manière volontaire et autonome. Très isolée au départ, Mme M. imaginait venir accoucher en amenant sa fille et laisser les services sociaux trouver une solution dans l'urgence. L'accompagnement social a consisté à impulser une demande d'accueil provisoire en centre maternel auprès de l'aide sociale à l'enfance (ASE), à pallier l'absence d'indemnités Sécurité sociale par des secours financiers et diverses aides économiques, et à faciliter ses différentes démarches. La patiente a rédigé des lettres de motivation, su demander le soutien informatique qu'elle n'avait pas à sa disposition, pris et honoré des rendez-vous extérieurs.

Suivi jusqu'à la naissance

◆ **Jusqu'à l'accouchement**, Mme M. et sa fille ont pu manger normalement grâce à des cartes de restauration et à la mobilisation du service social de secteur qui était déjà connu de la patiente. Les prises en charge du secteur social et de la Protection maternelle et infantile (PMI) ont été réactivées avec, en filigrane, la notion de protection de l'enfance. En effet, l'addiction alcoolique était récente et inconnue des différents services. Mme M. a accepté que le dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires (Dapsa) [6] soit notre partenaire pour coordonner, sur le

Références

- [1] Bowlby J. Attachement et perte. Volume 1 : L'attachement. Paris: PUF; 1978. p. 329.
- [2] Guedeney N, Guedeney A. L'attachement. Concepts et applications. 2^e éd. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2006.
- [3] Bowlby J. Attachement et perte. Volume 2 : La séparation, angoisse et colère. Paris: Puf; 1978.
- [4] Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire. In: Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris: Payot; 1969. p. 168-74.
- [5] Garrigue Abgrall M. Violences en petite enfance, pour une prévention opportune. 1001 BB n° 87. Toulouse: Érès; 2007. p. 47.
- [6] Dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires (Dapsa). www.dapsa.asso.fr.

long terme, la prise en charge mère-enfant. Consciente des risques pour le bébé à naître, la patiente exprimait cependant son désarroi face à la proposition de sevrage. Elle avait dit à la sage-femme de l'HAD se raccrocher à sa fille pour lutter contre les idées suicidaires. Très demandeuse d'adresses d'associations qui viennent en aide aux parents endeuillés, elle n'a finalement pas donné suite. Elle se disait heureuse d'attendre un enfant.

◆ **Les différents services, alertés par cette situation et redoutant des difficultés dans l'attachement au bébé attendu,** se sont concertés. Des réunions ont ainsi eu lieu, en interne avec l'équipe de l'HAD, puis en réseau élargi dans les locaux de la maternité et au sein de la PMI. Après le temps de l'évaluation, tous les acteurs ont pu se mobiliser pour aider cette mère fragile. La PMI a mis en place des aides humaines et le Dapsa a demandé la stabilisation de cette famille à Paris. Parallèlement, Mme M. a entamé des démarches pour obtenir une carte d'identité pour sa fille de 2 ans dont elle a réussi, par ailleurs, à mobiliser le père. Celui-ci étant hébergé chez des amis loin de Paris, elle ne pouvait pas compter sur lui pour la garde de leur enfant. Toutefois, refusant le placement de sa fille à l'ASE, l'homme s'est chargé de trouver une solution familiale. Ces échanges ont permis de comprendre qu'il était aussi le père de l'enfant à naître. Il l'a finalement reconnu en antepartum et est venu le voir après la naissance.

◆ **Mme M. a accouché normalement à terme** d'une petite fille bien portante. Elle est sortie de la maternité et a pu retourner dans l'hôtel qui l'accueillait auparavant, toujours financé

par le Samu social, mais dans une chambre plus vaste. Sa fille de 2 ans a pu conserver ainsi sa place en crèche et tous les acteurs de relais ont été mis en place : PMI, équipe mobile du Dapsa, service social de secteur, associations, etc. Mme M., suffisamment étayée, heureuse d'avoir eu ce bébé, disait ne plus boire lorsqu'elle a été revue une dizaine de jours après la naissance. Elle a demandé un soutien pour remplir le dossier destiné au juge aux affaires familiales lui permettant de percevoir une pension alimentaire. Ses finances étaient remises à flot grâce aux indemnités qui venaient de lui être versées. Sa carte de séjour était en attente à la préfecture. Elle semblait détendue et sereine en précisant « *Je n'ai plus le temps de boire* ».

Discussion

◆ **Ce cas clinique met en exergue le fait que les visites à domicile permettent de se rendre compte de certaines difficultés** qui auraient pu rester tues dans d'autres circonstances. En effet, intervenir au chevet des patientes, lorsqu'elles pratiquent un monitoring par exemple, permet aux sages-femmes de l'équipe de disposer d'un temps d'échange beaucoup plus long qu'en milieu hospitalier. Le lieu même du domicile, où les femmes acceptent et accueillent la sage-femme lors de son intervention, facilite les confidences. Les patientes connaissent à l'avance le prénom du professionnel, les visages deviennent familiers, les échanges sont plus fluides et paraissent bien souvent moins déséquilibrés pour ces femmes qui finissent par dévoiler, parfois malgré elles, leur intimité.

◆ **L'histoire de Mme M. témoigne aussi de l'importance de**

la formation des professionnels sur l'attachement, la précarité, les violences, les addictions, etc. Dans l'intérêt des bébés pour qui tout va très vite, il apparaît nécessaire que tout intervenant qui accompagne une femme enceinte ou récemment accouchée puisse reconnaître les signaux d'alerte et sache orienter la dyade vers la structure la plus adaptée.

◆ **Cette illustration clinique permet également de mettre l'accent sur la qualité du travail pluridisciplinaire** avec la maternité, l'HAD et les acteurs de ville.

◆ **Enfin, elle met en valeur la possibilité de transformer une situation complexe et dramatique** en lui donnant plus de stabilité et des relais pour assurer la continuité des soins.

Conclusion

Dans la situation de Mme M., comme dans d'autres, le fait d'avoir pu échanger rapidement en interprofessionnalité a permis de mettre en lumière les difficultés de la patiente, puis de communiquer les inquiétudes de l'équipe de l'HAD à celle de la maternité qui a élaboré une prise en charge spécifique en parallèle. Cette organisation autour de la patiente et de son enfant à naître s'est mise en place avec l'accord de la mère, la rendant ainsi actrice de son parcours de soins. Le fait d'agir en toute transparence favorise grandement la confiance nécessaire au travail de réseau. L'équipe de l'HAD doit systématiquement anticiper l'arrêt de la prise en charge en recherchant des structures, comme le Dapsa, qui prendront le relais en ville pour assurer la continuité des soins. Cette continuité permet souvent un temps supplémentaire d'étayage des familles pour favoriser la rencontre et l'établissement des liens avec l'enfant. ●

Remerciements

Les auteurs remercient l'équipe du dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires qui les a accompagnés dans l'élaboration de cet article, ainsi que tous les autres membres de l'équipe d'obstétrique de l'hospitalisation à domicile pour leur aide et leur travail au quotidien.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.