

Quel accompagnement?

Autor(en): **Bonnet, Jocelyne / Robert, Véronique**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **102 (2004)**

Heft 10

PDF erstellt am: **26.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950122>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Soins psychiatriques et difficultés périnatales

Quel accompagnement?

La nature des bouleversements psychiques qu'une grossesse implique varie d'une femme à l'autre. Mais que se passe-t-il chez les femmes présentant des troubles psychiatriques? Réflexions croisées entre une sage-femme spécialisée et une infirmière en psychiatrie et santé mentale, travaillant toutes deux à l'Unité de psychiatrie hospitalière adulte (UPHA), à Genève.

**Jocelyne Bonnet et
Véronique Robert**

L'UNITÉ de psychiatrie hospitalière adulte (UPHA) des Hôpitaux universitaires de Genève accueille depuis 1999 des patients présentant une pathologie psychiatrique associée à un problème de santé somatique. La proximité géographique de la maternité et de l'hôpital des enfants a progressivement favorisé les demandes de soins concernant la périnatalité. Contrairement à d'autres initiatives du même type où le projet d'hospitalisation mère-bébé a pu être anticipé et préparé, le personnel soignant de l'UPHA s'est trouvé confronté à des demandes de prise en charge conjointes dans l'urgence, sans moyens spécifiques. Ce sont donc les difficultés rencontrées qui ont suscité une réflexion et le début du travail commun entre le service obstétrique et

cette unité du département de psychiatrie.

Cette collaboration nous a permis de structurer progressivement l'accueil des mères avec leurs bébés dans un service de psychiatrie adulte, de créer des outils d'observation de la relation mère-enfant et d'encadrer l'équipe soignante. Chaque hospitalisation ayant soulevé de nouvelles questions, nous avons peu à peu développé une pratique réflexive. Celle-ci a d'ailleurs été récompensée par le prix qualité «Coup de cœur» HUG 2003.

Histoire d'une rencontre par Jocelyne Bonnet, sage-femme

En tant que sage-femme, ces contacts avec la psychiatrie n'étaient pas les premiers. Mais, jusque-là, ils s'étaient limités à des consultations ponctuelles dans les différentes unités où étaient hospitalisées des femmes enceintes ou ayant accouché récemment. Mes interventions étaient alors ponctuelles: conseil en cours de grossesse, suivi ou une interruption d'allaitement et parfois un suivi téléphonique avec l'équipe.

J'avais donc toutes sortes de craintes en pénétrant dans ce monde qui me semblait parallèle au mien. Des craintes liées au savoir-être avec des femmes angoissées, déprimées, délirantes qui déposaient auprès de moi une foule de questions ou, au contraire, qui parlaient très peu. Je m'interrogeais sur ma façon d'être avec les autres patients que je croisais dans les couloirs: est-ce que je devais dire bonjour, faire un brin de conversation avec ceux qui m'abordaient, sourire à ceux qui me regardaient même s'ils avaient un air sombre. J'appréhendais les réactions que je ne pouvais pas du tout

prévoir et j'imaginai plus facilement des réactions vives qu'une absence de réaction. Bref, j'avais franchement peur de mal faire en matière de relation, persuadée qu'en psychiatrie la relation est un soin à part entière.

Depuis octobre 2000, ma manière de penser a évolué radicalement grâce aux contacts fréquents et rapprochés avec cette même équipe pendant plusieurs années. Ainsi, toutes mes craintes liées à un manque de connaissances en santé mentale se sont transformées grâce à la confiance que l'équipe m'a accordée et au retour positif des patientes.

Premier contact

Dès les premiers instants, j'ai été touchée par l'accueil qui m'a été réservé: quelle que soit la pathologie psychiatrique de chacune, les signes de reconnaissance ont toujours été présents. Faciliter les liens entre des secteurs aussi distincts que l'obstétrique, la psychiatrie et la pédiatrie n'est pas envisageable dans une relation de confiance avec la personne soignée et avec ses proches.

Quel suivi?

Aborder une femme enceinte dans un objectif de préparation à la naissance alors qu'elle vient de faire une tentative de suicide n'est pas habituel. Tout dépend de l'approche que l'on met en place. Une première séance individuelle permet de travailler l'anamnèse du début de la grossesse d'une autre manière. En m'intéressant aux circonstances de découverte de la grossesse, au choix de la personne à qui elle s'est confiée en premier, à la présence ou à l'absence de suivi de grossesse, aux changements que son état de femme enceinte a déjà entraînés dans sa vie quotidienne, j'entrevois sa façon d'être et j'ai déjà quelques pistes pour poursuivre les séances.

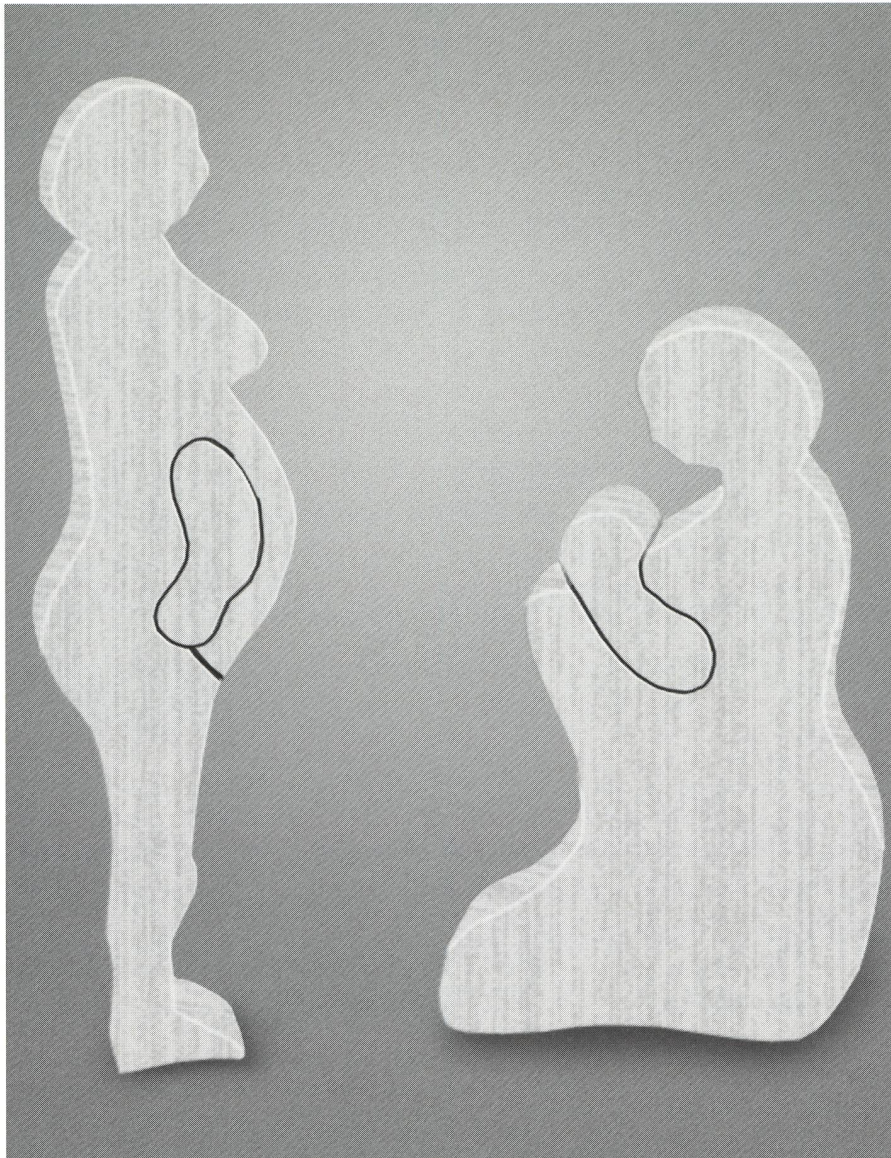
Je garde un fil conducteur des séances orienté vers la physiologie des divers incidents jalonnant le déroulement d'une grossesse. Les préoccupations de la femme de ce jour-là, à ce moment-là, vont étoffer nos échanges. Cette attention¹ portée sur les sources d'anxiété liées à l'évolution de la gros-



Jocelyne Bonnet travaille depuis 12 ans comme sage-femme infirmière spécialiste clinique (ISC) au secteur des pratiques professionnelles de la direction adjointe des soins infirmiers des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Elle est sollicitée par les équipes pour des problèmes d'allaitement, de deuil périnatal et des suivis de grossesse de femmes en difficultés psychosociales.



Véronique Robert, infirmière spécialisée en psychiatrie et santé mentale travaille à l'UPHA depuis son ouverture. Ses expériences antérieures au sein de la clinique de psychiatrie depuis 1994 l'avait déjà sensibilisée aux troubles psychiques de la périnatalité.



Aborder une femme enceinte dans un objectif de préparation à la naissance alors qu'elle vient de faire une tentative de suicide n'est pas habituel.

sesse est primordiale. Il n'est pas simple de distinguer ce qui reste normal de ce qui devient pathologique comme les insomnies, l'abondance des rêves nocturnes décrits en cours de grossesse et les troubles du sommeil, symptômes d'une altération X.

Lors du suivi de grossesse, divers examens s'échelonnent et déstabilisent parfois la patiente plutôt que de la rassurer. Me rendre disponible pour en parler lui permet de se sentir plus en sécurité. Lorsque la femme est dans sa période de post-partum, l'attention se focalise sur la dyade mère-enfant. Le but de l'observation directe² est expliqué à la mère. Les interactions mère-enfant ne sont pas toujours satisfaisantes pour l'un ou pour l'autre. La femme peut verbaliser ce qui se passe pour elle quand l'enfant pleure, quand il reste calme mais éveillé, quand il dort. Ceci la met petit à petit sur une

voie de questionnement et elle amorce des changements en faveur d'échanges plus harmonieux entre elle et son enfant.

C'est un peu comme si le fait de se savoir observée l'incitait à observer elle-même son bébé et à adapter sa gestuelle aux signes qu'il lui envoie. Bien sûr, cela n'est possible qu'après un temps d'«apprivoisement» entre patiente et professionnels.

Complémentarité des regards

Si l'équipe de psychiatrie me transmet des éléments sur l'histoire de vie de la patiente avant que je la rencontre pour la première fois, j'ai besoin d'un certain laps de temps; je laisse toute sa problématique autre qu'obstétricale reposer au fond de moi et je ne l'aborde que si la patiente m'en parle spontanément.

Nos rencontres sont très différentes dans leurs modalités et leurs objectifs: il m'arrive de rester dans la chambre mais aussi de proposer des sorties hors de l'unité. Je suis toujours attentive à proposer quelque chose d'individualisé selon le comportement de la patiente, l'environnement et le contexte de l'unité avec le niveau de charge de travail. Je restitue à l'équipe le centre d'intérêt principal qui se dégage à l'issue de chaque intervention. Ceci nous permet de comparer les sujets abordés avec les différents intervenants et de mieux cibler les objectifs de soins.

Les ressentis des professionnels sont également de bonnes sources d'informations pour savoir comment continuer avec la patiente. Cet aspect là est totalement nouveau et très enrichissant pour moi qui ai plus souvent travaillé en soins généraux. Nous avons quelquefois des vécus divergents; la femme parle peu de sa grossesse à l'équipe de psychiatrie et cela donne à penser aux professionnels qu'elle n'investit guère dans cet enfant à venir. Quand ils découvrent l'avalanche de questions auxquelles j'ai eu à répondre, ils sont souvent très surpris de la différence d'attitude de la patiente. La dynamique professionnels-patiente est souvent modifiée par la suite.

Je me souviens d'une femme hospitalisée en cours de grossesse pour dépression. L'équipe me l'a présentée comme étant très peu engagée dans cette grossesse de six mois déjà. Dès notre premier contact, j'ai vu un ouvrage au tricot qui dépassait d'un sac. En la questionnant sur ce qu'elle tricotait actuellement j'apprenais qu'elle avait commencé à faire une couverture pour un lit de bébé. Elle continua de me dire en ébauchant un sourire que son problème était de se décider pour la taille de cette couverture: elle hésitait entre un berceau pour un tout petit bébé et un lit à barreaux d'enfant plus grand. Ces propos peuvent être repris par l'infirmier référent sous un angle différent. La question de la place de ce bébé dans la vie de cette femme, de son couple, de sa famille était un véritable filon pour la suite de l'hospitalisation.

Ces regards croisés convergents nourrissent la réflexion et diminuent le risque de jugement hâtif. Dans ce fonctionnement en réseau³, il est aussi question de la transmission des informations et de la place des parents dans cette circulation de données. La sécurité d'un bébé dans

¹ Abdel-Al Hend, Révéler la complexité des soins infirmiers, recueil de textes 2, p 11-12, 1994.

² Lamour Martine, Barraco Marthe, L'observation du bébé, méthodes et clinique, éd. Gaëtan Morin, p. 36, 2004.

³ Molenat Françoise, Le journal des psychologues, La maternité dans tous ses états «Comment travailler ensemble autour des familles vulnérables?», n°198, juin 2002.

un service de psychiatrie adulte est une préoccupation pour l'équipe. L'expérience à l'UPHA démontre que la cohabitation avec les autres patients est possible. Ceci est dû, certainement, au profil des personnes admises dans cette unité. Nous avons même remarqué que la présence d'un bébé modifie le comportement de certaines d'entre elles. A l'occasion de rencontres fortuites dans les espaces communs, elles sont très sensibles à maintenir un environnement calme, et arrivent momentanément à prendre un peu plus de distance par rapport à leur propre problématique.

Histoire d'une collaboration par Véronique Robert

Les hospitalisations conjointes mère-bébé sont des situations de soins complexes car elles demandent à prendre en considération deux éléments de crise étroitement liés: la parentalité avec l'arrivée d'un enfant et la décompensation psychiatrique que ce soit lors d'une grossesse ou après l'accouchement, voire dans les mois qui suivent. La femme enceinte ou la jeune mère présente souvent des réticences dans un premier temps à être hospitalisée dans un service de psychiatrie. Elle vit comme un échec de ne pas être là où se trouve normalement une mère, c'est-à-dire en maternité. Chaque femme a ses représentations de la maternité mais d'une manière générale elle est associée à quelque chose d'heureux. Notre société véhicule beaucoup de messages sur le bonheur de la naissance et malheur à celle pour qui ça ne se passe pas comme prévu car elle endosse aussitôt le poids de la culpabilité.

Lors de l'accueil d'une patiente, je l'informe très vite de notre collaboration avec une sage-femme et c'est quelque chose qui rassure beaucoup. La patiente se sent considérée dans sa globalité, n'est pas réduite à un problème psychiatrique, elle reste une mère ou future mère et n'est pas dépossédée de cette identité. L'estime de soi et la confiance en ses compétences sont mises à mal et les visites de la sage-femme spécialement organisées pour elle contribuent à la revaloriser. C'est le lien avec la partie saine, celle qui la relie aux autres mères.

La sage-femme-ISC est le trait d'union primordial entre les départements de psychiatrie, de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie pour la patiente. Elle accompagne lors d'un transfert de la ma-

ternité à l'UPHA, pour les visites au bébé lorsque celui-ci est hospitalisé en pédiatrie ou pour un examen obstétrical également. C'est l'élément «mobile» du système qui permet de faire circuler les informations au mieux. La patiente perçoit le décloisonnement des spécialités. C'est quelque chose qui nous tient très à cœur. Les prises en soins mère-bébé impliquent un travail en équipe pluridisciplinaire et garder chacun sa spécificité est un vrai défi. Suivant le spécialiste qui intervient la patiente est vue sous l'angle psychiatrique ou obstétrical ce qui présente le risque d'établir des priorités qui ne sont pas forcément celles de la patiente. J'ai pu observer également que les femmes pouvaient aborder des choses très importantes sur leur histoire familiale et relationnelle à travers l'anamnèse obstétricale de la sage-femme.

Encadrement amélioré

Cette collaboration est non seulement utile pour les patientes, mais aussi pour l'équipe infirmière.

Au début, nous dépensions beaucoup d'énergie pour parer aux besoins matériels de l'accueil d'un bébé dans une unité de psychiatrie adulte. Nous avons tous apprécié l'aide rapide d'une personne ressource pour glaner dans les réserves un petit lit, une poussette, un matelas à langer, une baignoire, etc. Ensuite l'équipe n'a cessé de chercher à rendre l'accueil toujours plus confortable. Au fil des situations et des besoins, nous avons vidé nos greniers et ramené un parc, un cousin d'allaitement, une deuxième baignoire. Nous avons fait quelques achats comme un baby-relax ou un pèse-bébé, mais l'essentiel est une mise en commun et c'est une dynamique qui continue, comme par exemple tout dernièrement lorsque nous trouvions qu'un bébé était très peu stimulé par sa maman, nous avons pensé à amener de la musique pour petits et un collègue a fait un enregistrement à la maison. D'une manière générale, nous avons été sensibilisés petit à petit à prendre en charge des futures mères, des mères dans le post-partum et des enfants entre 0 et 11 mois.

Nous savons mieux observer le suivi d'un allaitement ou d'un sevrage, nous nous sommes familiarisés avec les différents rythmes des bébés, nous avons fait des protocoles en cas de signes annonciateurs d'accouchement, etc. Bien que plus autonome pour s'occuper d'un bébé et de sa maman, l'équipe signale systématiquement toute nouvelle admission à la sage-femme dans les 48 heures afin d'avoir une évaluation d'une profession-

nelle mais aussi pour la complémentarité du regard et de l'observation. Encore une fois, c'est le fruit d'un travail régulier ensemble sur chaque nouvelle situation avec un souci commun d'offrir, d'une part, des soins de qualité et, d'autre part, de toujours intégrer l'équipe à ces prises en charge. Nous avons donc mis sur pied un groupe mensuel pour les soignants intéressés où nous échangeons nos questions, observations. Nous prenons le temps de partager nos anamnèses.

Outil d'observation

Un troisième aspect de la richesse de ce travail en commun a été la création d'un outil d'observation sur deux moments-clés de la relation mère-bébé, à savoir l'alimentation et le bain pour des bébés de 0 à 3 mois. Le regard psychiatrique a apporté un cadre de références sur des notions comme l'attachement⁴, la séparation, l'accordage dans les interactions parent nourrisson⁵, ce qui a permis de donner du sens à des observations faites avec beaucoup d'acuité par la sage-femme. Donner du sens à ce que l'on observe dans les interactions corporelles, vocales, visuelles, pouvoir ensuite le restituer petit à petit à la mère et faire avec elle un travail d'accompagnement dans cette relation à son enfant, voilà ce que nous tentons quotidiennement, aidée par des supervisions régulières. Cet outil d'observation est un support pour les synthèses avec les pédopsychiatres qui aujourd'hui sont des partenaires privilégiés, mais ce qui paraît une évidence ne l'est pas toujours dans une grande institution. C'est un travail de fourmi que de mettre en commun des ressources existantes et de travailler ensemble. A travers la diffusion d'une plaquette d'information destinée aux professionnels depuis février 2004, nous continuons notre travail de communication avec les autres intervenants.

Collaboration fructueuse

En se remémorant la situation de départ, nous mesurons le travail accompli pendant ces quatre années. Les contacts établis ont débouché sur des interlocuteurs privilégiés et ont contribué à maintenir une régularité dans nos échanges. Ceci nous encourage à continuer. Maintenant, les médecins informés de notre démarche orientent ce type de situations en priorité à l'UPHA et davantage de femmes bénéficient de ce programme de soins. Celui-ci est reconnu officiellement comme un programme infirmier spécifique de l'unité. ◀

⁴ Bowlby J., Attachement et perte n°3, La perte, tristesse et dépression, PUF, 1984.

⁵ Fivaz-Depeursinge E., Corboz-Warnery A., Le triangle primaire, le père, la mère et le bébé, éd. O. Jacob, 2001.