

Les naissances médicalement et socialement difficiles en milieu hospitalier : évaluer selon un modèle d'intervention de crise

par

Laure-Élina Bénard, T.S.

CHU Sainte-Justine

Courriel : laure-elina.benard.hsj@ssss.gouv.qc.c

Brève présentation du modèle d'intervention de crise. Utilisation du modèle comme grille de lecture pour comprendre certains facteurs de vulnérabilité présents en période périnatale.

Brief overview of a crisis intervention model. Use of this model as a reading grid, to better understand some vulnerability factors during the perinatal period.

Il est bon de penser qu'un enfant qui vient au monde désiré et en bonne santé est source de joie pour ses parents et sa famille. Sur cette base affective sécurisante, l'enfant part avec une longueur d'avance pour sa croissance et son développement physique, cognitif et social (Bell, Goulet, St-Cyr et Paul, 2004). Malheureusement, la naissance d'un enfant ne s'accompagne pas toujours de ces conditions idéales. Les professionnels de la santé exerçant en gynéco-obstétrique et en néonatalogie dans les hôpitaux sont régulièrement témoins de situations où la naissance d'un enfant est synonyme de désarroi, de conflits et d'abandon. Souvent, ces situations surgissent à la suite de complications médicales ou dans un contexte psychosocial fragilisé, ou encore d'une combinaison des deux.

Dans le cadre de la pratique en milieu hospitalier, le travailleur social a le double rôle d'intervenir auprès des familles et de travailler en collaboration avec l'équipe médicale (OPTSQ, 1999). Accomplir ces rôles représente souvent

un défi dans un milieu à prédominance médicale qui, dans la pratique, ne laisse souvent qu'une place secondaire aux travailleurs sociaux (Berthiaume, 2009). Par ailleurs, le mouvement de restructuration des services de santé au Québec depuis une décennie a eu pour effet une réduction généralisée des durées d'hospitalisation. Pour les praticiens en milieu hospitalier, cela s'est fréquemment traduit par une réduction du temps imparti pour évaluer et intervenir, par l'hypertrophie des tâches bureaucratiques et l'effritement des rôles de *counselling*, de soutien et de défense des droits (Berthiaume, 2008).

Dans ce contexte de travail exigeant et à court terme, il importe donc de développer des outils qui permettent, d'une part, d'appréhender la singularité et la complexité des situations familiales rencontrées dans un temps relativement court et, d'autre part, de faire ressortir les dimensions psychosociales particulières à chaque situation lors du travail en équipe.

Pour répondre à ces objectifs, il est intéressant de se tourner vers certains aspects théoriques de l'intervention en situation de crise. Nous retenons en particulier l'apport récent de Larose, Fondaire et leurs collaborateurs – des intervenants expérimentés en intervention de crise au Québec depuis une vingtaine d'années. Ces auteurs ont élaboré un modèle mettant de l'avant la compréhension du sens de la crise afin de mieux intervenir auprès des personnes en détresse (Larose et Fondaire, 2007). À cet effet, ils proposent une grille d'analyse permettant de déterminer le sens de la crise et contenant des éléments à la fois systémiques et psychodynamiques.

Dans ce présent article, nous proposons donc d'étudier l'adaptabilité du modèle de Larose et Fondaire aux interventions en périnatalité en milieu hospitalier. Dans ce qui suit, nous présenterons brièvement le modèle en question. Puis nous traiterons de plusieurs facteurs de vulnérabilité relatifs à la période périnatale. Chaque facteur sera illustré par une vignette

Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.
Numéro 138 (2013.1) : 105-114.

clinique dans laquelle nous proposerons une analyse selon le modèle de Larose et Fondaire. Enfin, nous discuterons de la pertinence d'utiliser ce modèle en intervention périnatale.

1. Le modèle d'intervention de crise de Larose, Fondaire et leurs collaborateurs

Dans cette section, le modèle d'intervention de crise proposé par Larose et Fondaire est présenté dans ses grandes lignes. Afin de mettre en lumière l'originalité de leur modèle, Fondaire et Larose émettent une critique du modèle classique de l'intervention de crise. Dans ce qui suit, nous présentons un résumé de cette critique, puis une explication des principaux concepts de leur modèle.

Une critique du modèle classique

Le modèle classique de l'intervention de crise tire ses origines des travaux de Caplan dans les années 1960, puis a été développé par la suite par des chercheurs tels que Rapoport et Lazarus (Caplan, 1964, Rapoport, 1967, Lazarus et Folkman, 1984, dans Poirier, 2007). Ce modèle propose une division de la situation de crise en trois périodes : la précrise (quand un événement déstabilise la personne), la crise (quand la personne vit un moment de détresse et d'importante désorganisation) et la postcrise (quand la personne retrouve un équilibre inférieur ou supérieur à celui précédant la crise). Selon ce modèle, trois facteurs principaux jouent un rôle dans l'apparition de la crise : l'événement précipitant qui déstabilise la personne; la perception d'une menace par la personne; l'incapacité à résoudre les problèmes éprouvés (Séguin, Brunet et Leblanc, 2006). La crise est alors considérée comme le résultat d'un déséquilibre majeur dans le fonctionnement social de l'individu qui ne réussit pas à utiliser de stratégies d'adaptation adéquates pour le sortir de la crise (Poirier, 2007). En allant chercher de l'aide professionnelle, la personne en crise peut retrouver un état d'équilibre, aussi appelé homéostasie. Ainsi, la crise peut offrir une opportunité de croissance personnelle et de changement (Caplan, 1964, dans Poirier, 2007).

Bien que le modèle classique se soit imposé depuis déjà quelques décennies, certains auteurs et praticiens s'interrogent aujourd'hui sur son applicabilité dans notre contexte social

actuel. C'est le cas de Larose, Fondaire et leurs collaborateurs (2007). Selon ces auteurs, la pratique met en évidence la complexité et la diversité des situations de crise auxquelles le modèle classique ne permet pas de répondre. La description mécanique en trois étapes de la crise leur semble simpliste et la lecture de la crise comme source de croissance et de changement trop « romantique » puisque, selon eux, l'observation des situations de crise permet plutôt de voir, chez les personnes qui consultent, un phénomène de répétition de comportements inadéquats qui maintiennent la personne en état de crise (Ibid. : 86).

Par ailleurs, l'élément déclencheur, clairement situé dans la précrise dans le modèle classique, « apparaît souvent plus trouble et troublé à l'intérieur des pratiques » (Ibid. : 96). La répétition des crises après l'occurrence d'un même genre d'événements laisse croire qu'un événement passé, plus enfoui, [est] le véritable événement déclencheur, inscrit dans le passé de la personne » (Ibid.).

Une autre critique formulée à l'encontre du modèle classique est que cette approche est principalement centrée sur l'individu et axée sur les capacités de résolution de problèmes. Nos auteurs se demandent alors s'il est « encore possible, aujourd'hui, de lire une situation de crise sans puiser son sens dans la relation avec l'autre » (Ibid. : 89). Pour eux, il semble essentiel de tenter de comprendre la situation de crise comme la relation inévitable entre l'histoire de vie de la personne et tous les systèmes relationnels qui l'entourent.

Une présentation du modèle de Larose et Fondaire

Les notions de *territoire* et de *trajectoire*

Le modèle proposé par Larose et Fondaire retient deux concepts élaborés initialement par le modèle classique : l'élément déclencheur et les phénomènes de perception et de représentations. Toutefois, afin de mieux faire ressortir l'état de la personne avant la crise, la théorisation de la crise doit, selon eux, inclure deux autres dimensions que sont le *territoire* et la *trajectoire* de la personne. Les auteurs entendent par *territoire* : la position actuelle de la personne dans ses systèmes relationnels significatifs, tels sa famille, son réseau d'amis, son milieu de

travail, sa communauté d'appartenance, etc. La *trajectoire* permet de mettre en évidence les difficultés vécues par la personne dans l'ensemble de sa vie, dans son enfance, son adolescence, sa vie d'adulte, qui ont un lien avec la crise actuelle (Poirier, 2007). Ainsi, la crise est le résultat de l'interaction entre ces quatre facteurs fondamentaux : l'élément déclencheur, la perception qu'a la personne de cet élément déclencheur, le territoire systémique de la personne et sa trajectoire de vie (Ibid.).

Les limites de la recherche de solutions

Larose et Fondaire attirent l'attention sur le fait que « les techniques de recherche de solutions (exploration des solutions de rechange, formulation d'un plan d'action et son implantation) ont comme principale limite de s'adresser presque exclusivement à des éléments concrets de vie de la personne, comme une équation mathématique à laquelle nous trouverions la solution » (2007 :101). Selon ces auteurs, si la recherche de solution s'avère inévitable quand la situation présente un danger imminent pour la personne ou autrui, dans d'autres cas, cette démarche n'aboutit qu'à l'atténuation rassurante mais temporaire des tensions. L'intervenant peut ainsi satisfaire son besoin de se sentir utile et compétent. Toutefois, en se limitant à la recherche de solutions et à l'agir immédiat dans l'effervescence de la crise, l'intervenant risque de ne pas prendre suffisamment en considération les problématiques sous-jacentes de la personne affectée et de contribuer au phénomène de la répétition des situations de crise. C'est pourquoi ces auteurs considèrent que, dans les scénarios répétitifs, le meilleur moment pour intervenir sur des problématiques sous-jacentes se situe « en dehors de la crise, dans les moments de l'avant ou de l'après-crise » (Ibid. : 99).

Comprendre le sens de la crise

Alors que la récurrence des crises « fidélise » la clientèle aux centres de crise, Larose et Fondaire se demandent comment intervenir pour briser le cycle de répétition (Ibid. : 103). Ces auteurs proposent que l'intervention de crise « s'engage dans une approche d'exploration et de compréhension de la situation plutôt que d'action précipitée » (Ibid.). Il est possible

que l'intervention permette de discerner qu'un événement inscrit dans le passé de la personne soit le véritable événement déclencheur, mettant ainsi en évidence la continuité de sa trajectoire. Le travail d'intervention vise alors à amener la personne à découvrir ce qu'elle est à travers la crise, grâce à l'instauration d'une relation de confiance dans laquelle la personne rencontrée se sent reçue et entendue (Ibid. : 104). En ce sens, la crise peut devenir une occasion de croissance et avoir un potentiel de développement (Ibid.).

La notion de *timing*

La capacité de changement de la personne est variable selon chacun et dépend de divers éléments, tels la force de l'élément déclencheur, le moment particulier dans le développement affectif, cognitif et physique de la personne ou encore la qualité du premier contact avec le professionnel. La capacité de changement est également conditionnée par ce que Larose et Fondaire appellent le *timing*, « ce moment propice pour la personne pour ouvrir sur son vécu difficile en lien avec sa trajectoire, son territoire, l'événement déclencheur et ses perceptions et représentations » (Ibid. : 96). En d'autres termes, « c'est l'ouverture qui va permettre de recréer les liens entre son histoire, ses systèmes relationnels et son vécu de crise actuel; c'est une énergie particulière qui permet d'oser le questionnement avec les émotions qui surgiront » (Ibid.).

La relation intervenant/personne en crise

Lorsque la personne en crise rencontre l'intervenant, le croisement de deux trajectoires et de deux territoires met l'intervenant face à sa propre subjectivité. L'intervenant de crise se trouve face à des souffrances vives et intenses « qui le ramènent inmanquablement à ses propres souffrances » (Ibid. : 134). Ainsi, pour Larose et Fondaire, « les limites étant subjectives pour tous, il y a ici la nécessité pour le professionnel de se décentrer de lui-même afin d'entendre la subjectivité de l'autre et de l'aider au moment précis où il atteint sa limite particulière » (Ibid. : 98). Toutefois, ces auteurs précisent que l'intervention de crise est particulière en ce sens que les situations intenses qu'elle amène rendent « plus difficile (le fait) de garder une distance avec l'autre » mais, en

même temps, permettent de s'approcher du phénomène de résonance affective (Ibid. : 149). Selon Elkaim, entrer en résonance, c'est entrer en communication avec le monde émotif; cela signifie que l'on est en contact avec son propre univers émotif en même temps qu'avec celui de l'autre (Elkaim, 1989, dans Ibid.).

Ainsi, la présentation des principaux concepts de l'approche de Larose et Fondaire permet de mettre en évidence l'ajout, au modèle classique d'intervention en situation de crise, de dimensions systémiques, comme les notions de territoire et de résonance, et psychodynamiques, comme les notions de trajectoire et de *timing*. Nous proposons maintenant d'étudier l'adaptabilité de ce nouveau modèle aux interventions en périnatalité. À cet effet, nous présenterons trois facteurs principaux de vulnérabilité qui peuvent surgir durant la période périnatale et nous illustrerons à l'aide de trois cas cliniques l'application de la grille d'analyse du nouveau modèle chez des familles en crise en période périnatale.

2. Les facteurs de vulnérabilité en période périnatale

L'arrivée d'un enfant au sein d'une famille est un événement majeur qui déséquilibre le fonctionnement familial antérieur et qui nécessite une adaptation de la part des parents et de la fratrie, s'il y a lieu, pour trouver un nouvel équilibre. La capacité des familles à atteindre un nouvel équilibre va dépendre de plusieurs facteurs. L'observation et l'expérience clinique en gynéco-obstétrique et en néonatalogie, corroborées par la littérature sur le sujet, nous amènent à considérer trois facteurs de risque principaux qui, lorsqu'ils sont présents, rendent la période périnatale particulièrement propice à la crise. Ces facteurs, qui feront l'objet d'un court rappel théorique dans ce qui suit, concernent l'adaptation parentale à la naissance d'un enfant, les complications médicales et les facteurs psychosociaux fragilisants. Il est important de préciser que la présence de facteurs de risque ne mène pas en soi à la crise et au maintien du déséquilibre. Toutefois, l'utilisation de la grille d'analyse proposée par Larose et Fondaire permet de mieux appréhender comment ces facteurs, le territoire et la trajectoire des familles se conjuguent pour favoriser l'émergence d'un état de crise au moment de la

naissance d'un enfant. Trois vignettes cliniques nous permettront d'illustrer ce point.

L'adaptation des parents à la naissance d'un enfant

Devenir parent est une étape développementale majeure chez l'adulte qui s'accompagne souvent d'un bouleversement identitaire. Praticiens et chercheurs s'entendent pour dire que l'adaptation à la parentalité affecte autant les pères que les mères.

Chez les femmes, l'adaptation parentale est tributaire de l'acceptation de la grossesse et de l'identification au rôle de mère (Mercer, 2004; Lederman, 1996). Plusieurs indicateurs mettant en évidence la mise en marche (ou non) du processus d'identification au rôle de mère ont été relevés : la motivation envers la maternité, la préparation au rôle, la capacité à résoudre les conflits et les signes d'attachement envers l'enfant (Ibid.).

La mère va bénéficier tout particulièrement du soutien de son conjoint¹ et de sa propre mère (Lederman, 1996). La disponibilité de celle-ci, son soutien et en même temps son respect de l'autonomie de sa fille devenue mère sont autant de facteurs qui aident la mère à se sentir en confiance. Par contre, si la relation entre la fille et la mère est difficile ou conflictuelle, la première adoptera davantage une attitude négative persistante pendant la grossesse et démontrera une plus grande difficulté à s'ajuster à la maternité (Nilsson, Uddenberg et Almgren, 1971, Breen, 1975, dans Ibid.). Quant au conjoint, l'intérêt qu'il porte à sa conjointe et son soutien sont les dimensions les plus significatives affectant positivement le cours de la grossesse (Ibid.). En l'absence d'un conjoint, l'accroissement de la responsabilité parentale est un phénomène potentiellement anxiogène pour de nombreuses femmes monoparentales (Keating-Lefler, Hudson, Campbell-Grossman, Fleck et Westfall, 2004).

Pour leur part, les hommes vivent une adaptation à la parentalité qui leur est propre et dont le succès va avoir une influence significative sur la qualité des liens parents-enfant et de la relation maritale (Cassé et Polomeno, 2010; Bell, Goulet, St-Cyr Tribble et Paul, 2004). Contrairement aux générations précédentes où les pères tenaient principalement des

rôles de pourvoyeur et d'autorité, les pères d'aujourd'hui s'impliquent davantage auprès de leurs enfants concernant les soins et le temps partagé ensemble (Genesoni et Tallandini, 2009). La difficulté ressentie à se définir comme père est souvent exacerbée par le désir de se distancier du modèle proposé par leur propre père et le manque de modèles qui pourraient les guider (Ibid.). Par ailleurs, les services professionnels pour soutenir les pères dans leur adaptation restent peu développés (Cassé et Polomeno, 2010).

Parmi les facteurs aidant les pères dans leur adaptation se trouvent l'acceptation de la grossesse et leurs projections à l'égard du bébé à naître, le soutien que la mère peut offrir notamment en facilitant l'accès du père à l'enfant, la qualité et la flexibilité du fonctionnement au travail, une bonne qualité de vie, ainsi que la présence de soutien social, par exemple, l'accès à des programmes à l'intention des nouveaux pères (Genesoni et Tallandini, 2009; Casse et Polomeno, 2010).

Afin d'illustrer les difficultés de l'adaptation parentale, nous proposons une vignette clinique dans laquelle les débuts difficiles d'une jeune mère sont analysés selon le modèle de Larose et Fondaire.

Sonia, 29 ans, se trouve à l'hôpital au département de gynéco-obstétrique. Elle vient d'accoucher à terme de son premier garçon. Sonia est monoparentale et vit beaucoup d'anxiété. Lors de son suivi de grossesse, les médecins ont détecté la présence d'anomalies organiques. Sonia a peur de ne pas être à la hauteur pour élever son fils. Cependant, elle est en demande d'aide dans son adaptation parentale. Nous intervenons auprès de Sonia durant les premières semaines suivant la naissance du bébé, jusqu'à ce que la travailleuse sociale du CLSC prenne le relais.

En période postnatale, nous avons observé chez Sonia un sentiment de vulnérabilité constant. Sonia vit de grands moments d'angoisse, notamment quand elle perçoit que ses capacités parentales sont remises en question (pleurs du bébé pendant les soins, remarques négatives d'une infirmière, etc.). Elle s'autocritique beaucoup et se fait peu confiance dans ses habiletés parentales. Son niveau de stress est par ailleurs accentué par les complications médicales de son enfant. Elle se sent facilement dépassée par les imprévus et les complications organisationnelles (difficultés de transport, visites plus longues que prévu, etc.).

Sur le plan de sa trajectoire, Sonia nous parle d'une relation difficile avec sa propre mère. Elle décrit comment, dès l'enfance, elle a dû s'occuper de cette femme qui souffrait d'une maladie invalidante. De plus, Sonia nous confie qu'elle a subi maintes critiques et reproches de sa part. Aujourd'hui, Sonia exprime ses craintes d'être critiquée par sa mère dans son nouveau rôle de mère.

Le territoire de Sonia est marqué par l'absence d'un conjoint. La relation avec le père de son enfant était conflictuelle et Sonia a préféré y mettre fin. Au niveau de sa famille, seule sa mère, avec qui elle vit, semble présente auprès d'elle. Mais Sonia nous dit que la relation est conflictuelle et décevante pour elle. Sonia dit être dans l'attente que sa mère, à son tour, lui offre de l'aide dans cette période cruciale de sa vie. Mais celle-ci prévoit de partir en voyage pour quelques mois. Par ailleurs, Sonia bénéficie du soutien d'une amie, qui lui fournit de l'aide de temps à autre. Sur le plan socioéconomique, Sonia a un emploi à temps plein qui lui donne droit aux prestations du RQAP. Cependant, ses revenus sont faibles. Durant la période périnatale, le territoire de Sonia se remplit de relations avec les professionnels de la santé en lien avec sa maternité (hôpital, CLSC, etc.).

L'analyse de cette situation selon le modèle de Larose et Fondaire permet de mieux évaluer les sources potentielles d'anxiété et de difficultés d'adaptation parentale de Sonia. L'analyse de sa trajectoire permet de voir que l'anxiété de Sonia et sa propre dévaluation prennent racine dans une dynamique relationnelle problématique avec sa mère dès l'enfance. L'analyse du territoire révèle également l'absence d'un conjoint soutenant et l'existence d'une relation conflictuelle avec la mère. En d'autres termes, l'analyse met en évidence le manque de soutien adéquat de la part de personnes-clés dans la réussite de l'adaptation parentale. Cette analyse a permis d'orienter l'intervention à deux niveaux. À un premier niveau, l'intervention s'est concentrée sur les aspects organisationnels et matériels qui inquiétaient particulièrement Sonia. À un deuxième niveau, l'intervention a consisté à soutenir l'adaptation parentale de Sonia en la confirmant dans ses habiletés parentales, en encourageant une différenciation avec sa mère et en l'invitant à consolider son territoire avec des relations soutenantes.

Les conditions médicales difficiles

Les complications médicales peuvent causer des difficultés supplémentaires dans l'adaptation au rôle parental durant la période périnatale. Elles peuvent surgir au moment de la grossesse, à la naissance ou après la naissance. Elles peuvent être liées à l'état de santé de la mère ou à l'état de santé de l'enfant. Elles peuvent mettre la vie de l'un ou de l'autre en danger, comme elles peuvent être bénignes. Mais souvent ces complications impliquent des visites fréquentes à l'hôpital ou une hospitalisation prolongée de la mère ou de l'enfant. Trois catégories de problématiques médicales, sans entrer dans les détails, peuvent être soulignées : les grossesses à risque, la prématurité et les situations de handicaps majeurs ou de malformations congénitales.

Ces conditions médicales s'accompagnent généralement chez les nouveaux parents de réactions émotionnelles plus ou moins intenses, selon les cas. Parmi ces états émotionnels, nous retrouvons fréquemment les suivants : l'anxiété, la perte de contrôle et des sentiments d'impuissance, le deuil, l'ennui, la peur et la culpabilité (Bachman et Lind, 1997a, 1997b). Les recherches démontrent que la prévalence de ces sentiments dépend du type de problème médical, du système de soutien offert à la famille et d'autres aspects psychosociaux (Ibid.) La confiance portée au personnel médical, la foi, l'implication de l'entourage, la connaissance, la force intérieure des parents et l'intense désir de devenir parents sont également des facteurs influents (Leichtentritt, Blumental, Elyassi et Rotmensch, 2005).

Dans ce qui suit, nous proposons une vignette clinique illustrant une situation avec un nouveau-né présentant une atteinte sévère à un organe vital.

Patricia, 41 ans, vient d'accoucher à terme de son troisième fils, aussi le premier enfant de son conjoint actuel, Claude, 45 ans. En raison d'une anomalie congénitale sévère aux intestins, l'enfant est hospitalisé aux soins intensifs de l'unité de néonatalogie de l'hôpital. Une ablation de la majeure partie de l'intestin est médicalement nécessaire. Les chances de survie sont très minces. L'arrêt des traitements est envisagé; devant la détresse apparente des parents, l'équipe médicale fait appel à nos services. Nous intervenons auprès d'eux jusqu'au décès de l'enfant.

Les rencontres avec la mère permettent d'identifier une trajectoire parsemée d'épreuves et de traumatismes. Elle nous raconte qu'elle a vécu une enfance difficile, marquée par un beau-père abuseur. Jeune adulte, elle donne naissance à deux enfants, dont le deuxième est atteint de la même maladie que son nouveau-né. Ce deuxième fils a survécu à la maladie, mais Patricia nous explique que des circonstances de violence conjugale et la dure réalité que cause cette maladie poussent Patricia à quitter le foyer et à laisser ses enfants derrière elle. Elle nous exprime que de forts sentiments de culpabilité l'envahissent depuis. Elle nous confie aussi que la perspective de perdre ce nouveau-né ébranle ses espoirs d'enfin réparer le passé. Quant au père du nouveau-né, il s'exprime peu sur son passé, reste principalement concentré sur le présent. Il se montre très ému par l'état de santé critique de son fils, et en même temps, dit s'inquiéter de l'avenir avec un enfant gravement malade.

Les territoires relationnels des deux parents diffèrent. Claude dit avoir le soutien de ses parents, de sa sœur. Claude exprime à plusieurs reprises son malaise à côtoyer l'environnement ultra médicalisé de l'unité néonatale. Il fait souvent des allers-retours entre son domicile et l'hôpital pour aller travailler, mais aussi aller chercher du réconfort auprès de sa famille. Quant à Patricia, elle est la seule survivante de sa famille d'origine. Elle nous dit que son seul soutien est son conjoint. D'après l'équipe de soins, elle sollicite également, et de manière continue, l'attention des intervenants de l'unité néonatale. L'hôpital, où elle loge durant l'hospitalisation du bébé, devient son territoire. Elle voudra même y rester après le décès du bébé, pour avoir le sentiment d'être encore proche de lui, nous confie-t-elle. L'ironie du sort veut qu'au moment où Patricia vit ces semaines de désarroi face au décès imminent de son nouveau-né, son fils de 17 ans atteint de la même maladie est hospitalisé dans le même hôpital en raison de complications médicales. Nous observons que la présence de ce fils abandonné, aujourd'hui présent sur ce même territoire, ravive les douleurs de leur trajectoire commune.

Avec le soutien de l'équipe de l'unité néonatale, les parents prennent la décision d'interrompre les soins du nouveau-né. Après le décès du nourrisson, notre mandat se termine et une référence de la famille au CLSC est faite pour le suivi de deuil.

L'analyse de la situation de cette famille selon le modèle de Larose et Fondaire permet d'appréhender, chez chacun des parents, la douleur, les doutes, les questionnements et le cheminement vers le choix d'accepter le décès de l'enfant en fonction des éléments de leur trajectoire

et de leur territoire respectifs. Cette analyse révèle notamment que la trajectoire parsemée d'embûches et la faiblesse du territoire de Patricia la rendent plus vulnérable à la crise et à une importante désorganisation que son conjoint qui bénéficie d'un territoire plus soutenant. L'intervention a consisté essentiellement en une présence régulière auprès des deux parents et en un travail d'écoute, de reflet et de recadrage à la lumière de ce qu'ils ont exprimé.

Les facteurs psychosociaux fragilisants

Pauvreté, violence conjugale, déficience intellectuelle, toxicomanie, immigration, problématique en santé mentale, etc., sont autant de difficultés psychosociales qui peuvent se présenter au cours d'une vie. Ces facteurs sont reconnus pour rendre plus difficile le processus d'adaptation parentale pendant la période périnatale, jusqu'à rendre parfois les parents incapables d'accomplir leur rôle auprès du nouveau-né. Il n'est pas l'objet de cet article d'élaborer sur chacune de ces problématiques. Toutefois, il nous semble important de souligner que, si ces conditions de vie adverses sont souvent associées à des épisodes de mésadaptation parentale, le lien de cause à effet n'est pas démontré (Wilson et al., 1996). C'est davantage la combinaison de facteurs, tels que la fragilité psychologique, les mauvais traitements antérieurs, l'isolement social, l'absence de soutien et d'aide, la pauvreté, qui détermine les risques que courent ces familles (Martin et Boyer, 2000). Par ailleurs, la présence de facteurs de protection, allant de la personnalité des personnes aux atouts de leur milieu social, permet de faire contrepoids à des circonstances qui, de prime abord, auraient pu revêtir un caractère déterministe.

Dans ce qui suit, nous présentons un dernier cas clinique dans lequel nous proposons une analyse de l'échec de l'adaptation parentale d'une jeune mère selon le modèle de Larose et Fondaire.

Fabienne, 18 ans, vient d'accoucher prématurément, à 25 semaines de gestation, de son premier garçon. L'enfant sera hospitalisé à l'unité de néonatalogie pendant cinq mois. La santé du nouveau-né est très fragile. En raison d'une hémorragie cérébrale partielle, les pronostics de handicap sévère sont élevés. Fabienne a des antécédents de consommation. Elle montre de l'intérêt

pour son nouveau-né, mais elle a de la difficulté à s'investir auprès de lui. La DPJ s'impliquera auprès de l'enfant pour évaluer la situation. À sa sortie de l'hôpital, l'enfant sera placé en famille d'accueil, avec droits de visite à intervalles réguliers pour la mère.

La trajectoire de Fabienne est marquée, dès la plus jeune enfance, par une série d'événements traumatiques. Au fur et à mesure des rencontres, nous apprenons qu'elle a été victime d'abus sexuels répétés, puis placée en famille d'accueil à l'âge de six ans. Par la suite, elle vivra dans plusieurs familles d'accueil avant d'être placée en foyer de groupe à l'adolescence. Son adolescence est marquée par l'émergence de troubles de comportement telles la consommation, les fugues et la prostitution. Depuis peu, Fabienne vit seule en appartement et est inscrite à un programme de formation pour adulte. Bénéficiaire de la Sécurité du Revenu, elle vit pauvrement. Son cercle social se situe dans le milieu de la drogue, où elle y trouve amis et partenaires sexuels, dont le père de l'enfant. Elle se tient à distance des membres de sa famille. Fabienne nous dit qu'au moment de tomber enceinte, elle n'avait pas l'intention de mettre un enfant au monde.

Durant la période d'hospitalisation, son territoire change radicalement. À la suite de la naissance, elle rompt sa relation avec le père de l'enfant, convaincue qu'elle peut se débrouiller seule, et lui refuse le droit d'accès au bébé. Nous l'invitons à rester à l'hôpital pour être proche de son fils. Cependant, elle choisit de retourner chez sa mère. Cet essai échoue, en raison de conflits avec son beau-père, rapporte-t-elle. Elle reste un temps chez une sœur puis, à court d'options, elle accepte de se loger à l'hôtel de l'hôpital. À présent sur le territoire de l'hôpital, malgré le soutien des professionnels qui l'entourent, elle nous dit qu'elle se sent étrangère et rejetée dans cet environnement. Nous observons qu'elle a de la difficulté à s'adapter aux règles de vie de l'unité néonatale et aux exigences de sa nouvelle maternité. Ses visites à son bébé sont irrégulières et sporadiques. Elle nous dit que l'hôpital lui rappelle d'autres territoires de son passé (une hospitalisation durant l'enfance, les foyers de groupe) et ravive le souvenir d'expériences douloureuses. Avec l'entrée de la DPJ dans ce territoire, elle dit se sentir désavouée dans ses capacités parentales et elle perd espoir de rentrer avec son bébé dans le nouvel appartement qu'elle s'est trouvé. Exprimant un sentiment de solitude profond, elle s'isole de plus en plus, rechute dans la consommation d'alcool et ne s'implique plus auprès du nourrisson.

L'analyse de cette situation selon le modèle de Larose et Fondaire permet de voir que la gros-

sesse n'est pas vécue chez Fabienne comme un élément déclencheur de déséquilibre. Au contraire, dans un contexte de vie peu porteur d'espoir et d'avenir, la grossesse vient soudain lui donner un projet de vie. Les événements subséquents mineront cet espoir et auront un effet dévastateur sur Fabienne : les risques de décès de son bébé, l'annonce du handicap de son enfant, l'impossible réconciliation avec sa mère, le placement de son fils en famille d'accueil, etc. L'intervention auprès de Fabienne a consisté en une présence régulière auprès d'elle afin de l'accompagner dans le développement de ses capacités parentales et de la soutenir lors des événements précédemment mentionnés. Cependant, la période périnatale n'a pas offert à Fabienne un *timing* pour le changement. La faible capacité de changement chez Fabienne s'est traduite par l'utilisation de stratégies d'adaptation inadéquates et a engendré une répétition intergénérationnelle des formes de négligence. Le dénouement des conflits socio-affectifs de Fabienne, s'il est possible, requiert un travail d'accompagnement de longue durée qui dépasse le cadre de l'intervention en hôpital.

Discussion

Le modèle de Larose et Fondaire n'a pas été spécifiquement élaboré pour répondre aux besoins de l'intervention auprès des familles en période périnatale. Cependant, les vignettes cliniques montrent que la grille de lecture qu'il propose est très pertinente pour mieux appréhender « le sens de la crise » chez ces personnes. Ce modèle permet de mettre en évidence comment la crise surgit à la jonction du territoire et de la trajectoire des personnes affectées.

La période périnatale est en soi propice à un retour de certains aspects de la trajectoire personnelle des parents, à leur propre enfance et à la manière dont ils ont été eux-mêmes élevés. Les crises en période périnatale font resurgir des événements passés difficiles ou traumatisants non résolus. La trajectoire des mères de ces vignettes cliniques est marquée par une forme ou une autre de blessures et d'abus profonds faisant obstacle à l'apprentissage de la maternité.

Ce modèle laisse également une place prépondérante à l'analyse du territoire des parents. Il

permet de mettre en évidence la présence de conditions de vie et de systèmes relationnels qui vont aller en faveur ou à l'encontre du développement des capacités parentales. Dans les situations relatées dans les cas cliniques, les territoires des mères étaient ou bien vides de relations significatives ou bien porteurs d'éléments relationnels nocifs. Dans tous les cas, leur isolement était marquant.

La grille de lecture proposée permet également d'avoir un aperçu de la subjectivité des personnes affectées, une subjectivité qui va teinter leurs perceptions. Tenir compte de cette dimension est d'autant plus nécessaire pour l'intervention auprès des parents durant cette période que leurs subjectivités peuvent diverger de celle des intervenants, qui ont eux aussi une subjectivité tributaire d'une trajectoire et d'un territoire. Plus l'écart de subjectivité est grand, plus il est nécessaire « [...] pour le professionnel de se décentrer de lui-même afin d'entendre la subjectivité de l'autre et de l'aider au moment précis où il atteint sa limite particulière » (Larose et Fondaire, 2007 : 98). Par exemple, l'analyse des trajectoires et des territoires permet de mieux comprendre pourquoi une grossesse inattendue chez Fabienne va être porteuse d'espoir, alors qu'une remarque un peu vive d'une infirmière peut fortement ébranler une personne comme Sonia, ou encore qu'une mère au territoire affaibli, comme Patricia, va s'accrocher au territoire temporaire de l'hôpital pour chercher sens et réconfort à la suite du décès de son bébé.

Enfin, l'étude de la trajectoire et du territoire des parents permet de déterminer les facteurs dont dépendra l'issue de la crise, notamment les conditions liées à la qualité de l'environnement des parents (comme la présence d'un réseau social et familial soutenant) et leurs ressources personnelles (comme l'adoption de stratégies d'adaptation adéquates et leur capacité à résoudre certains conflits intérieurs). L'intervention visera donc à renforcer les atouts des familles en les aidant à développer des liens soutenant autour d'eux et à les guider vers un dépassement de leurs limites personnelles. Lorsque l'intervention s'accompagne d'un *timing* d'ouverture chez les parents, elle peut les aider à traverser cette période de déséquilibre intense et à en sortir grandis.

Cependant, il semble que pour une personne ayant vécu une trajectoire trop difficile et ne pouvant pas s'appuyer sur un territoire solide et réconfortant, la parentalité ravive des douleurs sous-jacentes et se rajoute à la série de crises connues par le passé. L'intervention à court terme peut apporter un certain apaisement temporaire, mais force est de constater que le terrain de la personne demeurera fertile aux crises.

Conclusion

Nous avons souligné en début d'article plusieurs défis liés à la pratique des travailleurs sociaux en milieu hospitalier depuis plus d'une décennie, des défis auxquels l'intervention en gynéco-obstétrique et en néonatalogie n'échappe pas. Il s'agit de la réduction du temps imparti à l'intervention, la technicisation des tâches au détriment des rôles de *counselling*, de soutien et de défense, et la constante nécessité d'affirmer la place de l'intervention psychosociale dans un milieu à prédominance médicale. Dans un tel contexte, certains affirmaient déjà en 1996 que « le premier défi du service social consistera à développer davantage de modèles d'intervention où l'évaluation allie à la fois la brièveté dans le temps et la précision dans la saisie de l'état émotif et social du système-client, tout en permettant d'établir rapidement la relation à lui » (APSSMSQ, 1996 : 188). C'est dans cette ligne de pensée que nous avons proposé dans cet article d'adapter le cadre d'analyse du modèle d'intervention de crise de Larose et Fondaire à l'intervention périnatale en milieu hospitalier.

Il ressort de cette tentative que ce cadre d'analyse peut apporter des éléments positifs aux défis de l'intervention périnatale en milieu hospitalier, et ce, sur plusieurs plans. Sur le plan de l'intervention auprès des familles, ce cadre d'analyse permet à l'intervenant, dans un temps relativement court, de cerner les problématiques plus profondes du vécu des personnes concernées, d'aider à la compréhension de la crise qu'elles traversent, et d'orienter les interventions en fonction des facteurs de risque et de protection relevés dans leur trajectoire et leur territoire. Ce cadre d'analyse permet également d'évaluer et de mettre en évidence les dimensions psychosociales nécessitant une intervention de *counselling*, de soutien et de défense, et

de donner un sens aux tâches bureaucratiques, comme les cas cliniques ont pu l'illustrer. Sur le plan du travail interdisciplinaire, le cadre d'analyse proposé donne à l'intervenant des concepts accessibles et un vocabulaire simple et évocateur qui peuvent l'aider à communiquer aux équipes médicales les particularités psychosociales de chaque famille et à faire valoir son expertise lors de la réalisation d'interventions conjointes. Enfin, et peut-être avant tout, ce modèle invite à poser un regard global et concerné sur les situations vécues par les familles au moment de la naissance de leur bébé – un regard qui, nous l'espérons, peut les aider à traverser au mieux la période périnatale, et ce, malgré les difficultés présentes. En fin de compte, c'est du bon développement et du bien-être des générations de nouveau-nés futurs qu'il s'agit et l'application de ce modèle peut y contribuer.

Descripteurs :

Périnatalité - Québec (Province) // Service social médical // Père et nourrisson // Mère et nourrisson
Infants (Newborn) - Care - Québec (Province) // Medical social work // Father and infant // Mother and infant

Note

1 Nous préférons dire le conjoint de la mère plutôt que le père de l'enfant, car le conjoint de la mère n'est pas toujours le père de l'enfant. Il peut également s'agir d'un partenaire de même sexe.

Références

- Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec (APSSMSQ) (1996). Le virage ambulatoire et le service social en milieu de santé. *Réflexions et propositions, Service social*, 45 (3), 175-191.
- Bachman, D., & Lind, R. (1997a). Perinatal social work and the high risk obstetrics patient, *Social Work in Health Care*, 24 (3), 3-19.
- Bachman, D., & Lind, R. (1997b). Perinatal social work and the family of the newborn intensive care infant, *Social Work in Health Care*, 24 (3), 21-37.
- Bell, L., Goulet, C., St-Cyr Tribble, D., et Paul, D. (2004). Établissement du lien mère-enfant et père-enfant à la période périnatale, *Perspective infirmière* (juillet/août), 12-22.
- Berthiaume, J.-F. (2008). De quelques enjeux et défis structurels pour la pratique du travail social en milieu hospitalier, *Intervention*, 128, 6-14.
- Berthiaume, J.-F. (2009). Origines et construction du travail social médical en milieu hospitalier, *Intervention*, 131, 89-97.
- Casse, I., et Polomeno, V. (2010). L'adaptation des pères à leur premier nouveau-né, *Soins pédiatrie-puériculture*, 255, 38-41.
- Genesoni, L., & Tallandini, M. A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: an analysis of the literature, 1989-2008, *Birth*, 36 (4), 305-318.
- Keating-Lefler, R., Hudson, D., Campbell-Grossman, C., Fleck, M. O., & Westfall, J. (2004). Needs, concerns, and social support of single, low-income mothers, *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 381-401.
- Larose, S., et Fondaire, M. (2007). *Détresse psychologique en situation de crise*. Outremont : Les Éditions Québecor.
- Lederman, R. P. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy: assessment of seven dimensions of maternal development* (2 ed.). New York: Springer Pub. Co.
- Leichtentritt, R., Blumental, N., Elyassi, A., & Rotmensch, S. (2005). High-risk pregnancy and hospitalization: the women's voices, *Health & Social Work*, 30 (1), 39-47.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment, *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (3), 226-232.
- Martin, C., et Boyer, G. (2000). *Naître égaux – grandir en santé : un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (1999). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu hospitalier*.
- Poirier, M. (2007). La crise dans tous ses états, dans S. Larose et M. Fondaire (Eds.). *Détresse psychologique en situation de crise* : 19-49. Outremont : Les Éditions Québecor.
- Séguin, M., Brunet, A., et Leblanc, L. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Wilson, L., Reid, A., Midmer, D., Biringer, A., Carroll, J., & Stewart, D. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes, *Canadian Medical Association Journal*, 154 (6), 785-799.