

## Entretiens Saint-Pierre

### Un médecin généraliste B1

Quelles sont les particularités de la prise en charge des mères qui ont des problèmes de dépendance à des substances ?

Aaah (rire), ben la particularité c'est déjà de voir toute la place du produit dans la vie des mamans, quel rôle il joue ? Au-delà du fait qu'on doit se battre contre beaucoup de stigmatisations pour des drogues, c'est un peu replacer quel est le rôle du produit dans la vie de la maman et avec l'arrivée d'un petit, comment est-ce qu'on peut jongler avec les deux ? C'est vraiment d'amener à pouvoir déculpabiliser la maman d'une part dans la consommation du produit et d'un autre côté conscientiser les effets que peut avoir le produit sur le nouveau-né. Ce sont des mamans qui ont des lourdes histoires, des mamans abîmées et que c'est donc une prise en charge vraiment particulière.

Comment privilégiez-vous l'accueil au sein du service ?

C'est un accueil bas seuil donc la porte est ouverte, il n'y a pas vraiment d'horaire. Moi je suis là le jeudi après-midi de 14 à 18 heures et le vendredi matin, il n'y a pas de rendez-vous alors qu'à l'hôpital on a 5 minutes de retard et on ne vous reçoit pas alors qu'ici ça n'est pas du tout comme ça. Et il peut y avoir des moments où ils disent qu'ils viennent et ils ne viennent pas mais ce n'est pas pour ça que deux semaines plus tard ou 2 heures plus tard on ne les accueille plus, enfin voilà c'est vraiment une porte ouverte.

Comment créez-vous un climat de confiance au moment des premières consultations ?

C'est un accueil bienveillant et non jugeant dans un monde médical qui est fort jugeant dans la problématique par rapport à la toxicomanie. Et donc voilà ce sont des sujets où ce n'est pas évident d'en parler et donc de créer un climat de confiance. C'est des gens qui ont souvent vécu des ruptures ou des expériences difficiles avec le milieu médical et donc c'est difficile d'installer un climat de confiance mais c'est ce qu'on essaye de faire et parfois ça se fait petit à petit. On reste dans le local à boire un café et manger quelque chose avec la maman et c'est vraiment l'amener progressivement à montrer que la porte ici est ouverte et qu'on n'est pas du tout dans le jugement. Mais c'est sûr que ce n'est pas évident parce qu'on voit parfois des mamans très méfiantes parce qu'elles ont connu tellement de choses difficiles que ce n'est pas évident.

Pour vous, est-ce que la pluridisciplinarité est vraiment importante ici dans le service ?

Indispensable, indispensable parce que je pense qu'on a toutes nos spécificités et parfois on va toutes jouer un peu « le rôle de l'autre », parfois je vais aborder des questions sociales, des questions psychologiques mais je n'ai pas le bagage pour m'occuper de ça donc je vais parfois référer. Mais on accueille toujours ce que la patiente dit, on écoute et parfois je dis ben voilà moi là se sont mes limites mais ma collègue peut s'occuper de ça donc c'est chouette d'avoir une équipe derrière soi. Et même quand moi j'ai des doutes et que j'ai des gens à qui parler, c'est indispensable dans la prise en charge.

Comment est-ce que vous impliquez les parents dans les soins et dans le traitement de leur nouveau-né ?

C'est vrai que moi je m'occupe moins du traitement, c'est plus la pédiatre qui s'en occupe. Moi je vois moins les enfants, maintenant c'est sûr que quand j'entends comment ça se passe à l'hôpital, notre sage-femme va parfois à l'hôpital faire les soins et c'est un renfort dans les équipes de maternité d'avoir une personne spécifique qui vient et qui prend le temps de dire aux parents ben voilà comment donner le bain, comment faire ça, ... C'est vraiment important d'avoir quelqu'un qui va à la maternité, nos équipes qui vont à domicile, notre sage-femme qui va un peu voir comment se passent les premiers soins en post-partum et déjà en pré-partum il y a un travail qui se fait.

Au niveau de la promotion de la santé, vous devez en faire beaucoup par rapport aux dépendances ?

Heu, c'est vrai que si je devais comparer par rapport à mon cabinet où on parle d'alcool avec les quantités de l'OMS, ici c'est vrai que parfois on n'est plus dans ce système de « tu bois combien de verres par semaines, ... ». Maintenant, moi j'essaie toujours de les conscientiser par rapport à tout ça et par rapport à la prévention ne fut-ce que pour les IST et tout ça, on en parle beaucoup.

C'est en général un suivi qui est régulier ici ?

C'est au cas par cas, parce qu'il y a des mamans qui viennent une fois par mois, chez moi en tout cas chercher leur ordonnance de méthadone mais qui ont un traitement avec lequel elles sont bien et tout roule et elles sont bien avec ce dosage-là donc on n'y touche pas. Après il y en a qui viennent toutes les semaines ou plusieurs fois par semaine parce qu'il y a deux médecins (je parle du côté médecin), deux médecins généralistes, une qui vient le mardi et moi je suis là le jeudi et le vendredi et parfois il y en a qui viennent le mardi et qui reviennent chez moi le jeudi et le vendredi. Il y en a qui perdent leur ordonnance donc ce sont quand même des suivis assez réguliers et parfois il y a des gens qu'on voit deux fois puis qu'on ne voit plus du tout et qui réapparaissent 6 mois plus tard. Parfois ce sont des suivis ponctuels autour de la grossesse, des parents que l'on va voir parce qu'on est alertées par un service de gynécologie ou un planning et on va les voir au moment de la grossesse, un peu avant l'accouchement et puis après.

Est-ce que le soutien social est vraiment essentiel à mettre en place ?

Ah oui oui, oui tout à fait. Et comment faites-vous au sein des consultations ?

C'est vrai que par exemple, par rapport à l'accès aux soins, ici tout est accessible gratuitement, les consultations enfin voilà tout est gratuit ici. Mais moi j'essaie quand même de conscientiser que l'accès à un traitement, l'accès aux consultations à l'extérieur sont importants et il y a la mutuelle ou la carte santé, donc il y a plein de choses qu'on peut mettre en place avec notre assistante sociale qui accompagne les patientes dans les CPAS et tout ça. C'est important de leur expliquer qu'ici c'est gratuit mais qu'à l'extérieur hélas ça ne l'est pas donc j'essaie aussi de travailler avec le fait qu'ils aient un médecin traitant mais parfois c'est compliqué parce qu'ils me voient comme un médecin généraliste mais je ne suis pas là tous

les jours donc je ne suis pas comme un médecin de famille qu'on peut appeler quand ça ne va pas. Ce qui est compliqué par exemple c'est que l'accès aux soins par exemple avec des maisons médicales c'est vraiment chouette parce que c'est un forfait, ils ne doivent pas payer, ils doivent seulement être en ordre de mutuelle ou avoir la carte santé mais le problème c'est que du coup s'ils vont là-bas, ils ne peuvent pas venir voir d'autres médecins généralistes, mais donc c'est compliqué d'associer les deux mais on essaye de toujours trouver des arrangements. On essaye de leur trouver un accès aux soins, la recherche d'un logement parce qu'il y a beaucoup de patients avec des problèmes de logement, quelques-uns qui sont à la rue, l'accès aux colis alimentaires, voir un peu quelles sont les ressources, donc oui c'est vraiment un gros travail.

En quoi est-ce différent d'une prise en charge générale/habituelle ?

Je pense qu'ici justement ce qui est chouette c'est que c'est un petit cocon où on pousse la porte et où on a accès à la psychologue, l'éducatrice et parfois on peut juste venir se poser, boire un café et manger un croque-monsieur. Nous on essaye aussi de faire le relais avec d'autres services qui existent en étant conscient des difficultés et des fragilités que les mamans rencontrent et que c'est vraiment dans cet accueil qu'on essaye de ne pas être dans le jugement. Nous par exemple on est parfois en lien avec l'hôpital Saint-Pierre et parfois les hospitalisations sont compliquées. Par exemple, je voyais une maman qui était sous méthadone à l'hôpital et ses traitements sont parfois peu connus ou parfois il y a des préjugés autour de ça et donc il faut attendre qu'elles soient en manque avant de donner de la méthadone donc parfois je les trouvais dans des états pas possibles. Non seulement, elles venaient d'accoucher et en plus elles étaient en manque et on leur donnait leur traitement quand elles montraient des signes de manque donc nous on est déjà allé dans les hôpitaux en donnant des « mini mini » séminaires en expliquant les bases du traitement et en disant que ce n'est pas comme ça qu'il faut les traiter. Ce sont parfois des patients qui vont paraître plus vite touchés par ce qu'on leur dit mais c'est parce qu'ils sont fragiles à la base et parfois ça ressort sous une forme d'agressivité, mais c'est parce que ce sont des gens qui sont fragilisés et qui ont peur. Quand on n'est déjà pas très bien mais qu'en plus on a ce regard sur nous... J'ai déjà eu des remarques qui ont été faites à moi du style à ce sont les petits bonbons du week-end, une remarque vraiment trash, si déjà ça me blesse en tant que professionnel, je n'imagine pas ce qu'elles doivent parfois entendre, donc je pense qu'ici il y a vraiment un accueil bienveillant.

Comment travaille-t-on la question du lien mère-enfant en tant que médecin ?

Hum, c'est vrai que c'est plus en tant que médecin qui travaille dans les consultations pys parce que moi je n'ai pas le bagage pour travailler ça mais c'est vrai que quand ils viennent chez moi, on parle des enfants et tout ça mais c'est plus informel. J'essaie de laisser venir ce qu'eux disent sur comment ils le vivent, leurs questions par rapport aux consommations qu'il y a eu pendant la grossesse ou pas. Eux vont plus venir ici avec leur culpabilité et leur consommation qu'ils ont eues, quel impact ça a eu et on travaille cela ensemble. Il y a des consommations qui peuvent avoir des conséquences, on surveille et on travaille avec les spécialistes. C'est plus répondre à leurs interrogations et comment ça se passe avec les enfants, ce qu'ils ressentent. Par exemple, j'ai eu une maman pour qui c'était très difficile,

avoir un bébé dans le ventre c'était comme « un aliène » dès qu'elle percevait les mouvements donc j'essayais de l'aider et de référer à la sage-femme et la psychologue.

A quel moment est-ce que vous pensez que c'est important de mettre en place le lien mère-enfant ?

Le plus vite possible, dès la naissance. Même dès le début de la grossesse. Mais que parfois on doit accepter qu'à un certain moment c'est trop difficile pour certaines futures mères comme dans mon exemple, alors on doit pouvoir entendre ça aussi et le construire petit à petit et parfois à l'accouchement il y a un « déclic » et une conscientisation qu'elle a un petit être en elle. Les consultations avec la sage-femme et la préparation affective à la naissance et tout ça ce sont des choses qui sont importantes à mettre en place. Mais parfois aussi quand elles sont dans une consommation active, c'est très difficile de parler de ça pendant la grossesse parce qu'il y a toute cette culpabilité où elles sont conscientes de ce qui se passe mais il y a des choses plus fortes qu'elles et ça aussi c'est important de l'accueillir sans juger parce que c'est sûr qu'une femme enceinte qui consomme c'est plein de stigmatisation et de jugement. Donc ne pas toujours revenir avec « et ton bébé et ton bébé » alors qu'elles sont déjà dans la culpabilité.

Justement, est-ce que vous percevez parfois un sentiment de culpabilité de la part des parents face aux syndromes de manque de leur enfant ?

Oh oui souvent, quasi tout le temps en fait.

Comment y faites-vous face ?

Moi je pense que c'est important de leur expliquer vraiment ce qui se passe dans un traitement de sevrage et qu'on est là pour les aider, qu'on est là pour elles mais je pense que la plupart des mamans posent la question de savoir comment ça va se passer à la naissance, mais le sevrage on ne peut pas le prévoir. Donc c'est vrai que c'est compliqué de se dire aussi que je prends un traitement que je dois maintenir afin de me sentir bien. C'est important de pouvoir les informer et de les accompagner là-dedans parce que c'est certain que les consommations ont des répercussions sur l'enfant mais je pense que c'est important de les conscientiser, de ne pas les culpabiliser et de les accompagner en leur donnant des solutions pour les soulager, on est attentif à ça.

Comment est-ce que vous accompagnez les parents aux comportements que l'enfant pourrait avoir comme syndrome de manque à la naissance ?

Pendant le sevrage ? Oui ! On explique les symptômes mais ce n'est pas évident parce que ce n'est pas parce qu'un enfant pleure et est irritable que c'est forcément un sevrage. C'est quelque chose qu'on évalue après quelques jours. Avec la sage-femme on fait des co-consultations où vraiment on explique les scores de Finnegan. Comment on fait ? On donne des stratégies pour calmer l'enfant mais c'est vraiment du cas par cas aussi.

En quoi la prise en charge pourrait-elle être améliorée si elle était spécifique ?

Je pense que le plus grand facteur c'est la méconnaissance du traitement, de la prise en charge qui parfois amène à faire des choses qui ne sont pas adéquates même si c'est fait à la base

avec bienveillance et qui du coup sont vécues de manière très agressive par les patientes qui ne comprennent pas pourquoi elles sont traitées comme ça.

Ce sont des formations que par exemple en médecine je n'ai pas du tout eu et que c'est en travaillant ici que j'ai appris à connaître les traitements, les sevrages qui sont assez spécifiques. Il n'y a rien à faire mais aujourd'hui il y a encore des jugements malgré tout et même si on ne le dit pas dans notre langage, dans le non-verbal ça se voit souvent que c'est compliqué et parfois des choses anodines vont vite être mal vécues parce qu'il y a ce jugement. Maintenant, il est essentiel de travailler avec l'hôpital parce que tout le monde devrait pouvoir accueillir n'importe qui sans jugement mais dans la réalité des faits, ce n'est pas toujours le cas. Et même parfois au niveau financier, il y a beaucoup d'hôpitaux qui n'accueillent pas les patients quand il n'y a pas de couverture sociale. J'ai un collègue qui a fait tout un travail sur l'accueil des patientes toxicomanes aux urgences et il y a quand même des différences qui sont effrayantes et on le voit dans les services d'hospitalisation aussi. Maintenant on fait des petits séminaires dans les hôpitaux pour essayer de mieux faire connaître les produits, comment un traitement de substitution fonctionne, ce qu'il faut faire et ne pas faire. On voit que la méconnaissance fait faire des erreurs. C'est pour ça que c'est vraiment intéressant de travailler en partenariat avec l'hôpital.

Est-ce que vous avez suivi une formation concernant la prise en charge des mères toxicomanes ?

Moi j'ai appris beaucoup ici avec les collègues et j'ai fait des formations sur la toxicomanie, j'ai été à beaucoup de séminaires à ce sujet. L'année prochaine je suivrai une formation sur les produits, comment accompagner les patients toxicomanes, pas les mamans spécifiquement mais plus de manière générale.

Quelles sont les avantages de la spécificité du service ?

J'ai l'impression de me répéter, pour moi c'est l'accueil bas seuil, l'accueil multidisciplinaire, le fait de ne pas avoir d'horaire, de ne pas avoir de frein financier, le fait d'être à proximité de l'hôpital et d'avoir des liens avec l'hôpital. Avoir un lieu où ils peuvent venir avec leurs enfants et parfois des parents qui n'ont plus la garde de leurs enfants viennent ici. Etre soutenant dans leurs projets, il y a quand même plein de ressources que l'on peut mobiliser ici.

Et les inconvénients au sein du service ?

Oh les inconvénients. Je pense que parfois cette équipe pluridisciplinaire peut faire un peu peur parce que ce sont beaucoup d'intervenants et lors d'un suivi ça peut effrayer les mamans et être aussi vécu de manière un peu oppressante parce qu'on veut tous apporter notre aide et ça peut être vécu comme envahissant.

Quel lien avez-vous avec l'hôpital Saint-Pierre en tant que médecin ?

C'est en construction, je dois parfois faire des séminaires, donner des traitements de méthadones, pouvoir essayer de travailler ensemble. Ils nous appellent quand ils ont besoin de nous dans leur service plutôt que de manière systématique. Maintenant parfois je me demande si on ne devrait pas être plus présent mais participer à toutes leurs réunions, ce n'est pas possible. En faisant les séminaires c'est chouette parce qu'à la fin c'est un moment de

rencontre, de questions-réponses, ce sont des échanges et eux aussi peuvent nous apprendre des choses.

## **Une assistante sociale B2**

Quelles sont les particularités de la prise en charge des mères qui ont des problèmes de dépendance à des substances ?

De mon point de vue d'assistance sociale je dirais que la particularité c'est lié (hésitante) à des personnes qui sont peu mobilisables, qui restent souvent fort dans le milieu de la toxicomanie en lui-même, il y a beaucoup de honte et de difficulté à aborder d'autres services, ... donc moi j'accompagne beaucoup dans la prise en charge des patientes toxicomanes.

Comment les prenez-vous en charge ?

Ici la spécificité de notre service c'est d'avoir pas mal de disponibilités pour éventuellement aller les chercher à la maison, les accompagner. J'ai l'impression aussi que j'ai un boulot qui sert parfois bêtement, très très bêtement de tampon, de traduction entre les intervenants extérieurs et la patiente dans sa réalité de patiente avec une problématique de toxicomanie. Une traduction avec les mamans qui ont perdu un peu leur soutien social, c'est difficile d'y faire face parfois c'est vite jugé quand elles sont enceintes ou quand elles sont mamans, une maman toxico n'est pas terriblement bien vue donc il y a énormément de jugement et il faut un peu jouer un rôle de tampon pour trianguler les relations. Je parle de ce côté du métier quand je parle de dames enceintes ou de mères ou de papas ou bien de parents qui n'ont plus la garde de leur enfant enfin c'est vraiment en général.

Comment est-ce que vous privilégiez l'accueil au sein de votre service ?

Déjà, c'est institutionnel notre prise en charge, le fait d'être dans la clinique du bas seuil c'est la conditionnalité, ce n'est pas arrêter le suivi dans le temps et il n'y a aucune mesure d'exclusion, il n'y en a jamais. Que la personne arrive pétéée ou pas pétéée, ... bon maintenant s'il y a des troubles du comportement, on va inviter la personne à s'en aller surtout s'il y a des troubles par rapport aux autres. Mais l'accueil est inconditionnel et de mon point de vue d'assistante sociale le fait d'accueillir des mamans qui n'ont pas d'accès aux soins enfin des mamans, je dis toujours de mamans parce que vous êtes sage-femme (rire) mais les papas aussi illégaux ou sans mutuelle, ... tous on les accueille et on s'arrange après pour trouver des solutions.

Comment est-ce que vous créez un climat de confiance avec les patientes ?

Je trouve que parfois c'est compliqué, ce qui est compliqué pour moi, la principale difficulté c'est dire on vient, on se présente en se disant on est là pour vous soutenir, on a ce truc d'accueil, l'accueil c'est très BABA chez nous puisqu'on donne à manger et à boire donc c'est vraiment dans le besoin primaire, on est assez maternant. Dans l'accueil, il y a aussi l'idée d'être fiable, on est là et on est là tout le temps, pas forcément le week-end et le soir mais on a quand même des disponibilités par moment qui sont un peu élastique donc on est assez maternant et assez soutenant et on dit vous n'êtes pas obligés, non non vous n'êtes pas obligés de voir parentalité et addiction ça c'est principalement les mamans qui vont arriver via

les consultations gynéco ou quelque chose comme ça ou la néonate, on dit non non il n'y a pas d'obligation. Mais quand même, s'il n'y a pas de prise en charge, ça risque d'aller au SAJ et ça je pense que c'est le nœud avec lequel je suis mal à l'aise dans mon métier c'est ce truc de dire non non il n'y a pas d'obligation, si s'il y en a et je trouve ça sournois. Je ne sais pas comment l'amener mieux parce que cet accueil est là quand même et on a cette confiance, cette durée, quelque chose qui se crée et il y a un lien fort et les mamans ont l'occasion d'expérimenter, quelque chose qu'elles n'ont pas encore vécu mais il y a quelque chose de biaisé au départ parfois.

Comment est-ce que vous impliquez les parents dans les soins et le traitement des enfants ?

Dans le discours de se dire, j'ai l'impression que ça me touche moins directement mais c'est vrai que c'est quand même la réalité, les mamans ici n'ont pas beaucoup d'argent donc oui il faut se mettre en route et faire valoir ses droits pour le bien-être de l'enfant donc c'est plus détourné enfin c'est moins direct que la sage-femme ou que la psy peut-être. Enfin c'est quand même, je représente quand même la réalité tout de suite donc j'ai quand même ce rôle-là.

Et au niveau du soutien social comment est-ce que vous vous faites pour qu'elles aient du soutien ici et en dehors du service ?

C'est difficile, premièrement il faut savoir que dans le milieu de la toxicomanie on reste fort « enfermé » dans le milieu de la toxicomanie, c'est difficile d'aller trouver, d'aller chercher un médecin traitant à l'extérieur qui ne soit pas du milieu. Pour une toxico qui est dans le réseau depuis longtemps, c'est difficile de raconter son histoire donc c'est un peu compliqué. Au sinon le réseau, une partie de mon boulot c'est de favoriser le réseau enfin par exemple, un papa qui doit aller au CPAS, je vais téléphoner à l'assistante sociale du CPAS et si possible je vais l'accompagner et je vais essayer d'avoir un vrai contact social de face à face donc je connais plein de gens et s'identifier ça reste important au sinon un email qui est plus informel ça me paraît compliqué parce que ce sont des gens qui nécessitent plus d'explications parce que les travailleurs sociaux nécessitent plus d'explications donc ça nécessite vraiment d'avoir un réseau très très fort.

En quoi est-ce différent d'une prise en charge générale/habituelle ?

Le truc d'être derrière et d'accompagner de façon très proactive, parfois maternante. Le truc ce n'est pas de faire complètement pour enfin on ne fait pas uniquement avec parfois on fait un peu plus à la place de et il faut rester vigilant parce que c'est gens sont, je n'aime pas dire ça comme ça parce que ça fait vraiment étiquette mais enfin oui ils sont assez peu mobilisables ou en tout cas plus difficilement mobilisables et donc on doit quand même porter beaucoup plus je crois que dans d'autres milieux.

Comment travaille-t-on la question du lien mère-enfant ?

Je travaille plus dans la zone d'accueil donc ici à Alizées directement quoi ou sinon j'ai aussi pas mal de visites à domicile, dans les visites à domicile, je suis plus dans le lieu du bébé donc je travaille le lien plus là quoi.

A quel moment est-ce que vous pensez que c'est important d'installer ce lien ?

Tout le temps, tout le temps, peut-être parce que c'est parentalité et addiction, c'est parentalité d'abord donc on est tout le temps là-dedans.

Percevez-vous parfois un sentiment de culpabilité de la part des parents face aux syndromes de manque de leur enfant ?

Oui bien sûr, horriblement oui.

Et comment est-ce que vous y faites face ?

Par des explications, que les mamans soient outillées aussi avec un savoir et c'est renforcer aussi par le médecin qui fait son travail de pharmacie. En entourant beaucoup et en expliquant. Mais ça a toujours un lien avec la façon qu'on peut avoir de travailler de se souvenir de ce qui est important, d'être dans un sentiment de sécurité. Beaucoup de toxico dans leurs histoires ont du mal avec le sentiment de sécurité et donc c'est renforcer ça et c'est renforcer ça aussi bien directement avec leur enfant que dans notre contexte de façon générale quoi c'est savoir qu'on peut expérimenter des liens fiables, des sentiments de sécurité et c'est quand même ce qui se vit au travail du sevrage du bébé aussi quoi.

Comment est-ce que vous préparez les parents au comportement que l'enfant va avoir lorsque la patiente est enceinte ?

On est très clair dans les explications vraiment nous expliquons que quand le bébé est en sevrage, il est irritable inconsolable, difficile et que donc il devra y avoir du peau à peau et tout ça et donc on est hyper clair avec le traitement médicamenteux qui suit évidemment quoi. La plupart des mamans ont une envie de diminuer leur méthadone très vite pour que le bébé en soit débarrassé quoi et donc ce qu'on fait c'est parler de leur sentiment de manque à elles, qu'elles percutent que pour l'enfant ce n'est pas plus chouette d'avoir un sentiment de manque et que donc il est couvert tout le temps avec un peu plus de méthadone quoi.

Quelles stratégies vous mettez en place pour calmer les enfants ?

Le peau à peau essentiellement.

En quoi la prise en charge pourrait-elle être améliorée si elle était spécifique ?

Par rapport à un autre service je crois que le premier truc c'est de savoir que les mères peuvent parler de tout et y compris des horreurs ce qui est difficile mais on essaye de ne pas émettre de jugements péremptoirs. On accompagne avec les horreurs qu'on peut entendre. La plupart des gens disent mais oui mais il faut qu'ils arrêtent mais qu'est-ce qu'on fait quand ce n'est pas possible, c'est accompagner ces paroles qui ne peut pas être forcément dites ailleurs.

Quels avantages y a-t-il dans ce service ?

Je trouve que c'est heu moi j'adore travailler ici j'y suis depuis 4 ans et j'ai l'impression d'être à ma place parce que j'ai l'impression qu'il y a cette vraie bienveillance et cette conviction que ces mères font ce qu'elles peuvent quoi. Même si ce n'est pas terrible, elles font ce qu'elles peuvent.

Et les inconvénients du service ?

C'est épuisant heu pour le travailleur c'est quelque chose qui est épuisant parce qu'on est amené à toujours faire beaucoup pour, à avoir du mal à ne pas se faire bouffer, y compris à l'extérieur en dehors des heures parce qu'on sait bien que le temps d'une toxicomane ce n'est pas le temps social et donc respecter des heures ce n'est pas possible donc on a tendance à se faire bouffer et éventuellement le week-end, le soir mais pas toujours. Moi personnellement, je n'ai pas de problème à couper mon téléphone mais quand même, si je sais que c'est compliqué je vais laisser mon gsm allumé tout le temps donc émotionnellement c'est un boulot qui bouffe et les inconvénients pour les patients, il y en a plein aussi. C'est lié à notre accueil bienveillant parce que c'est difficile d'avoir une confidentialité et par moment c'est très gênant je trouve, le fait de se dire qu'elles sont fort mises à nu et le fait de rester dans le réseau et donc elles se connaissent et se reconnaissent.

Est-ce que vous avez été formée pour prendre en charge les mères toxicomanes ?

J'ai plein de petites formations sinon avant j'ai travaillé pendant 20 ans en psychiatrie et donc ma formation vient de là.

En tant qu'assistante sociale, quels liens est-ce que vous avez avec le service Saint-Pierre ?

En tant qu'assistante sociale, quand on a une situation qui arrive, on est deux à aller rendre visite et c'est celles qui sont là donc ça peut-être une éducatrice, une psy, ça peut être n'importe qui et donc ça peut-être moi aussi. Et j'ai des contacts avec les assistantes sociales du service qui prennent leur part de boulot durant l'hospitalisation. Oui j'ai quand même pas mal de liens avec le service de néonatalogie et de maternité mais je crois que ça pourrait-être optimisé, voilà c'est basique quoi.

## La psychologue B3

Quelles sont les particularités de la prise en charge des mères qui ont des problèmes de dépendance à des substances ?

Donc les choses importantes à savoir, ça dépend quand on les rencontre, pdt la grossesse ou parfois en début de grossesse et parfois l'enfant est déjà né. Donc si on a l'occasion de les rencontrer en début de grossesse, on leur explique tous les risques que le bébé encoure avec les substances toxiques qu'elles prennent et donc bien souvent elles ne pensent pas à ça parce qu'elles sont tellement habituées à prendre des substances toxiques comme des drogues mais aussi des médicaments qui sont toxiques aussi, elles continuent à en prendre et elles ne réalisent pas que leur bébé en souffre aussi. Quand on leur dit que le sevrage va être difficile

pour elle mais que le bébé aussi va ressentir ce sevrage alors elles sont toutes étonnées et elles commencent à se rendre compte qu'il y a un lien et donc ce suivi doit se faire avec l'aide d'un médecin. Elles ne peuvent pas décider elles-mêmes quand elles arrêtent quoi, il faut diminuer progressivement parce que le bébé va faire un sevrage aussi. Donc toutes ces informations on les transmet en début de grossesse. Si on n'a pas la chance de les voir pendant la grossesse alors on apprend le genre de substances qu'elles ont prises pendant la grossesse et on leur explique quand même les risques que le bébé peut avoir par exemple des malformations cérébrales, le syndrome d'alcool fœtal si elles ont bu, des problèmes neurologiques en tous genres, ... et donc d'emblée on leur dit mais ça c'est pour les mamans qui ne consomment plus ou qui ont arrêté en début de grossesse mais on leur dit que tous les enfants nés et suivi dans notre service vont rencontrer un neuro-pédiatre qui donc pourra vraiment les rassurer tout à fait par rapport à l'évolution de leur bébé enfin tout à fait, on n'est jamais tout à fait rassurer parce qu'on ne sait pas toujours comment l'enfant va évoluer. Mais par rapport à la consommation, si à 6 mois l'enfant évolue très bien, qu'il n'a aucun retard et qu'il est dans un bon environnement on peut se dire ok le bébé est comme n'importe quel autre enfant et donc il n'a pas subi les influences toxiques liées à la toxicomanie ou en tous cas, ça n'a pas empêché que le bébé évolue bien in-utéro. Heu si donc on rencontre la maman au moment de la naissance on leur explique tout ça. Par rapport à l'allaitement, on leur explique si c'est possible ou pas d'allaiter, on leur explique un peu que la substance toxique passe dans le lait ou pas en fonction de ce qu'elles prennent. Donc jusqu'il y a peu de temps on pensait que le cannabis par exemple passait très peu dans le lait. Toutes les études qui avaient été réalisées disaient ça et maintenant, c'est tout nouveau vraiment ça date de fin 2017, on réalise qu'en fait si, je ne sais pas comment ils ont fait les examens, est-ce que de nouveaux appareils existent pour mesurer le taux de THC dans le lait maternel, mais maintenant on constate qu'il passe très fort, il est même concentré. Donc on passe d'un extrême à l'autre, donc tout le monde s'adapte et aussi dans les services de maternité pour accompagner les mamans et dire que si ils consomment du cannabis il ne faut pas allaiter. Avant on leur disait d'abord d'allaiter puis de consommer du cannabis parce qu'il faut un certain nombre d'heures pour que le cannabis ne soit plus dans le lait mais là on sait que le taux de THC reste dans le lait maternel pendant des mois donc on ne peut vraiment pas allaiter. Donc ça c'est nouveau, on ne le savait pas. Par exemple une maman qui est sous méthadone, en-dessous d'un certain seuil donc pas une dose trop importante de méthadone, on leur dit qu'elles peuvent allaiter parce que le bébé a reçu une dose de méthadone pendant toute la durée de son développement in-utéro et donc il va continuer à en prendre mais comme lui grandit, grossit et qu'il se fabrique sa propre graisse progressivement il se sèvre tout seul. Donc même si la maman continue à prendre sa méthadone, lui progressivement il diminue la dose parce que ça va se diluer dans son organisme et dans ses graisses jusqu'au moment où l'allaitement se terminera. Ce ne sont pas des mamans qui allaitent pendant deux ans non plus, elles allaitent très peu et donc ça va se faire naturellement. Si par contre la dose de méthadone est trop importante, là effectivement on décourage l'allaitement. Si c'est des médicaments qu'elles prennent, là aussi on décourage parce qu'on sait bien que les médicaments sont souvent toxiques pour les bébés. Donc voilà ça c'est le genre de chose qu'on explique aux mamans, des informations qu'on transmet. Parfois elles ne se représentent pas bien les choses donc il faut qu'on recommence, on explique mais tout ça dans un cadre qui n'est pas jugeant ni menaçant, ce n'est pas si tu

fais ça, attention, non c'est leur expliquer qu'elles sont responsables maintenant et donc il faut qu'elles sachent ce qu'elles font et que ça a des conséquences sur leur enfant. Mais aussi pas seulement au niveau de la toxicomanie et de la substance elle-même mais aussi au niveau de leur comportement, par exemple si dans leur comportement toute la journée, elles doivent réfléchir combien d'argent elles ont, où elles vont acheter leur dose, quand, à quelle heure, chez qui, ... si tout leur temps passe à ça ben il n'y a plus de place pour un enfant donc là on leur dit non, là ça ne va vraiment pas, on ne peut pas élever un enfant comme ça. Il faut faire des projets pour l'enfant, il faut respecter son rythme et donc on ne va pas en plein milieu de la nuit chercher sa dose. Le petit il va où, enfin tous cela aussi on leur explique qu'au niveau de leur comportement, elles doivent aussi s'adapter aux besoins d'un enfant. Donc petit à petit on leur explique les besoins de l'enfant et la manière dont elles vont pouvoir elles assurer ces besoins tout en leur disant que personne n'est parfait et que s'il y a des zones, parce qu'on a certains repères, donc s'il y a des zones dans lesquelles vous ne pouvez pas répondre, il vaut mieux nous le dire et on essaye de mettre en place alors des services éventuellement qui peuvent vous aider et vous accompagner là-dedans et qui vont contrebalancer, mais il faut qu'elles soient assez transparentes et qu'elles nous communiquent ces informations. Parfois, elles sont suffisamment capables de réaliser alors que d'autres disent qu'au niveau intellectuel, elles n'ont jamais été stimulées donc elles ne savent pas comment on stimule un enfant, un bébé intellectuellement, ça me fait peur. Ok, on sait qu'on devra mettre en place par exemple un service d'aide éducative qui viendra expliquer à domicile quotidiennement pendant un temps ce qu'on fait avec un bébé. Et puis quand il grandit, qu'est-ce qu'on fait, ... Ou alors heu les besoins, ça c'est vraiment très important, ça prendra plus de temps à travailler toute la sphère affective, le bébé a des besoins affectifs mais il ne suffit pas de lui dire je t'aime ou de le prendre dans les bras ou de lui faire un bisou, un bébé a besoin de plus que ça pour se construire, il a besoin d'un lien de confiance, il a besoin de se sentir en sécurité. La sécurité c'est quelque chose qui est très difficile à acquérir quand on n'est pas fiable, quand on n'a pas un rythme régulier, quand on n'est pas posée, qu'on est stressée, tout ça le bébé ressent. On ne peut pas se poser, on ne peut pas faire confiance à quelqu'un qui n'est pas un minimum de ces 3 choses que ce que je viens de dire. Donc c'est toutes ces choses-là qu'on communique à la maman. L'aspect affectif c'est quelque chose qu'on va travailler d'abord vraiment sur du long terme, donc on donne des informations mais on sait qu'on va devoir y revenir, y revenir encore et on sait qu'on va surtout à un moment donné passer pas leurs histoires à elles (aux mamans). Je parle des mamans parce qu'on voit beaucoup plus souvent les mamans que les papas mais quand on a le choix on essaye de voir les papas c'est pareil, on les remet en situation. Vous quand vous étiez petit, à quel moment vous avez senti que vos parents finalement n'étaient plus tout à fait adéquats, quels étaient vos manques, de quoi vous avez manqué ? Ils nous disent qu'il leur a manqué ça, ça, ça. Donc voilà ça veut dire qu'un bébé a besoin de ça, ça, ça. Vous comment vous allez mettre en place des choses pour lui donner ça, pour ne pas qu'il ressente ce manque-là et puis c'est à partir de leurs observations. Si vraiment ils sont vraiment très loin et un peu à côté de la plaque, on essaye d'éclairer un peu les choses avec notre point de vue, par exemple moi j'ai constaté ça, j'ai vu ça et donc ben je pense que ça et ça vous allez devoir faire attention. Ou alors, le contraire, une maman par exemple que je suis est adorable, elle a des lacunes c'est sûr, elle a eu une histoire très difficile, ils ont tous une histoire très difficile avec des abus, des violences,

des grosses carences, ... mais donc une maman très peu sûre d'elle, elle est encore jeune elle a 28 ans maintenant, elle a 2 enfants et sans arrêt, elle me dit je n'y arrive pas, je n'y arrive pas, je suis une mauvaise mère alors là, j'essaie de faire jouer l'autre point de vue en disant, il y a des lacunes c'est sûr mais tout le monde a des lacunes mais maintenant il faut aussi voir le positif, ce que vous êtes capable de donner et vous êtes capables de donner beaucoup de bonnes choses, par exemple un cadre très structuré. « Oui mais je suis trop sévère et je crie tout le temps » mais au moins vous avez un cadre structuré et le cadre tient « oui mais c'est ... » mais ça c'est déjà très bien, on peut se construire avec ça. On essaye d'apporter un peu un éclairage sur ce qui nous paraît être à éclairer. Parfois ils sont trop dans le déni, « oui moi je sais tout » alors qu'on voit bien qu'il y a rien qui bouge donc on éclaire la partie qu'il faut vraiment mettre en route et parfois c'est le contraire, ils sont dans une telle honte, dans un tel dynamisme négatif, dans une telle image négative d'eux-mêmes qu'ils ne se rendent même pas compte qu'ils peuvent aussi donner des bonnes choses et donc là on éclaire un peu ça en soulignant et en les félicitant des bonnes choses qu'ils peuvent quand même donner, en essayant de leur redonner confiance. On a un peu les deux, moi dans ma patientèle j'ai un peu les 2 cas de figures. Il y a ceux qu'il faut regonfler, redynamiser en disant mais si si c'est bien ce que vous faites et c'est très important et puis les autres en disant ben écoutez, non vraiment là il faut faire un effort parce que là c'est très important pour l'enfant. Pour vous, ce n'est peut-être pas important ou plus important mais à cet âge-là c'est très important, donc on a un peu les deux cas de figure. Et c'est vraiment en général pas avec les mêmes personnes, il y a vraiment ceux qui se culpabilisent trop, qui ont l'impression de tout faire de travers et il faut les aider à dire que tout n'est pas négatif et les autres qui sont trop dans le déni et là, il faut les aider à rectifier un peu en disant que pour eux c'est bon mais pas pour l'enfant, ...

Pour vous en quoi est-ce que c'est différent d'une prise en charge générale et habituelle ?

Alors déjà, la grosse différence c'est que ce sont des personnalités extrêmement carencées. Donc moi j'ai une consultation privée, je ne vois jamais ce cas de figure dans ma patientèle privée donc ce sont des personnes qui ont tellement de manques primaires, qui n'ont pas été bien soignés, qui n'ont pas été bien accompagnés physiquement ou dans leur comportement psychique et intellectuel, donc ce sont des gens un peu paumés qui ne savent pas très bien finalement mettre des priorités dans leur vie et donc ça c'est la première chose à faire avec eux. Ce que je ne dois pas faire dans ma patientèle privée, parce que ça se sont des gens qui sont conscients de leur problème, qui ont déjà mis un peu le doigt dessus sinon ils ne seraient pas chez moi et après ils ont besoin de mon éclairage pour avancer et pour se rassurer mais ils voient déjà un petit peu clair. Souvent les patients ici ne le voient pas, ils ne font même pas le lien entre leurs difficultés et leur vie antérieure d'enfants carencés et la situation dans laquelle ils sont aujourd'hui avec leur enfant.

Comment est-ce que vous travaillez la question du lien mère-enfant ?

Alors c'est une question qui est parfois difficile pour les mères quand l'enfant n'est pas encore né et quand on n'est pas encore dans du pratico-pratique, dans du concret et donc on leur demande d'imaginer, certaines mères me disent « avec quoi vous venez ? » Il y en a une un jour, elle était enceinte de jumeaux donc ce n'est pas rien et dès que ses enfants bougeaient

dans son ventre, elle était tétanisée, elle ne bougeait plus. Ah mais je dis vous savez, vous pouvez toucher votre ventre hein. « OOOOOOH, non j'ai peur, j'ai peur mais je dis mais vous savez c'est votre ventre. Et s'il vous embête par là, vous le poussez un peu. « Oh non non non !! ». Ben allez, allez-y donc il a fallu un petit peu lui réapproprier son ventre. Un petit peu parce que quand elle les sentait trop bouger, c'était comme si ce n'était plus le sien, c'était le ventre de ses bébés. Donc c'est quand même fort, tu vois ce sont des émotions très vives, très fortes que ces gens nous apportent à chaque fois, ce sont des grands débordements émotionnels. Bon c'est vrai que dans ma patientèle privée il y a des gens qui pleurent aussi mais ils pleurent et ce n'est pas OOOOUUUUUAAAAHHHH dans tous les sens, ils arrivent quand même à se contenir un minimum, ce sont juste des émotions qui débordent, ici c'est tout qui déborde. Donc déjà rien que de contenir ses bébés dans le ventre, elle ne se rendait pas compte qu'elle arrivait à les contenir. Et puis je lui dis à un moment, « vous savez si vous les trouvez trop agités, vous pouvez leur parler » ben pourquoi leur parler elle me dit, ils ne comprennent quand même rien ils sont dans mon ventre hein, je ne les vois pas. Donc voilà, ce n'est pas ce qu'on rencontre habituellement en maternité, les mamans sont quand même conscientes que leur bébé entend et elles veulent rentrer en communication avec lui. Donc ici, toutes les mamans toxicomanes ne sont pas comme je viens de décrire évidemment mais ça peut arriver que les mamans vivent un peu des choses étranges dans leur corps. Elles sont déconnectées de ce que c'est qu'un bébé. Comment se représenter les choses, elles ne savent pas. Donc il faut du concret, il faut attendre la naissance. Quand l'enfant est dans leur bras et leur dire ah ben vous voyez, il a l'air d'être content. « Ah oui, vous croyez ? » « Ben oui, il est tout paisible, il est tout mou, il se laisse aller, c'est parfait ». Ou alors « ah ben là il a l'air tendu » « Ah bon ? » « Ben oui, vous voyez il est tout raide ». Avec le concret, elles comprennent mieux ce qui se passe chez leur enfant. Et donc par rapport à la question du lien, ça commence par-là, se mettre au diapason de l'enfant. C'est apprendre à communiquer avec leur enfant, pouvoir le comprendre. Et puis apprendre petit à petit à prendre sa place auprès de lui et évidemment la question du lien c'est quelque chose qui peut se travailler sur du long terme. Donc cette maman, la jeune femme dont je vous ai parlé tout à l'heure, elle croyait qu'elle était une mauvaise mère et que son fils ne l'aimait pas. Parce qu'arrivé à 2 ans ou même pas 1 an et demi déjà, il la tapait. Quand elle s'approchait de lui, il regardait à l'extérieur et donc il disait vous voyez il ne m'aime pas. Je dis Madame mais non ça n'a rien à voir, je vous explique, il a besoin de vous mettre à distance parce qu'il a besoin de s'autonomiser parce qu'il pense à lui, il a besoin de se construire mais ça n'a rien à voir avec vous. Et donc ça aussi, leur expliquer ce qui est en jeu pour pouvoir rester dans le lien. Ben bien sûr qu'il vous aime, d'ailleurs quand elle pleure, parce que cela lui arrive de pleurer au téléphone, elle me dit « oh ben mon fils vient de m'apporter sa tutute ». Voilà ben je dis vous voyez, il est très touché par ce qui vous arrive mais lui il est trop petit, il ne sait pas vous aider plus mais il a déjà compris quand on a du chagrin, quand on n'est pas bien que la tutute ça fait du bien alors il vous la donne. Et voilà, ça se sont des choses qu'elles ne comprennent pas d'emblée alors elles sont émerveillées de comprendre et ça les remet en lien chaque fois avec leurs enfants.

Est-ce que vous percevez parfois un sentiment de culpabilité de la part des parents face au syndrome de leur enfant ?

Oui, ça toujours, vraiment c'est rare, j'ai vraiment très rarement vu des mamans face au manque indifférentes. J'en ai connu une j'ai envie de dire mais c'est une femme qui était déjà dans le déni de grossesse, qui était dans les consommations à fond et qui était complètement dans le déni de manière globale donc elle, elle ne réalisait même pas. J'ai même dû lui dire, vous vous rendez compte que si votre bébé n'était pas à l'hôpital aujourd'hui et bien il serait mort. Et elle ne réagissait pas. Par contre, la plupart des autres mamans, elles sont très très touchées, très culpabilisées parce qu'elles se rendent compte que c'est à cause d'elles que le bébé souffre et qu'elles ne peuvent pas sentir comment il souffre, à combien il souffre, si c'est fort ou pas fort donc elles sont vraiment très mal avec ça.

Et comment vous y faites face ?

Heu, ben d'abord on leur explique, on leur explique aussi pourquoi il est à l'hôpital et pourquoi est-ce qu'il reçoit un traitement pour éviter justement les douleurs qu'elles connaissent parce qu'elles ont déjà peut-être vécu le manque plusieurs fois, que c'est malheureusement un passage qu'on ne peut pas éviter. Mais dès que l'enfant souffre, les traitements sont là et sont réadaptés en fonction des besoins des enfants, donc c'est pour ça qu'ils sont contrôlés tous les jours que l'hospitalisation parfois est longue parce que par exemple si un médecin diminue les médicaments et les dosages un peu trop rapidement et que le bébé ne le supporte pas. Tous les jours des scores sont faits matin et soir et si les scores sont négatifs et qu'on voit que le bébé est en souffrance, hop on remonte alors les doses de traitement, pour éviter que ce désagrément que ce bébé ressent dure. Et donc heu on essaye d'expliquer tout ça aux parents en leur disant qu'on réadapte le dosage. L'idée que le sevrage soit le plus confortable possible pour le bébé pour pouvoir diminuer ce traitement et rentrer à la maison de préférence sans traitement. Maintenant, il y a des mamans qui continuent à donner le même traitement à domicile et qui diminue très très doucement en fonction des recommandations du pédiatre, qu'elles vont voir toutes les semaines et parfois même plus quand c'est nécessaire et certaines mamans sont tout à fait fiables et sont capables de faire ça toutes seules. D'autres ont peurs donc elles préfèrent que ça se fasse à l'hôpital et puis d'autres encore elles disent oui, oui mais on préfère nous qu'elles restent à l'hôpital parce qu'on n'est pas sûr qu'elles ont bien intégré ou qu'elles seront fiables à la maison et donc on explique le problème. Mais elles sont quand même sensibles à la douleur de leur petit mais parfois elles savent qu'il souffre mais certaines paniquent alors, elles ne savent pas quoi faire avec ça.

Et pour vous, en quoi est-ce que la prise en charge pourrait être améliorée si elle était spécifique donc comme dans votre service ?

En quoi ça améliore alors la prise en charge ? Ben donc justement parce que c'est spécifique et que ces gens savent qu'on est habitué à travailler avec d'autres mamans toxicomanes et que donc la toxicomanie c'est quelque chose que l'on connaît, qui ne nous fait pas peur, on n'en parle pas tout le temps enfin voilà, elles savent. Et nous on sait que si elles sont là c'est parce qu'elles ont ce problème commun donc on peut passer à la question suivante donc elles ne se sentent pas montrées du doigt parce que les pédiatres ou les psychologues extérieurs vont commencer à questionner et requestionner pour la xième fois et puis après ils ne sont pas au courant de ce qui est difficile ni pour la mère ni pour l'enfant donc ça inquiète tout le monde,

du coup ça met un climat de tension, d'inquiétude, de suspicion que l'on peut apaiser quand on est apaisé nous-même. Evidemment parfois on ne l'est pas hein. Parfois nous-même en tant que spécialistes, justement on sait qu'on doit faire attention, pour la patiente qui est trop dans le déni, qui nous ouvre jamais la porte, qui ne nous permet pas d'aller chez elle, alors là on se dit HOU, là ça devient un peu risqué. Donc là en général on ne laisse pas entrer les enfants, on fait une visite à domicile pour s'assurer qu'il y a tout ce qu'il faut pour le bébé, que la patiente a pu se projeter dans les besoins de l'enfant, dans l'avenir et qu'elle est suffisamment fiable et qu'on peut lui faire confiance.

Et pour vous quelles sont les avantages ici du service ?

Alors le gros avantage c'est qu'on est dans l'hôpital alors dès qu'une maman arrive en consultation prénatale même en tout début de grossesse, si elle dit qu'elle consomme parce qu'on ne le sait pas forcément tout de suite mais si elle en parle en disant voilà j'ai peur, j'ai consommé, quel est le problème pour mon enfant alors très vite elle est envoyée vers nous et nous on l'accompagne durant toute sa grossesse et après et donc on peut l'aider à se sevrer, à arrêter de consommer, à tenir le coup en mettant en place des choses, des activités, des entretiens, à renforcer les liens sociaux ou familiaux qui existent déjà. Pour le moment, la mettre dans une prise de conscience de sa situation des risques qu'elle prend si elle n'est pas accompagnée (risque de rechute, ...), et l'accompagner. Parce qu'accompagner quelqu'un c'est aussi lui tendre une perche à chaque fois qu'il y a un petit relâchement ou des rechutes par exemple. Enfin voilà, on est là pour vous aider mais pas pour vous juger mais on est là pour vous aider à rebondir, rapidement. On ne va pas attendre 6 mois, c'est trop long pour un bébé in-utéro. Donc il faut rebondir vite.

Et les inconvénients du service ?

Ooooh (soupir), c'est difficile de parler des inconvénients, je dirais que les patients trouvent peut-être parfois que ce sont des inconvénients parce que parfois on est au courant de certaines situations et certaines patientes ne sont pas contentes parce qu'on a appris que. Pour donner un exemple concret une patiente n'arrive même pas aux consultations prénatales, elle arrive au service de psychiatrie. En hospitalisation psychiatrique, elle demande une mise à l'abri urgente parce qu'elle est enceinte et toxicomane donc le service a peur évidemment, elle était en plus sans-abris. Ils creusent petit à petit la demande, pourquoi vous venez là, pourquoi la psychiatrie et pas ailleurs ? Finalement l'hospitalisation ne dure pas très longtemps parce qu'elle voulait juste l'hôtel quoi donc elle ressort et puis on n'a plus de nouvelle d'elle pendant plusieurs mois et puis elle revient un jour en consultation en urgence parce qu'elle avait mal au ventre, des urgences on la renvoie en consultations et là on met en place alors un suivi avec les TMS et les TMS évidemment questionnent, prennent notes des informations et nous contactent et nous transmettent les infos et dans les infos, il y a avait : le parquet a téléphoné à SOS enfants à l'équipe de SOS enfants en déclarant que l'hôpital est obligé de prévenir le parquet de la naissance de l'enfant donc voilà c'est quand même une information hyper importante. Donc ça veut dire que si le parquet est au courant de la grossesse de la maman et que cette naissance est dangereuse, c'est le parquet qui demande à l'hôpital de le prévenir donc c'est quand même quelque chose de grave. Ben évidemment l'information nous est arrivée et moi j'essaye de collaborer avec cette maman, j'essaye de l'accompagner puis un

jour, elle me pose la question : est-ce que vous saviez ? Je n'ai pas pu lui mentir donc oui et là c'était fini, elle m'en a voulu beaucoup. Donc c'est vrai que si je n'avais pas été au courant, la collaboration aurait peut-être pu continuer. Là, je n'ai pas pu lui mentir et donc je devais lui dire oui, j'étais au courant et c'était terminé, elle n'est plus revenue, elle ne voulait plus travailler avec nous. Mais voilà, en même temps c'était une situation tellement grave parce que quand ce n'est pas si grave que ça, il y a des mamans qui disent ah oui mais bon je ne voulais pas que vous sachiez ça mais après dans la relation et dans la confiance que l'on construit ensemble, ça finit par passer, je finis par avoir des réflexions du genre oui mais voilà c'est pas si grave et maintenant vous le savez quoi.

Sinon je ne vois pas d'autres inconvénients, c'est tellement pratique, quand elle est hospitalisée, on est sur place pour aller lui rendre visite, que ce soit en psychiatrie, en maternité, en pédiatrie quand les enfants sont hospitalisés ou dans d'autres services, encore aujourd'hui j'ai accompagné une patiente en gastro-entérologie parce qu'elle avait un problème de foie et bien je l'ai accompagnée, on est tout près donc c'est quand même beaucoup plus facile. Maintenant vraiment par rapport à la toxicomanie, je ne vois que du bénéfique, je me dis à la limite parfois ça ne sert pas parce que certaines patientes n'embranchent pas et n'ont pas envie et que le service existe ou pas et bien ils s'en fichent, ils continuent leur vie et donc voilà à la limite pour certains c'est comme si on n'existait pas mais je ne vois pas en quoi ça pourrait être négatif.

Et est-ce que vous avez été formés pour prendre en charge les toxicomanes ?

Alors j'ai été formée sur le terrain, ici. Donc je suis arrivée ici dans ce service, j'étais plutôt spécialiste dans la parentalité, j'avais déjà travaillé longuement dans le secteur de la parentalité dans un service d'adoption international. Donc je travaillais avec les parents qui attendaient leur enfant et qui menaient une parentalité spécifique, donc qui devait se préparer à l'arrivée d'un enfant d'une manière un peu différente d'une naissance et donc c'est pour ça qu'ils m'ont engagée ici et je leur ai expliqué, ok moi je veux bien travailler ici, la parentalité c'est mon secteur mais la toxicomanie, ça je ne connais pas donc vous allez devoir m'apprendre (rire). Et donc voilà, je me suis formée petit à petit et donc on observe, on voit, on entend, on écoute et donc progressivement on comprend. Par exemple, quand des parents nous disent ou des mamans nous disent je ne consomme pas du tout, maintenant j'arrive à repérer quand elles consomment quand même, avec un petit peu d'expérience on y arrive. C'est vrai qu'au début pas hein, au début je leur faisais confiance, je tenais compte de ce qu'elles disaient et je continuais à travailler, après bon ça vient sur le tapis autrement quoi.

## **Sage-femme B4**

Quelles sont les particularités de la prise en charge des mères qui ont des problèmes de dépendance à des substances ?

Heu alors ça c'est une question vachement large parce que le truc c'est qu'on sait qu'avec la substance ça influe sur plein de facteurs différents. On est d'accord que la consommation ça va d'office influencer le facteur économique, le facteur de comportement. Donc c'est assez

vaste comme question et du coup je veux bien que tu me la répètes une deuxième fois pour que j'essaye de bien y répondre.

Bon alors la particularité, je dirais que c'est quand même le côté pluridisciplinaire, il n'y a rien à faire, on ne peut pas aider une femme toxicomane avec une seule compétence. On a besoin d'une assistante sociale, on a besoin d'une psychologue, on a besoin d'une sage-femme, on a besoin d'un médecin, on a besoin d'infirmières, ... Voilà, vu que c'est très particulier et que c'est très individuel la toxicomanie parce que finalement ce qui les rassemble toutes c'est la toxicomanie et elles sont toutes différentes dans plein d'autres facteurs, qu'elles aient des enfants, pas d'enfant, qu'elles aient un toit, pas de toit, qu'elles aient des problèmes psychologiques ou des pathologies psychologiques ou pas et donc à ce moment-là, je pense que comme dans toute autre personne normale, le point le plus important à respecter ce serait de la mettre au centre de la prise en charge. Mais ce qui est très compliqué parce que je pense que dans cette particularité-là, elle est très vulnérable, elle aurait besoin d'être au centre de sa prise en charge entourée de gens compétents avec des compétences différentes. Mais en fait, c'est très compliqué parce qu'on remarque que ce sont des personnes qui fuient, qui mentent, qui ont un instinct de survie très important, donc si ce réseau-là ce n'est pas un cadre qui est bienveillant, qui est soutenant et qui est dans une collaboration 50-50 ou finalement on ne pourra jamais décider à la place de la personne de sa toxicomanie ou pas. Donc c'est là la particularité, c'est que du coup ça peut décourager les professionnels aussi de se sentir impuissants et puis ça peut mettre à mal le lien de confiance qu'on a avec la patiente et donc je pense que c'est vraiment ça qui est très particulier, c'est qu'on a une patiente qui demande tellement plus de soutien mais qui en même temps peut-être dans une fuite de ce soutien-là. Et le tout c'est d'arriver à un milieu où l'on se fait assez confiance pour essayer de travailler ensemble dans toutes les difficultés et avec tous les intervenants que ça implique. Donc ça implique beaucoup de communication, voilà je pense que c'est le point principal.

Comment en tant que sage-femme les prenez-vous en charge ?

Alors en tant que sage-femme heu, ce n'est pas très évident parce que justement il y a tous ces autres professionnels autour et donc on sait très bien en tant que sage-femme là maintenant, pas il y a 20 ans mais là maintenant, les compétences et la liste des cours et de la formation est quand même beaucoup plus importante qu'avant donc ça veut dire que nous aussi on a un peu des cours d'assistantat social, des papiers, des déclarations de naissance, des primes de naissances, patati patata et des cours sur la psychologie périnatale avec Winnicott, les liens d'attachement, la parentalisation, ... On a aussi un côté médical avec gynéco mais ça c'est classique et il n'y a rien à faire mais légalement on s'occupe de la consultation préconceptionnelle jusqu'au 1 an de l'enfant, ça ce sont toutes nos compétences. Donc en tout cas, une sage-femme dans le milieu de la toxicomanie, j'ai l'impression que c'est elle qui va pouvoir faire justement un peu le lien avec tous les autres professionnels, parce que c'est elle qui sera à la base de la relation, de la prise en charge, parce que mine de rien quand un enfant arrive où quand il y a ce projet-là pour n'importe quelle femme, la sage-femme devient quelqu'un un peu « d'important ». Parce qu'elle apporte les conseils par rapport au bébé et à la grossesse et quand il y a ce cadre-là, où elle investit son bébé et sa grossesse, on est quand même les premières personnes à pouvoir répondre à un besoin, à ce qu'elles peuvent exprimer

et à ce moment-là, c'est à nous de pouvoir rediriger. Donc ça fonctionne des 2 côtés, le côté indépendant et en collaboration. En prénatal en tout cas ici dans cette asbl, vu qu'il n'y a rien de médical que moi je puisse faire, c'est beaucoup des préparations à la naissance. On sait que les toxicomanes au niveau du physique sont souvent des corps qui ont été traumatisés, un peu meurtri parfois et donc le simple fait, le fait d'avoir un enfant qui grandit dans son ventre et le fait de ne pas être forcément à l'aise avec le toucher donc le ressenti de son corps, c'est un travail sur lequel on va vraiment passer pas mal de temps. Donc je vais proposer plus des séances de massage pour qu'elles redécouvrent un peu ce que c'est un toucher bienveillant et d'ailleurs en post-partum du coup je reprends ça un peu avec elle pour le faire passer aussi au bébé ce bien-être et donc c'est aussi une forme d'attachement qu'elle peut avoir par rapport à son bébé en se disant « bon ben moi ça me fait du bien du coup je vais faire du bien à mon bébé » et de travailler comme ça, de mieux sentir son corps aussi, tiens qu'est-ce qui se passe, où as-tu mal ?, les positions, la mobilisation. Finalement en prénatal enfin en tout cas dans cette asbl c'est beaucoup ça. Après je propose de la danse, de la relaxation mais ce sont tous les trucs un peu chouettes et comiques en sage-femme. Alors en post-partum, c'est un peu plus compliqué dans le sens où on a un peu des rôles différents. Il y a le côté sage-femme bienveillante avec beaucoup d'éducation à la santé donc comme n'importe quelle femme c'est apprendre les bases de nursing, c'est apprendre à pouvoir éveiller de l'empathie chez son bébé tiens pourquoi est-ce qu'il pleure ? Ah ben, il pleure à cause de ça ou de ça alors on essaye de faire une technique et de lui montrer différents outils pour gérer au mieux son bébé et pour qu'elle apprenne à le connaître donc voilà c'est un apprentissage, on sait que ça ne se fait pas en un coup, enfin voilà, ça c'est un peu pareil pour toutes les mamans. Ce qu'il se passe en plus dans le milieu de la toxicomanie, c'est qu'il y a un côté où on a une casquette de policier parce que mine de rien on sait qu'il y a de la toxicomanie et on sait que la toxicomanie peut apporter des comportements dangereux ou des comportements qui peuvent avoir un impact direct sur le développement de l'enfant sur ses capacités et ses réflexes. Et donc on ne peut pas juste être une sage-femme qui arrive plein de cœurs partout et en mode bisounours qui dit « oh c'est super, il n'y arrive pas mais ce n'est pas grave il prend son temps ». Ok il n'y arrive pas pendant une semaine, je ne sais pas moi, il ne prend pas très bien le sein par exemple alors moi je vais mettre sur le coup le côté médical, je vais peser le bébé, alors j'ai beaucoup de contacts avec les maisons de naissance, les TMS de consultations de l'ONE des différents quartiers. Donc c'est vrai que moi très vite je peux appeler en disant que je m'inquiète pour une patiente et en disant tiens est-ce vous pouvez aller la voir, est-ce qu'elle peut venir chez vous et tout ça je suis au clair avec la patiente aussi, donc c'est vrai que dès le début, je lui dis écoute, moi je ne travaille pas toute seule, je travaille beaucoup avec l'ONE, je travaille avec l'hôpital et en particulier une pédiatre de l'hôpital donc voilà, moi je sais que je n'ai pas le côté médical donc il faut que je sois assurée de ce côté-là aussi. Et que ça peut être dangereux des bébés sevrés, des bébés qui font des chutes donc il faut aussi être alerte à ça. Donc, c'est ça qui est un peu compliqué, c'est que d'un côté je vais faire des séances massages, des séances d'éveils à la musique, je vais faire beaucoup d'éducation sur le sommeil de l'enfant, le rythme, la diversification alimentaire, sur ses pleurs, ... sauf que ça va être répété peut-être plusieurs fois, si je vois que la mère ne peut pas entendre ou intégrer ce qui est en train de se passer. Du coup il y a une évaluation à faire à plus long terme pour dire bon, finalement avec tout ce que j'ai dit, la manière dont on a fait les choses souvent ensemble. Je travaille

beaucoup avec la maman, je profite souvent d'être là pendant une heure, une heure et demi ou on va faire un coucher ensemble, préparer à manger ensemble, une séance de massage ensemble, on va faire du shopping ensemble, c'est bête hein mais tout ça, ça guide à chaque fois un pas pour être une « bonne mère », parce qu'une bonne mère c'est un terme super vague mais pour être la plus adéquate pour son enfant et pour elle-même. Et donc c'est, un travail de longue haleine que la sage-femme ne peut pas faire toute seule et donc il faut d'office un peu référer aux autres. Alors qu'est-ce que je fais d'autres en post-partum, heu, oui ben pour la mère j'ai pas mal de contacts du coup avec des kinés postnatals, des gynécos, je les suis toujours aussi pour leur contraception (rire) parce que voilà on n'a pas forcément envie qu'elle tombe enceinte dans le mois. On travaille beaucoup sur ce qui est en train de se passer donc quand il y a une grossesse et une maternité en même temps, ça devient beaucoup plus compliqué. Et pour l'allaitement, ça c'est souvent des débats entre les mères qui consomment même si ce n'est « que » de la méthadone par exemple est-ce que c'est un taux qui le permet ou pas, il faut discuter avec les gynécos et les pédiatres pour voir si j'accompagne l'allaitement ou pas. Le fait de pouvoir expliquer aussi le pourquoi, qu'est-ce qui se passe. Le fait de pouvoir accompagner en néonatal aussi, je vais beaucoup en néonatal quand les bébés nés (s'ils font des sevrages) pour aider les parents aussi parce que ce n'est pas évident non plus. Et quand les bébés sont abandonnés aussi, le rôle de sage-femme est important aussi, je vais dans leur chambre une heure, je les change, je les prends sur moi, je leur fais un câlin. Voilà ! Et par contre, la plupart des choses se font à domicile aussi, moi je ne demande jamais aux patientes, nouvelles accouchées de venir ici, c'est à chaque fois à domicile et si elles ont besoin de quelque chose à ce moment-là, je suis aussi là pour leur donner des vêtements, une poussette s'il y a besoin, de donner des langes, de la crème.

Comment est-ce que vous créez un climat de confiance ?

Heu et ben, bon ben ça c'est vraiment spécifique à moi-même dans la manière de fonctionner parce que je sais qu'avec mes collègues on ne fonctionne pas de la même manière. Mais je pense que la sage-femme, dans le secteur de la toxicomanie, très vite le tutoiement c'est quelque chose d'assez intéressant parce que, mine de rien, quand on est toxicomane on est souvent les reclus de la société, on est souvent fort rejeté, même les professionnels qui travaillent pour les toxicomanes, parfois on nous parle comme si on ne valait rien. Et donc à ce moment-là, je pense que ce ne sont pas des femmes qui font confiance au service de santé et en même temps, du coup si elles viennent ici et qu'elles nous parlent de leur bébé, de leurs sensations, de leur intime (comment son mari ronfle, de là où elle a mal, elle va montrer son sein) enfin je veux dire que c'est un contact qui est quand même hyper intime et vu que dans ma position c'est quand même presque obligatoire de le faire, le fait d'après directement alors dire « vous », je trouve ça un peu violent. Ma manière de mettre à l'aise c'est que très vite, je vais tutoyer et puis très vite, la continuation ce n'est pas ça le problème, on ne va pas rester sur le côté en disant « oh tu fumes de l'éro, tu prends de la coke et vous devez absolument arrêter, non ! ». Il n'y a aucune patiente où je me suis dit, elle, elle ment. Rien que ça je pense que c'est important aussi parce que, mine de rien, si dès le début on se dit qu'elle ment, on se met aussi dans une position où on travaille différemment donc il faut travailler avec ce que la patiente nous apporte. Le côté sage-femme c'est un côté facile pour rendre à l'aise parce que j'ai qu'à allumer une lumière tamisée, mettre un peu d'huile essentielle de lavande, préparer

la table de massage, ça fait tout de suite une ambiance toute cosy, j'ai l'album d'Agnès Obel pour faire les massages donc c'est un côté quand même qui je remarque est fort dans le lien de confiance, il aide vraiment dans ce lien de confiance parce que les femmes elle sentent que la sage-femme est là pour vraiment le bien-être de son bébé. Comme elle voudrait aussi être bienveillante pour son bébé donc c'est comme si les deux objectifs étaient pareils et donc je pense que si on est clair sur ces deux définitions là en disant « bon écoute, tu es la maman, je suis le professionnel, si tu es là c'est aussi parce qu'il y a ton addiction mais si on est toutes les deux là aujourd'hui c'est pour que tu te sentes bien dans ta peau de maman et que ton bébé se sente bien dans sa peau d'enfant, moi c'est moi objectif aussi si toi c'est aussi le tien, on peut travailler ensemble ». J'ai créé un compte Facebook aussi, en plus du coup elles peuvent me joindre et moi je balance pas mal d'articles sur le développement de l'enfant, sur à quel moment il va plutôt développer ça ou ça, sur les pleurs voilà, des choses que je trouve. Et puis voilà, il n'y a rien de plus facile que d'être à l'aise avec un peu de bouffe, un peu de musique et le côté cocon, bien-être j'insiste beaucoup là-dessus.

Comment est-ce que vous impliquez les parents dans les soins et les traitements de leur enfant ?

Comme je disais tantôt, ça va peut-être être un peu répétitif mais moi je travaille vraiment beaucoup sur l'empathie. J'essaie toujours de leur faire ressentir comment leurs parents à eux prenaient soin d'eux sauf que moi je ne reste pas là-dessus parce que ça c'est vraiment le rôle de la psychologue mais en les amenant sur ce terrain-là, on peut alors dégager des pistes pour dire « ah mais si toi tu as connu une maman qui te chantait des berceuses le soir, ça te faisait quoi ? » « Ça te faisait du bien, ah mais cool ben on peut peut-être essayer ça pour ton bébé » alors on chante une berceuse. Être parents, c'est être actif et être en évolution tout le temps donc c'est un peu d'accompagner, soutenir ça dans les besoins qu'ils ont eu à ce moment-là et puis dans les besoins de l'enfant. Donc c'est vraiment travailler sur l'empathie et l'attachement et sur le fait de répondre à son bébé, sur le fait de lui dire ce qui se passe, sur le fait de comprendre un peu pourquoi il pleure, pourquoi il grimace. Qu'est-ce qui se passe, c'est plus comme ça que vraiment j'arrive à les faire rentrer en collaboration. Et puis leur demander ce qu'ils veulent et comment eux ils voient les choses, il faut qu'on parte de là pour après peut-être tomber sur autre chose.

En quoi est-ce que pour vous c'est différent d'une prise en charge générale/habituelle ?

C'est que c'est ça en fait, je vais de nouveau me répéter mais je pense que c'est la collaboration, je pense que quand on est sage-femme pour des post-partum « normaux » on n'a pas forcément besoin de travailler avec quelqu'un d'autre, on est très autonome dans ce qui se passe. Pour la prise en charge des femmes toxicomanes, on ne peut pas sinon on se casse la gueule et tout le monde se casse la figure. Et je pense que c'est aussi sur la durée, beaucoup plus, je veux dire, je ne suis pas totalement d'accord avec le système de santé actuel (rire) et donc j'aimerais bien quand même que pour les suivis généraux ont ait plus de temps, plus de suivis et plus de moyens mais pour les toxicomanes se sont des suivis qui sont quand même pour moi en moyenne sur les 7-8 premiers mois en post-partum et même l'INAMI ne prend pas ça en charge enfin je veux dire personne « n'accepte » qu'il y ait un suivi tardif qui est aussi important, j'y vais toutes les semaines voir toutes les deux semaines et c'est

nécessaire. On le voit bien, on le sent. Ce sont des patientes qui ont besoin d'être soutenues régulièrement, c'est comme par exemple la pathologie gravidique, quand on travaille là, on se dit oulalala il y en a une qui va péter et là c'est un peu ça mais sur du long terme donc il faut toujours être là : « ah zut, elle a vécu un mauvais évènement, son dealer l'a recontactée puis en fait, elle a complètement recraqué puis elle m'a appelée et maintenant ça va mieux », enfin je veux dire il faut suivre un peu ça aussi et ça, ça ne peut pas se faire en deux semaines, c'est impossible. Et mine de rien, il y a toujours ce côté où on est en parallèle avec tout ce qui est service d'aide à la jeunesse donc tous les services qui sont beaucoup plus légaux, on peut devenir mandaté et à ce moment-là ce rôle où on est le côté sage-femme bienveillante et plus le côté casquette de flic, c'est aussi particulier à cette prise en charge-là.

Comment est-ce que vous travaillez la question du lien mère-enfant ?

Hum alors, alors ben je le travaille beaucoup du côté physique, du côté de la mentalisation, j'essaie un peu de savoir comment elle a imaginé son bébé, comment elle le voit et puis en fait, comment ça se passe en réalité, j'essaie toujours de mettre beaucoup d'humour pour un peu rendre les choses parfois un peu moins graves que ce que c'est parce que ce sont des femmes qui ont énormément la pression, il ne faut pas l'oublier, c'est une mère toxicomane. Déjà quand tu es toxicomane, tu es un chien errant mais si en plus tu oses faire des gosses, je veux dire la société est vraiment cruelle et donc c'est déjà une femme qui doit tout le temps prouver prouver prouver et donc elle doit toujours prouver parce que déjà quand on est mère, on a envie de se prouver qu'on est une super mère et donc ce sont des femmes qui se mettent soit des challenges trop hauts et à ce moment-là, nous on est là pour rester dans la réalité des choses parce que tout n'est pas toujours parfait et puis à l'extrême, elles sont fatiguées de devoir toujours prouver, elles ne sont vraiment pas bien et alors là, elles sombrent complètement et à nous de dire « oh au fait, regarde, tout n'est pas si noir, tu vois, on peut travailler ensemble sur ce qui ne va pas mais là, regarde ton bébé il te parle, il a envie de connaître aussi autre chose ». Et même être un bon parent c'est aussi se dire là, je ne suis pas capable de prendre soin de mon enfant et de travailler alors sur une hospitalisation mais toujours pour l'enfant, moi je regarde toujours ce truc de me dire que c'est le bien de l'enfant qui prime parce qu'il a rien demandé et qu'il débarque et qu'il est fragile et qu'il faut l'aider. Et donc moi, c'est vrai que c'est beaucoup comme ça que je veux travailler et faire naître ce sentiment d'attachement et de parentalité, leur proposer des outils, des jeux, des trucs un peu éducatifs, des séances d'informations, des séances d'éveils, de yoga. Parfois je me retrouve chez des mamans du coup je prends un bébé en plastique et elles ont leur bébé et on fait des séances de yoga, de relaxation donc le fait de faire des activités avec leur bébé, de parler avec leur bébé, de comprendre ce que veut dire leur bébé à ce moment-là, de pouvoir intégrer d'autres clubs aussi de mamans qui ne sont pas toxicomanes pour partager ou juste le projet d'être mère. Par exemple, j'avais accompagné pendant la grossesse une patiente à la leache league pour une séance d'information à l'allaitement et c'était super chouette parce que du coup pour une fois, elle c'était la seule qui savait que je travaillais pour parentalité et addictions, les autres je leur ai dit que j'étais sage-femme et donc pour une fois elle a pu se retrouver entourée de mères, d'autres bébés, de voir comment ça se passait et de pouvoir un peu plus s'imaginer comment ça allait être et de pouvoir poser ses questions à cette époque-là qu'elle avait sur l'allaitement et que ça ne soit pas toujours les professionnels qui puissent y

répondre donc c'est aussi l'intégration sociale, ça joue sur énormément de points. Et puis après il y a aussi l'importance de l'assistante sociale et de la psychologue qui partent dans des outils différents et ce sont tous ces outils-là mis ensemble qui vont faire que je pense que le travail à ce moment-là est plus adapté et plus correcte pour le bébé aussi. S'il y en a qu'une qui s'y met, moi avec juste les compétences de sage-femme que j'ai, ce n'est pas comme ça qu'on va vraiment s'en sortir, il faut aussi d'autres choses autour même si ce n'est pas une psychologue, ça peut aussi être l'ONE, un planning familial enfin voilà, il faut qu'il y ait des personnes référentes avec des compétences différentes au sein de la collaboration.

Est-ce que parfois vous percevez un sentiment de culpabilité de la part des parents face au syndrome de manque de leur enfant ?

Ça dépend, franchement. On va dire que la première année où j'ai travaillé ici, j'ai vu beaucoup de parents culpabiliser, des regrets, de se dire zut maintenant que je le vois, je n'aurais pas dû faire ça. Du coup elles se mettent la pression à fond et elles se disent maintenant que mon bébé est là, plus jamais, plus jamais je lui ferai subir ça et du coup dans le sevrage ils l'accompagnent mais c'est très difficile parce qu'un bébé en sevrage c'est vraiment un bébé plaintif et donc si elle culpabilise et qu'en plus le bébé n'est pas bien, c'est vrai que cette culpabilité-là, de manière humaine soit se transforme en déni, j'ai déjà vu des mamans qui disaient « oh mais ça se sont les coliques, ça c'est parce qu'il fait chaud ou froid, ça c'est parce qu'il a faim, ... ». Ou soit des mamans qui rentrent dans une colère extrême en disant ça c'est parce que vous donnez trop de méthadones, le sevrage n'est pas bien fait, le pédiatre n'a pas le temps, le service n'est pas assez bien, ... donc on remarque que c'est quand même une culpabilité mais qui peut être exprimée de manière différente et qui du coup est parfois un peu paradoxale, parce qu'il y en a certaines qui en viennent à complètement ne plus être dans la réalité de ce qui est en train de se passer pour leur bébé.

Et donc vous avez eu des patientes qui ne culpabilisaient pas ?

Mais c'est comme je t'ai dit, ce n'est pas qu'elles ne culpabilisent pas mais c'est qu'elles culpabilisent de manières différentes, elles vont être super fâchées mais vraiment jamais enfin qu'il n'y ait pas une once de culpabilité, ça je n'ai jamais vu. Il y a au moins un petit truc qui fait qu'à un moment elles disent oui c'est de ma faute mais voilà la forme par après que ça comprend sur la longueur est difficile à vivre du coup elles ne restent pas souvent là-dedans.

Et comment est-ce que vous y faites face à cette culpabilité ?

Hum, on travaille sur le pardon, je veux dire ce qui est passé, c'est passé. Mais on essaye de la conscientiser dans le sens où on essaye de lui dire que si déjà enceinte elle avait des difficultés pour se protéger alors comment est-ce que maintenant que le bébé est là, d'un coup il y aura un miracle sur le fait qu'elle pourrait se protéger et protéger son enfant en même temps. On travaille sur le fait qu'il n'y a pas de mère parfaite, sur le fait que ce genre d'erreur enfin c'est un peu cru dit comme ça mais on vit quand même dans une société Itech en tout cas du côté médical et donc c'est vrai que par exemple on rassure les mamans en leur proposant un rendez-vous chez le neuropédiatre pour faire un test à 6 mois, de lui proposer un rendez-vous chez un pédiatre avec qui on travaille qui est directement liée à nous et qui travaille

beaucoup le sevrage, c'est une des précurseuses du sevrage ici à Saint-Pierre. On propose un suivi médical rassurant pour le développement de l'enfant donc déjà de ce côté-là, on remarque quand même que ça apaise la culpabilité des mères. Si on avait un discours de « oui mais tu as vu, tu as fait de la merde pendant ta grossesse maintenant assume et ton enfant on n'a même pas regardé s'il y avait des séquelles ou pas », enfin voilà ça changerait la donne. Et mine de rien, on voit qu'elles sont assez preneuses de ce genre d'examen, elles vont régulièrement demander en disant « là, elle a bientôt 6 mois, il faudrait prendre un rendez-vous ». Du coup de temps en temps, ça m'arrive aussi de voir les bébés sevrés et puis si je vois que la maman est dépassée, je lui dis va faire un tour, je m'occupe de ton bébé donc c'est prendre le relais aussi à un moment sans être dans de la culpabilité, juste de pouvoir reconnaître qu'un bébé sevré c'est super chiant, voilà il faut le dire et de reconnaître ça chez la mère et de reconnaître qu'à un certain moment ce n'est pas facile et qu'on peut être là et quand on est là, elle fait les choses bien, de la rassurer sur ses compétences.

Quelles stratégies mettez-vous en place pour calmer l'enfant ?

Ouhh, il y en a plein. Alors la numéro 1 quand même c'est le portage, il n'y a pas photo, il n'y a rien à faire quoi c'est comme ça qu'ils se reconnaissent le mieux, c'est comme ça qu'ils se sentent le mieux, au chaud contre quelqu'un en mouvement donc mine de rien c'est vrai qu'on peut faire des kilomètres de balade. La musique douce moi je trouve que ça marche pas mal non plus, pas tout le temps parce qu'il ne faut pas trop non plus les hyper-stimuler, c'est ça qui est compliqué. Les massages, j'ai remarqué que ça ne marche pas du tout sur les bébés sevrés, je pense que c'est trop stimulant, ils sont trop sensibles à ce qu'il peut se passer autour et donc les massages, ça marche mieux par après mais pas vraiment au début. L'allaitement maternel quand la maman est juste sous méthadone, on privilégie quand même l'allaitement à ce moment-là, ça dépend des doses mais quand ce n'est pas des doses de fous, on se dit que c'est quand même un sevrage naturel pour l'enfant et qu'à ce moment-là, ça se fait au fur et à mesure. Hum, ben passer le relais. Le fait de parler à l'enfant vu que ce sont des bébés qui sont souvent dans un réveil super super agité, ils n'ont pas beaucoup de contact possible dans le calme et dans la sérénité donc si à un bref moment, pendant même 2-3 minutes où ils sont calmes c'est vrai qu'on a tendance à se dire oh cool, il est calme je vais aller me faire un café et en fait non à ce moment-là, il faut en profiter pour lui montrer qu'il y a beaucoup de choses dans la vie que juste les pleurs, que d'avoir mal et de souffrir et qu'on s'inquiète pour lui. Il y a aussi juste les moments de la vie où on peut parler et échanger ensemble et faire un petit sourire et que ça se passe bien, ça dure beaucoup moins longtemps que chez les bébés qui ne sont pas sevrés en début de naissance, ils ont quand même 30 minutes les bébés non-sevrés alors que je pense que ceux qui sont sevrés doivent avoir 10 minutes maximum quand je les vois. C'est vraiment un truc à prendre en plus je pense et qui est très important surtout qu'ils sont souvent à l'hôpital donc ça veut dire que ce sont des infirmières différentes qui s'occupent de lui et donc d'avoir un maximum de repères et un minimum de stimuli et un maximum de cocon chaud dans différentes positions, voilà ce sont un peu toutes des techniques naturelles.

En quoi la prise en charge pourrait-elle être améliorée si elle était spécifique ?

Ben je pense que c'est parce qu'ici ce qui est bien c'est qu'on est un pied dans l'hôpital et un pied « dans la rue ». La philosophie du bas seuil n'est pas du tout la philosophie de l'hôpital, je pense que ça c'est la grande différence parce que pour qu'un toxicomane se sente à l'aise dans un système de santé hospitalier franchement, il faut qu'il se lève tôt et qu'il ait beaucoup de courage, énormément de courage. Et il n'y a rien à faire mais moi j'ai été choquée de voir à quel point ils n'ont pas leur place dans le système hospitalier parce que ce n'est pas adapté, que le bas seuil est quand même une philosophie qui leur est beaucoup plus adaptée et c'est la manière dont on travaille ici et c'est une manière d'humaniser ces personnes, alors qu'à l'hôpital on n'humanise pas les gens, on humanise ni les gens ni les professionnels, ici du coup tout le monde devient un être humain, la sage-femme comme le toxico, on est égal, on mange le même croque-monsieur, on boit la même eau, on parle le même langage, on vulgarise, on s'adapte quoi. Je dirais si tu viens pour faire une sieste ou pour me parler de ton bébé ou pour remplir des papiers, il n'y a pas de problème, tu es le bienvenu. A l'hôpital, il faut des vignettes, il faut un horaire, il faut des sous, il faut respecter et ça ce n'est pas leur mode de vie.

Quels sont les avantages du service ?

La gratuité, l'accessibilité, la flexibilité parce que mine de rien on est une équipe qui savons travailler et ici et dans l'hôpital et à domicile donc c'est vachement cool quoi. Le côté réseau, on a beaucoup de réseau de terrain, on est dans un quartier où il y a beaucoup d'ASBL qui viennent en aide et le réseau communautaire se fait de nouveau ce qu'il n'y a pas à l'hôpital. L'hôpital ne va pas travailler aussi fort sur la réintégration sociale et sur le fait de pouvoir trouver de l'aide à l'extérieur, genre à côté de chez soi que nous on va beaucoup travailler ça avec le réseau en disant « bon ben tu sais quoi, tu voulais une maison maternelle à tel endroit » « ah ben on va les appeler ».

Quels sont les inconvénients du service ?

Moi je trouve qu'on est trop peu, je trouve qu'on n'est pas ouvert beaucoup de fois. On est fermé le lundi enfin il y a des professionnels qui vont à domicile mais l'espace ici n'est pas ouvert, il n'est pas ouvert le mercredi matin, le jeudi matin donc pour moi ça demande une permanence plus grande. Et alors dans l'utopie totale, c'est vrai qu'on avait été visiter une association à Paris qui s'occupait de la même chose que nous, en fait eux ils avaient tous les médicaments gratuits, les tests de grossesse gratuits, la contraception gratuite, ils avaient des appartements, des chambres d'hôtel d'urgences, ils avaient une permanence téléphonique h24. Voilà ce genre de choses-là, ça serait particulièrement pratique et c'est vrai que mine de rien il y a beaucoup de fois où l'on se retrouve à appeler plein d'associations parce que c'est beau, on dit qu'on est un réseau mais c'est au moment où on en a besoin qu'on les appelle et qu'ils disent ah non en fait, il n'y a plus de place et qu'on se retrouve là à se dire bon ben il est 16h30, on ferme à 17h, on a une maman dans une situation compliquée, il n'y a pas de place et ça va être le week-end, qu'est-ce qu'on va faire ? Et donc on se retrouve avec des responsabilités qui sont super lourdes et pas d'outils pour y répondre. Ça c'est parfois compliqué alors on fait des heures sup et on trouve toujours une solution mais je veux dire la surcharge du réseau ici à Bruxelles est telle que ça reste toujours compliqué, c'est un gros inconvénient de ne pas avoir de lieu pour mettre les familles qui sont en danger.

Est-ce que vous avez été formée au niveau de la toxicomanie ?

Pas du tout, je me suis formée toute seule. En fait quand j'ai fait mes études de sage-femme j'avais beaucoup travaillé avec l'ONE, les plateformes prénatales pour les familles vulnérables et j'ai fait un TFE sur la prostitution donc j'ai aussi parlé de la toxicomanie. Et la vulnérabilité ça m'a toujours intéressé donc quand je suis arrivée ici c'est vrai que j'avais déjà des bases, j'ai travaillé aussi pendant 2 ans dans des secteurs totalement différents mais j'ai rencontré aussi pas mal de toxicomanes donc non, personne ne m'a formée mais je pense que ça demande une formation quand même. Ils avaient la chance que j'étais quelqu'un de jeune et qui posait plein de questions et que j'ai été chercher un peu toutes mes réponses et encore maintenant, parfois quand je me pose une question, je n'hésite pas à en parler à aller chercher enfin c'est du bon sens professionnel quoi.

## **Educatrice B5**

Quelles sont les particularités de la prise en charge des mères qui ont des problèmes de dépendance à des substances ?

La prévention, l'information et l'accès aux soins surtout.

Comment est-ce que vous privilégiez l'accueil ici au sein du service ?

Hum, c'est un accueil bas seuil donc on a juste à ouvrir la porte et la forme de ce qu'on est, de ce qu'on fait, ce qu'on peut provoquer comme aide c'est selon la demande de la personne. On met en confiance, on essaye de répondre au mieux aux demandes des personnes qui franchissent la porte dans notre centre.

Et comment est-ce qu'en temps qu'éducatrice vous les prenez en charge ?

Alors pour ma part, je suis plutôt dans l'accueil, je suis principalement dans l'accueil, ce qui me va très bien parce qu'avant je faisais des visites à domicile, je faisais les deux et c'était très bien aussi parce que c'était un lien entre le domicile et le centre donc quand j'allais chez les gens, ils me connaissaient et donc ils me reconnaissaient donc il y avait une certaine confiance, ils avaient beaucoup plus facile à venir mais là pour le moment, je fais principalement l'accueil au centre donc ils peuvent me voir du mardi jusqu'au jeudi, je suis tout le temps là. Donc les gens, quand ils ont une certaine personne qu'ils voient tous les jours et qu'ils reconnaissent tous les jours et c'est la même personne qui les reçoit, heu ça permet aussi d'avoir l'accès beaucoup plus facilement, parce qu'ils te connaissent. C'est dans l'informel aussi, comme c'est dans l'informel, il n'y a rien de demander donc ils peuvent venir, parler à table, discuter avec moi, poser une question et quand je sais répondre, je réponds et quand c'est une spécialité alors je dis, voilà on travaille comme ça, on oriente et voilà. Avec les enfants aussi je travaille beaucoup avec les enfants qui viennent ici, ça peut-être jusqu'à 3 ans, jusqu'à 8 ans ou 18 ans parfois, donc je reste quand même la référente de l'accueil.

Et comment est-ce que vous créez un climat de confiance avec les patientes ?

Heu, je pense que l'informel fait beaucoup dans le climat de confiance. Hum, je pense que le fait d'ouvrir la porte et de demander, c'est déjà une certaine confiance. On doit prendre son courage à deux mains pour ouvrir la porte et arriver. Je pense que le fait de ne pas être jugé ni rien du tout, juste de demander, tiens est-ce que je peux vous aider, est-ce que je peux vous expliquer où vous êtes et puis entendre et écouter, je pense que ça fait beaucoup d'ouvrir la porte ou de tenir 5 minutes la porte et de leur parler devant la porte ça fait beaucoup pour arriver dans l'espace et donner de la confiance et alors la prochaine fois on revient et on peut faire sa demande clairement.

En quoi est-ce que pour vous, cette prise en charge est différente d'une prise en charge générale et habituelle ?

Déjà parce que c'est spécifique au niveau de la prise en charge de la toxicomanie, la prise en charge des parents ou des futurs parents toxicomanes mais vu qu'on a plus de mères dans l'espace généralement, heu je pense qu'avoir un lieu spécifique à soi sans avoir cette étiquette mais ils savent que c'est ce lieu-là et ne pas avoir un jugement, je pense que ça permet aussi d'être différent des autres centres. Et le travail qu'on fait ici, par exemple pour le lien parents-enfant, on prend en charge en même temps la maman, l'enfant ainsi que la famille et puis on élargit un petit peu au plus qu'on les voit. Et le panel des soins qu'on donne aussi, ça peut être l'éducatrice qui joue avec l'enfant ou ça peut-être aussi à domicile qu'on fait un travail et moi je me focalise sur l'enfant et la psychologue sur l'adulte donc voilà ici, ça leur permet vraiment c'est ça, ça leur permet d'avoir le panel et ne pas avoir une étiquette, ouvrir la porte et ne pas avoir une étiquette parce qu'ils savent que de toute façon c'est un centre pour toxicomanes même si ce n'est pas marqué. D'avoir un lieu à soi, je pense que c'est important pour ces femmes-là et ces parents-là et ces enfants-là.

Vous parliez du lien mère-enfant, comment est-ce que vous travaillez la question de ce lien ?

Alors ça peut-être dans, dans, moi je travaille beaucoup dans l'informel vu que je suis dans l'accueil donc je vais donner un bête exemple, par exemple j'ai une dame qui vient voir la psychologue et qui a son bébé. Il faut travailler la confiance pour que cette maman laisse son enfant donc je dois voir beaucoup cette maman, je dois me présenter en tant qu'éducatrice mais en tant que personne aussi et je travaille beaucoup le lien, la séparation. Le lien je le travaille en fait dans l'informel tout est dans l'informel dans moi ce que je fais et après il y a une confiance qui s'installe et la personne vient avec ses questions. Tiens, toi, comment tu vois ça, comment tu vois ça et puis parfois quand je vois qu'il y a quelque chose qui ne va pas par rapport à l'enfant et bien je peux transmettre à la maman puis on travaille ça ensemble et ça peut-être dans le jeu aussi, j'invite la maman à venir avec son enfant sur le tapis et puis on travaille le lien parents-enfant par le jeu, ça ne stigmatise pas premièrement et ça enlève tout le jugement par rapport à la maman. Donc on travaille et puis on dit "oh ben allez, il fait bien ça, il vous regarde, il vous appelle" mais ça reste dans l'informel. Par contre à la maison, c'est autrement mais ici, je travaille vraiment beaucoup la séparation parce qu'on a beaucoup d'enfants qui sont soit trop collés. Alors je travaille la séparation par exemple quand la maman va chez la psychologue et je dis ben aujourd'hui ça va être comme ça, 5 minutes, on va lui

dire, on va l'avertir avant de descendre et tout ça c'est mon rôle, j'essaye que ça ne soit pas quelque chose de très frustrant vu qu'on a une population un peu fragile quand même donc j'essaye de travailler ça, le plus ludique possible avec la maman et l'enfant. Par contre, si je vois quelque chose qui ne va pas, je peux transmettre à la maman aussi.

Et pour vous à quel moment est-ce que c'est le plus important de mettre en place ce lien ?

Pour moi ça commence déjà au moment de la grossesse avec la sage-femme. Pour moi, la sage-femme fait un travail déjà de lien par rapport à l'enfant et sa maman parce que c'est un lien spécifique aussi. Et après à l'accouchement et bien voilà, il y en a d'autres qui rentrent en place pour un autre lien qui est plus physique vu que l'enfant il est là donc c'est différent, mais pour moi c'est déjà pendant la grossesse que ça commence.

Est-ce que vous percevez parfois un sentiment de culpabilité de la part des parents face au syndrome de manque de leur enfant ?

Hum, pas souvent.

Et comment est-ce que vous y faites face ?

J'essaye de me mettre toujours à la place de l'enfant, je ne parle jamais en mon nom mais je parle au nom de l'enfant, j'essaye de leur dire et bien vous voyez là, vous voyez qu'il se griffe, là il y a quelque chose qui ne va pas. C'est un peu difficile de transmettre la souffrance de l'enfant quand on est dans le déni de sevrage mais alors j'essaye de faire le plus concret possible. Par exemple, de le prendre sur mon ventre, de montrer les positions qui l'apaisent, qu'il faudrait peut-être mieux le porter sur vous avec une écharpe enfin j'essaye de donner des petits points pour qu'ils puissent un peu soulager l'enfant mais parfois c'est entendu, parfois non, parfois c'est moi qui le fait parce que parfois c'est plus facile pour les parents donc quelqu'un d'autre le fait et il se calme.

Donc en général, vous trouvez qu'il n'y a pas de sentiment de culpabilité des parents face au syndrome de manque de leur enfant ?

J'ai dit pas souvent parce que j'ai peur d'oublier quelqu'un qui avait vraiment de la culpabilité et que je suis entrain de réfléchir mais ce n'est pas souvent.

Comment est-ce que vous impliquez les parents dans les stratégies qui permettent de le calmer ?

J'essaye toujours de laisser la place aux parents parce que je me dis, c'est quand même les parents et puis je vois quand ça fonctionne et puis je propose. Je n'impose pas, je propose toujours et on essaye ensemble, on va aller se promener, on va voir si ça va et si je vois parfois que l'enfant est mal mis et qu'on ne se rend pas compte ben là, peut-être qu'il est entrain de vous dire qu'il n'est pas bien mais vous n'avez peut-être pas compris, il faudrait peut-être le changer de position mais je propose, je n'impose pas. J'essaye toujours que les mamans restent les maitres de leur enfant.

Quelles sont les avantages du service ici ?

Alors les avantages du service ici, vu que je travaille depuis 16 ans ici, je me dis, au moins elles ont leur place maintenant, elles ont un endroit à elles. C'est quelque chose de très important pour moi qu'ils peuvent ouvrir la porte à n'importe quel moment et elles savent où elles doivent aller si ça ne va pas. J'ouvre la porte et je peux aller-là, il n'y a pas de rendez-vous, c'est informel, tu peux venir quand tu veux. Moi je vois le centre comme un point de chute pour les gens, quand ils arrivent ici, c'est un point de chute, tu peux venir bien ou pas bien ou en manque ou pas en manque mais tu as un point de chute où tu peux aller, avant il n'y avait rien, avant, c'était très difficile pour ces femmes d'arriver parce qu'avant c'était juste l'hôpital et pour arriver à l'hôpital c'était très difficile, pour les consultations, pour beaucoup de choses, il y a beaucoup de choses qui ont changé avec le point de chute qu'ils ont.

Quelles sont les inconvénients du service ici?

(Rire) vous voulez vraiment mon avis (rire)

Je suis en pleine réflexion. Je pense qu'il y aurait beaucoup de choses à améliorer, parfois on a un projet et au fil des années, on a l'impression que tout est acquis alors qu'il y aurait beaucoup de choses à changer dans le service. Moi par exemple, c'est les enfants, c'est ce qui me perturbe le plus. Je pense que quand ils sont plus jeunes, ça va encore parce qu'on peut travailler le lien et qu'à un moment, il faut faire une séparation de l'étiquette parentalité-addiction en tant qu'adulte et parentalité-addiction en tant qu'enfant et qu'il faut séparer les deux parce que je me rends compte qu'il y a quelque chose qui se chevauche et ça n'a pas lieu d'être, il y a quelque chose qui ne va pas parce qu'on a plus d'adultes que des enfants mais parfois on a des enfants qui viennent et qui commencent à comprendre parce qu'un bébé ça grandit, ça devient un petit enfant, ça parle, ça comprend, ça écoute. Je pense que dans la prévention si je devais en faire une en plus, ça serait celle-là. Protéger plus l'enfant par rapport à la toxicomanie parce qu'eux ils n'ont rien demandé en fait.

Est-ce que vous avez été formée pour prendre en charge des mères toxicomanes ?

Pas du tout, non. Mais ici j'ai fait beaucoup de formations sur la maltraitance, j'ai fait une formation à SOS enfant à Saint-Luc sur le développement de l'enfant et on est tout le temps amené à suivre des formations donc on a de la chance et on en profite. Sinon moi je n'avais aucune formation sur la toxicomanie, je ne connaissais même pas.

## **Luxembourg**

### **Infirmière pédiatrique L1**

Quelles sont les particularités de la prise en charge des mères qui ont des problèmes de dépendance à des substances ?

En général, donc depuis 3 ans, on a instauré un programme, enfin ça va bientôt faire 3 ans, un programme qui s'appelle le programme kangourou donc c'est-à-dire que maintenant, les mamans qui ont un bébé et qui sont addictes à une substance illicite sont admises en chambre

kangourou pour une surveillance d'une première part du bébé avec le risque de sevrage en fonction de la consommation de la maman et également la surveillance de la maman relative au lien mère-enfant. Donc ça, ça va être une prise en charge. Avant ça, on a quand même une information préalable, c'est-à-dire que ce sont des patientes qui sont connues, qui sont suivies et donc notre pédiatre reçoit une information comme quoi telle patiente va arriver environ à telle période pour accoucher et que donc elle est addictive à telles ou telles substances et qu'elle fera l'objet d'une prise en charge kangourou en fonction de comment est la maman.

Comment est-ce que vous les prenez en charge ?

Heu alors, la maman, elle ça va être une surveillance classique en matière de post-partum, il n'y a rien de particulier à surveiller, on ne fait pas de surveillance vraiment très pousser. Par contre, on va vraiment regarder le lien mère-enfant ça, ça va être la surveillance principale de savoir comment elle s'investit avec son bébé à savoir aussi comment est-ce qu'elle nous raconte un peu son parcours et sa vie parce qu'il y a des personnes avec qui on arrive à dialoguer facilement. Alors comment elle le raconte et surtout on échange entre nous pour savoir est-ce que ce sont des choses qui sont cohérentes et à savoir si elles sont connues par les assistantes sociales, est-ce qu'on peut faire confiance à cette patiente ? Pour la maman on va principalement surveiller le lien mère-enfant, ça va être la plus grosse des surveillances et aussi comment est-ce qu'elle s'occupe de son enfant. Est-ce qu'elle est fiable ? Est-ce qu'elle n'oublie pas de lui donner à manger ? Est-ce qu'elle le change bien ? Est-ce qu'elle répond à ses besoins ? Et est-ce qu'elle comprend et est-ce qu'elle voit les signes de sevrage grâce au score de Finnegan ?

Comment est-ce que vous créez un climat de confiance avec ces mères ?

Hum, comment je vais dire ça ? Le climat de confiance avec ces patientes, il s'établit parce que ce sont des patientes qu'on garde longtemps, la dernière patiente que l'on a eue est restée pratiquement un mois chez nous donc forcément, on arrive à avoir un climat de confiance mais malgré tout parfois, je ne vais pas dire on se fait avoir mais on se fait un peu berner. C'est-à-dire, qu'elle nous dit qu'elle n'a pas du tout consommé depuis une semaine et quand on fait un screening, il est positif donc bon, le climat de confiance je ne sais pas s'il peut réellement s'instaurer parce qu'on a toujours un certain recul vis-à-vis de ce qu'on nous dit. On a tendance quand même, surtout ici à penser qu'on est quand même un peu crédule et du coup, on essaye de nous manipuler énormément. Mais après le climat de confiance, il s'instaure pour les soins et tout ça, il s'instaure assez facilement, on essaye de l'autonomiser au maximum et si on voit qu'elle est coopérante, et ça ça l'aide à avoir confiance en nous.

Comment est-ce que vous impliquez les parents dans les soins du nouveau-né ?

Heu alors dès le début avec les soins kangourous, on essaye de faire un maximum de peau à peau, c'est le but du kangourou. Quand il y a une mesure de placement ou en fonction du potentiel devenir de l'enfant, il n'y a pas forcément d'allaitement qui se met en place, ce n'est pas forcément évident de mettre ça en place, en fonction aussi de ce que la personne consomme donc on a des enfants qui font des sevrages et donc on leur explique que le peau à peau, c'est vraiment essentiel pour leur bébé et qu'il faut que leur bébé soit porté porté porté porté et puis leur montrer aussi les signes et savoir évaluer tous les jours l'évolution des

signes de sevrage du bébé. Après, on a très rapidement tout ce qui est les soins de bases, donner le biberon, les changer, elles y arrivent très vite, on les autonomise au maximum ici.

C'est souvent un suivi continu et régulier que vous effectuez ?

Toutes les 3 heures, toutes les 3 heures, on entre en chambre pour savoir comment ça s'est passé et dans les premiers jours, on vient avant même qu'on nous appelle. Elles nous appellent pour les biberons et on évalue un peu la situation au moment où elles nous appellent et on essaye de les mettre juste à côté de notre bureau, comme ça on entend quand un bébé pleure et on essaye d'aller voir quand le bébé pleure. Voilà et toutes les 3 heures on réévalue la situation et on voit si elles arrivent à nous appeler instinctivement pour les biberons ou s'il faut qu'on y aille d'office.

En quoi est-ce différent d'une prise en charge générale/habituelle ?

Ce n'est pas complètement différent en soi, la seule chose, c'est la surveillance en fait, la surveillance du côté attachement, ça c'est vraiment quelque chose d'essentiel puisque de toute façons les assistantes sociales passent nous voir régulièrement, il y a tout un réseau qui est mis en place et le juge des jeunes lui veut de toute façon un contrôle sur l'établissement du lien mère-enfant pour voir s'il est possible que le bébé rentre à la maison. Donc ça c'est vraiment primordial de regarder ça.

Vous me parliez du lien mère-enfant, comment faites-vous pour travailler ce lien mère-enfant ?

On observe, on discute beaucoup entre nous et puis on essaye enfin moi personnellement, c'est vrai que j'essaie de demander à la patiente comment elle se sent, comment elle se voit par rapport à l'enfant, comment elle voit son enfant dans l'arrivée d'un ménage parfois c'est un premier enfant, souvent même c'est un premier enfant, de voir comment elle voit ça et par rapport à la consommation et voilà vraiment par rapport à ça. Maintenant on discute énormément entre collègues pour voir ce qu'elle dit et voir si c'est cohérent ou pas et comme ça on peut se faire une petite idée et voir à quoi il faut faire attention et plus attention à ce que l'on dit ou au contraire on sait qu'on peut lui faire confiance.

Pour vous, à quel moment est-il judicieux de mettre en place le lien mère-enfant ?

Dès la naissance, ce sont des naissances qui sont tout à fait comme les autres, que ça soit voie basse ou césarienne en fonction du cas donc là il n'y a pas de prise en charge automatique. On essaye de séparer le moins possible l'enfant de la maman mais attention, c'est en fonction du cas et dès la première heure voir au pire avant la deuxième heure, si c'est un allaitement maternel, on fait une mise au sein et sinon on le met en peau à peau directement à la salle d'accouchement.

Percevez-vous parfois un sentiment de culpabilité de la part des parents face aux syndromes de manque de leur enfant ?

Alors, oui mais je vais prendre le cas de la dernière patiente que l'on a eue parce que c'est vrai qu'elle est restée longtemps donc ça me revient tout de suite. Dans les premiers temps, on a essayé de lui montrer ce que c'était et elle dit non non, il a juste faim, il tète parce qu'il a

juste faim alors qu'il y avait vraiment un mouvement de succion bien dynamique et très soutenu. Et puis par la suite quand elle a compris qu'on avait des scores de Finnegan très élevés et qu'elle s'est rendue compte que c'était lié à sa consommation, elle s'est sentie très mal et elle a commencé à culpabiliser d'autant plus qu'il y avait un gros retard de croissance. Elle a fait le lien parce qu'on lui a aussi expliqué pourquoi telle chose parce que quand tu poses une question alors elle se demande pourquoi son bébé est si petit, on lui explique que si elle a fumé et qu'elle a consommé c'est à cause de ça et donc elle a très vite fait le lien elle-même et elle a ressenti un sentiment de culpabilité au bout de 10 jours en se disant mince, c'est moi qui ait fait tout ça.

Comment y faites-vous face ?

Heu ce n'est pas forcément évident parce qu'il faut qu'elles se rendent compte de la réalité, il ne faut pas leur mentir. Il faut leur expliquer clairement que oui, la consommation qu'elles ont eue l'enfant a reçu la même en intra-placentaire et que du coup l'enfant va ressentir le même manque qu'elles quand elles ne consomment pas. Donc c'est vrai que quand elle se rendent compte de ça, elles ne se sentent pas bien mais après on essaye de relativiser les choses en leur montrant ce qu'elles peuvent faire pour pallier à tout ça donc comme le peau à peau, la patiente elle avait ramené un transat, elle avait ramené plein de choses de la maison parce qu'elle est restée longtemps mais pour essayer de proposer plein de choses à son enfant et donc on va essayer de recentrer après avoir vraiment fait le point et qu'on est arrivé au stade de la culpabilité et qu'on peut leur faire ouvrir les yeux face à la situation, on peut passer à la seconde étape et à l'étape où elles vont pouvoir profiter un petit peu et on va les investir dans les soins de leurs enfants donc voilà, on leur dit prenez le dans bras c'est bien, promenez-le dans les couloirs c'est bien, la sucette c'est bien ce genre de choses.

Comment est-ce que vous les préparez au préalable au comportement de l'enfant en consultation prénatale ?

Alors ça je ne peux pas vous répondre parce que je ne fais pas de consultations prénatales par rapport à ça, par contre je sais qu'il y a tout un réseau qui est mis en place avec les assistantes sociales, les pédiatres, les psychologues et les gynécologues. Les gynécologues bien sûrs, eux ils expliquent le risque par rapport à ça.

En quoi la prise en charge pourrait-elle être améliorée si elle était spécifique ?

Hum, je ne sais pas si je vais vraiment bien répondre à la question. Je ne sais pas si ça améliore la prise en charge des mamans, je ne sais pas si ça améliore leur devenir et leur perspective d'avenir parce que malheureusement, ce n'est pas parce qu'on va les garder un mois qu'elles vont changer d'avis, ce n'est pas parce qu'elles ont été un mois non-stop avec leur enfant que l'envie de consommer va disparaître. La dame dont je vous parlais est en pédiatrie depuis longtemps et l'enfant est en attente de placement donc ce n'est pas évident. Par contre, c'est vrai que je pense que dans l'idée de donner une chance tout simplement à la maman de pouvoir se reprendre, de pouvoir se prendre aussi en main, de se rendre compte qu'un enfant ça peut aussi apporter beaucoup de bonheur, beaucoup de bonnes choses et que peut-être, la consommation peut être mise de côté pour un enfant. Donc je pense que le fait de

les garder vraiment bien avec nous et d'avoir cette prise en charge de kangourou, ça leur permet d'établir un lien le plus vite possible plutôt que quand ils sont séparés, d'ailleurs il y a des études qui ont montré que chez les prémas, quand on sépare les enfants, il y a un trouble du lien qui peut se faire chez l'enfant. Donc là c'est un peu le même principe, on peut avoir un trouble du lien qui peut être très important et qui peut être ressenti dans l'enfance donc là c'est vrai que le fait de les garder bien proches permet je pense l'instauration d'un lien et au moins pour l'enfant et je pense que même s'il y a un placement, ça peut aider l'enfant à se sentir peut-être aimé à son arrivée.

Quels sont les avantages du service kangourou ?

On est quand même assez « souple ». A l'époque quand on était dans l'ancienne maternité, on gardait très peu d'enfants à potentiel de sevrage, ils étaient très souvent emmenés en néonatalogie et là ces derniers temps, on avait même des enfants sous-morphine, ici donc on a quand même évolué. Après, je pense que c'est vraiment encore une fois pour créer le lien et essayer je pense de donner une chance à la maman de se reprendre en main et de lui laisser le temps et puis l'autonomisation, on essaye d'autonomiser un maximum pour envisager un retour à la maison quand c'est possible.

Quels sont les inconvénients du service kangourou ?

Alors les inconvénients c'est que l'on n'a pas une maîtrise parfaite, on ne sait pas ce qui se passe dans la chambre, la porte est fermée donc de mon regard, c'est vrai que ce n'est pas évident d'évaluer un Finnegan quand je passe actuellement 2 minutes dans la chambre, la maman si elle n'est pas compliant et qu'on lui demande les symptômes, elle va dire il n'y a rien, on est d'accord donc ça c'est un problème, c'est une limite je pense. La deuxième limite, c'est qu'on n'a pas une maîtrise non plus sur le service, c'est un service qui est ouvert donc ça nous est jamais arrivé mais n'importe qui pourrait partir avec son bébé si on lui parle de placement. Je pense que ce sont les deux seuls inconvénients.

Est-ce que vous avez été formée pour prendre en charge des mères toxicomanes ?

Non j'ai une formation de base à l'école de puéricultrice, mais rien de bien poussé non.

## **Chef de service L2**

Quelles sont les particularités de la prise en charge des mères qui ont des problèmes de dépendance à des substances ?

Ouh, il y en a beaucoup ! Je pense quand même qu'il y en a beaucoup oui. Pour nous ici, si je prends la séquence post-partum uniquement, on travaille beaucoup à la maternité avec le parcours de la grossesse complet à partir de la naissance, même avant jusqu'après la naissance. Et les soins sont programmés pour que tout puisse se passer convenablement à la maison donc là, ici, en post-partum on a juste la fréquence des quelques jours après la naissance mais pour pouvoir bien travailler lors de ce moment-là, il y a beaucoup d'informations qu'on doit avoir au préalable donc c'est très important quelles soient recueillies pendant la grossesse de la dame et qu'on puisse avoir des contacts avec les personnes qui suivent éventuellement cette personne même avant qu'elle ne soit enceinte pour

savoir un petit où elle en est, ce qu'elle prend ou ne prend pas, si elle a une substitution, quelle est la substitution ? et donc pour ça, on a des réunions régulières avec justement l'association de parentalité et addictions et donc on est mis au courant régulièrement des accouchements qui vont avoir lieu avec une personne à risque. Quand on la connaît et qu'on la prépare, la prise en charge est vraiment bien meilleure parce que déjà on a peut-être vu la dame ou alors on a au moins toutes les informations, à savoir si le bébé risque un sevrage ou pas enfin tout ça ce sont des choses qui sont très importantes je pense à savoir avant l'hospitalisation, ça c'est un premier point. Je pense que le deuxième point c'est que souvent elles sont dans une situation sociale très difficile donc en plus de la dépendance, il y a tout le contexte de l'arrivée du bébé qui va devoir se faire parfois dans des conditions sanitaires très difficiles et donc là, il y a toujours des risques de savoir si on va devoir lui enlever l'enfant ou pas, la question est quand même régulièrement posée. Ça c'est difficile aussi pour les équipes de devoir se positionner quand on doit donner un avis sur le contact qui peut s'établir avec le lien entre la maman et le bébé ou avec la famille. Ça c'est un point, mais il y a aussi le point sécuritaire qui détermine si elle est capable de s'en occuper par rapport à son addiction éventuelle qu'elle a encore, l'état dans lequel les médicaments la mettent. On a régulièrement des mamans qui s'endorment avec leur bébé dans le lit, ça se sont des choses qu'on ne peut pas accepter et donc on essaye de leur expliquer que ce n'est pas possible et après on se dit quand elles prennent leur médicament, on ne peut pas assurer qu'elles ne vont pas continuer comme ça à la maison donc ça c'est toute cette partie-là qui est difficile et puis alors je dirais ce qui est difficile aussi c'est quand même le sevrage du bébé, ce n'est pas tout de suite les premières heures, ça arrive un petit peu après et quand on voit qu'il commence à être atteint, c'est difficile aussi je pense à assumer pour les équipes de voir ça et on doit le coter avec l'échelle de Finnegan pour voir comment est vraiment le bébé et avoir une analyse complète de la situation. Voilà, c'est l'essentiel je dirais que je vois de compliqué.

Comment est-ce que vous les prenez en charge ?

Ben donc heu on s'arrange ; par exemple si elle a un traitement de substitution, on s'arrange pour l'avoir nous ici à l'étage parce qu'elle ne peut pas prendre elle-même ses médicaments, c'est nous qui lui donnons et si elle vient avec ses médicaments, on va les garder dans notre pharmacie et on donne au fur et à mesure les doses et puis elles sont souvent dans nos chambres qu'on appelle kangourou donc avec une surveillance plus étroite du bébé qui peut être sous monitoring si nécessaire et donc il y a des infirmières qui ont un peu plus de temps de s'occuper de ces bébés-là que tout le reste du service. Et oui après, on a des réunions pluridisciplinaires régulières avec justement les médecins, les psychologues, assistantes sociales, les infirmières qui s'en occupent quotidiennement parce que chacun apporte ses observations autour de la famille. Le pédiatre évidemment il va voir comment la dame envisage de pouvoir donner des traitements éventuels à l'enfant ou à elle-même donc il va analyser la situation plus clinique. Les soignants sont tout le temps-là donc ils vont pouvoir évaluer la création du lien entre la maman et l'enfant, sa capacité à s'en occuper je vais dire pratiquement, donner le biberon parce que l'allaitement ça n'est pas souvent réalisé sauf si on sait qu'elle est vraiment safe, mais ce n'est pas souvent le cas et puis si elle sait préparer les biberons et tout ça, donc ça les soignants vont donner un avis là-dessus. Et puis on a l'assistante sociale qui va vérifier que la situation est bien claire pour le retour à la maison, la

psychologue voit comment la dame évolue et on a aussi des contacts avec l'équipe qui va la prendre en charge quand elle est rentrée à la maison avant qu'elle ne reparte, sinon c'est un post-partum classique quoi.

Comment est-ce que vous créez un climat de confiance ?

Déjà, je pense que l'essentiel c'est qu'il n'y ait pas de jugement, parce que ces dames parfois ça fait des années qu'elles essaient de s'extraire de cette situation et elles n'y arrivent pas facilement et donc je crois que l'essentiel c'est de les considérer comme n'importe quelle maman qui vient dans notre service et de prendre en charge, c'est une pathologie et on doit essayer d'aider la patiente à surmonter ça. Maintenant, je ne peux pas juger qu'il n'y a jamais de jugement hein.

En quoi est-ce que pour vous c'est différent d'une prise en charge générale/habituelle ?

Parce que justement on doit s'impliquer beaucoup dans l'appréciation de ce contact pour les soignantes donc les sages-femmes, les infirmières c'est ça qui est très difficile ces jours-là, c'est de devoir donner un avis sur le fait qu'elle va pouvoir vraiment s'en occuper. Ça la justice attend souvent de notre part des réponses concrètes à ce sujet-là, on doit dire oui ou non quoi. Bon après, on fait ça en collaboration avec le médecin et les autres soignants mais c'est quelque chose de difficile. La semaine dernière on en a encore retiré un à sa famille et franchement c'est très dur quoi parce que cette maman était sous l'emprise du papa et elle-même était horriblement triste de devoir laisser son enfant mais elle ne pouvait pas se retirer de l'emprise du papa et donc ça c'est difficile pour nous de comprendre. Mais bon, elle n'avait pas de moyens, elle me disait oui mais je ne saurai pas vivre, oui mais allez en foyer, oui mais c'est comme si j'allais en prison, enfin voilà c'est complètement différent d'une prise en charge classique où l'arrivée est heureuse, où les dames ont beaucoup de choses à apprendre tout de même parce que en trois jours apprendre à s'occuper d'un bébé c'est déjà très compliqué mais alors quand il y a des situations comme ça autour, c'est vraiment encore plus difficile je dirais.

Comment est-ce que vous travaillez le lien mère-enfant ?

Alors bon ben là, on fait de l'observation pour voir si le lien se crée maintenant, on leur montre aussi quels sont les soins effectués au bébé, comment il faut le regarder, comment on peut le manipuler et comme ça alors elles ont plus de facilité à l'apprivoiser et alors du coup, elles sentent qu'il est proche d'elles et c'est à ce moment-là que ça se crée. Et sinon quand on observe des mamans où c'est plus difficile, on a certaines méthodes qui sont utilisées dans le service comme le Brazelton c'est l'échelle de Brazelton, c'est l'échelle qui évalue justement le lien qui se crée entre la maman et le bébé par toute une série d'observations. On a une soignante qui est spécialisée là-dedans donc après si elle détecte un « mauvais résultat » alors on essaye encore plus de soutenir cette maman dans l'apprentissage du lien mais c'est toujours par lui montrer, l'éduquer sur les gestes quotidiens et quand les gestes quotidiens elle arrive à les réaliser correctement et qu'elle se sent sûr d'elle comme maman alors à ce moment-là, le lien peut se créer.

Percevez-vous parfois un sentiment de culpabilité de la part des parents face aux syndromes de manque de leur enfant ?

Oui, oui !

Comment est-ce que vous y faites face ?

C'est difficile, parce que oui encore une fois ne pas juger, mais donc on leur dit que c'est une phase difficile et après au bout d'un certain temps le bébé va s'en sortir, mais bon retirer complètement cette culpabilité me paraît impossible parce qu'elles savent très bien les mamans que c'est à cause de leur consommation que le bébé est dans cet état-là donc je crois qu'on ne pourra jamais retirer complètement la culpabilité. On peut leur expliquer les phases par lesquelles le bébé va passer avant d'arriver à son sevrage mais c'est la seule qu'on peut faire je crois et l'aider elle-même à aider son bébé dans ses phases de sevrage, l'impliquer donc du coup elle se sent plus utile et moins coupable.

Quelles stratégies mettez-vous en place pour calmer l'enfant ?

Heu ça c'est souvent le portage je dirais et l'enveloppement, ça ne me vient pas là comme ça qu'il y ait des stratégies particulières. Il y en a certainement, les sages-femmes peuvent certainement mieux répondre que moi.

En quoi la prise en charge pourrait-elle être améliorée si elle était spécifique ?

Parce que justement elles se sentent plus entourées. Ce sont des personnes qui sont complètement perdues et qui souvent n'ont pas bien le pouvoir de décision et qui se sentent en instabilité parce qu'elles ne sont pas sûres d'elles et elles ont peur de mettre le bébé dans une position ou dans une autre position donc on est beaucoup plus présentes je pense pour elles, justement pour leur donner le plus d'informations possibles pour qu'elles puissent se prendre en charge comme une autre maman.

Quels sont les avantages du service ?

Heu l'avantage c'est que certaines mamans qu'on n'aurait peut-être pas pensé, peuvent s'occuper de leur enfant par la suite et ça je pense que c'est la meilleure réussite qu'on puisse avoir parce qu'après on discute justement avec les associations de suivis et parfois « on prend le risque » de laisser l'enfant dans la famille avec un suivi et les suivis peuvent être personnalisés, il y a plusieurs associations différentes qui font des choses différentes et qui soutiennent la famille donc on se dit ce sera mieux ça ou ça et grâce à ça, on peut envisager que le bébé soit pris en charge par la famille elle-même.

Quels sont les inconvénients du service ?

Les inconvénients ... Hum ... Bah je ne sais pas trop, ces dames elles doivent-être prises en charge, elles sont toutes regroupées ici donc peut-être que pour l'équipe ici c'est un peu plus lourd par rapport à une autre équipe qui fait aussi du post-partum et eux ils ont tous les cas les « plus simples », donc nous ici c'est vrai que pour les soignants c'est un peu plus lourd d'avoir ce genre de famille à soigner, mais non je ne vois pas beaucoup d'inconvénients à ça. C'est peut-être un peu prétentieux (rires).

Est-ce que l'équipe ici a été formée à prendre en charge les mères dépendantes à des substances ?

Oui, il y a eu des formations spécifiques, oui.

### ***L'assistante sociale et la psychologue L3 et L4***

Quelles sont les particularités de la prise en charge des mères qui ont des problèmes de dépendance à des substances ?

Heu, je pense que ce qui est important c'est qu'une prise en charge commence en prénatal, c'est ce qu'on essaye de faire ici si c'est possible et si on est en contact avec la personne avant la naissance, que ça soit par sa propre initiative ou par le biais de professionnels qui travaillent déjà avec elle. Et puis par rapport à sa dépendance ou bien sa consommation, c'est bien sûr le bien-être de l'enfant, une fois qu'il sera né, pouvoir identifier le problème d'un potentiel sevrage de l'enfant et je crois que tout ce qui peut se passer ou tout le déroulement de la prise en charge ici à l'hôpital, une fois qu'elles viennent pour accoucher et puis tout le post-partum, c'est d'être au maximum transparente envers la dame pour pouvoir gagner sa courbe de ration dans le but du bien-être de l'enfant, et identifier quel est le projet après de cette dame. Est-ce qu'elle peut rentrer à la maison avec son enfant ? Est-ce qu'elle doit rentrer dans une institution, dans un foyer mère-enfant, enfin tout ça à travailler avec elle, le plus tôt possible et de façon transparente le plus possible, pour que le résultat soit le meilleur possible.

Comment est-ce que vous privilégiez l'accueil ?

Ben on a différents cas de figure pour rentrer en contact avec une dame enceinte qui est consommatrice ou sous substitution, c'est soit par le gynécologue quand elles viennent ici pour le suivi de grossesse, soit par les sages-femmes qui la voient dans un moment plus tard, par exemple quand elles viennent ici au centre de périnatalité pour faire leur dossier. Ça dépend toujours à quel moment et chez qui elle parle de sa problématique. Ou bien, des fois elles contactent elles-mêmes le service social mais ça dépend, c'est très très différent d'une situation à l'autre. Ou bien par les services à l'extérieur, on a un service de parentalité, d'une association qui travaille avec les personnes toxicomanes alors si c'est une patiente à eux qui tombe enceinte ou qu'elle les contacte parce qu'elle est enceinte alors c'est par eux que le contact se fait à l'hôpital. Bien sûr si le suivi est prévu d'être fait ici, si la femme souhaite accoucher ici.

Comment est-ce que vous créez un climat de confiance avec la patiente ?

Ben, pour créer ce climat de confiance, le but est de faire connaissance le plus tôt possible dans la grossesse de la dame et de lui expliquer un peu comment nous on s'imagine la prise en charge et qu'on essaye d'être un maximum transparent avec elle. On explique tout, on a très souvent un entretien en binôme avec l'assistante sociale et moi, soit avec la patiente toute seule ou bien accompagnée par l'un ou l'autre professionnel, comme ça c'est un peu ce professionnel-là qui fait le lien entre eux et nous.

*Arrivée de l'assistante sociale. C'est bien qu'on fasse ça ensemble parce qu'on travaille souvent ensemble. Voilà, c'est juste ce que je viens de dire. Parce que la question ici c'est comment est-ce qu'on essaye de créer le lien de confiance. Alors j'ai dit, on essaye vraiment de voir les femmes le plus tôt possible que ça soit de sa propre démarche ou par le biais d'un autre professionnel, que ce soit en interne ou en externe aussi, voilà ! Alors on fait un premier entretien ou deux avec la dame, seule ou avec le professionnel et puis il y a toujours une visite chez le pédiatre qui est organisée, c'est le pédiatre qui va s'occuper de l'enfant en post-partum et il informe la patiente sur les effets que la consommation active ou la substitution peut avoir sur l'enfant avec le risque de sevrage, comment on traite le sevrage, qu'est-ce qu'on essaye de faire pour prévenir le sevrage, voilà ! Et on travaille aussi en étroite collaboration avec un service externe, « jugend and drogenhëllef », le service parentalité et on a mis pour le moment au point une sorte de petit contrat qu'on passe on va dire avec la patiente ou avec même le couple aussi s'ils sont en couple. Parce qu'on a des mamans consommatrices mais parfois des papas consommateurs aussi et il y a des mamans qui ne consomment pas mais enfin ça je ne sais pas si ça entre dans le cadre ici mais on fait un petit contrat avec eux en disant qu'ici on communique aussi nous tous entre nous pour une meilleure prise en charge. Et pour un maximum de transparence. Tout à fait. Et alors ça dépend de la situation, soit on les revoit encore en prénatal selon les besoins et tout dépend aussi à quel moment de la grossesse on les voit, ça peut être très variable. Là c'est plus individuel, tu vois la patiente de ton côté et moi je vois plus l'aspect social, orientation, suivi, parfois signalement si on a des personnes qui ne sont pas du tout demandeuses ou pas collaborantes et qu'on voit qu'il y a un risque éventuel pour le bébé à naître, on le signale à la justice mais tout ça on le dit en transparence. On ne le cache pas aux patientes, on ne fait jamais rien dans le dos des patientes, on le dit toujours. Avant qu'elles signent ce contrat, on leur explique nos procédures, nos prises en charge, nos missions et nos attentes aussi envers elles et alors là, à elles de décider si elles veulent accoucher ici ou pas (rires). Généralement ça se passe bien parce que bien souvent elles disent qu'elles veulent donner une chance pour la naissance de leur bébé, je veux avoir un projet pour le bien de ma future famille donc on va dire on n'a rarement des refus. Et puis il y a parfois des craintes aussi, malheureusement, ma profession fait parfois peur aussi à cette population là parce que en tant qu'assistante sociale c'est comme si j'avais l'étiquette, je place les enfants donc elles ont peur souvent quand elles viennent chez moi que je vais leur dire si vous mettez un enfant au monde en étant toxicomane ou ancienne consommatrice, l'enfant va être placé donc là aussi c'est toute une information pour les rassurer, ... en leur disant que ce n'est pas un automatisme, ce n'est pas parce que vous êtes consommatrice que votre enfant va tout de suite être placé. Mais qu'est-ce qu'on peut mettre en place, qu'est-ce qu'on peut faire ensemble avec les services extérieurs aussi, parce qu'ils nous voient ici mais après nous on n'est plus dans le coup non plus, donc il faut qu'il y ait un relais qui se mette derrière et s'il y a des gens ou d'autres services qui sont dans le coup, on travaille toujours tous ensemble et on met toujours au courant la dame, si on a eu un contact avec l'extérieur, qu'est ce qui a été dit, bien sûr pas dans les petits détails.*

Comment est-ce que vous gérez le soutien social des patientes ?

*Une fois qu'elles ont accouché, le soutien social qu'on leur propose c'est toujours avec les services extérieurs, donc pour nous l'intervention elle s'arrête une fois la sortie. Dès que*

*l'hospitalisation est terminée, nous normalement, elles n'entendent plus du tout parler de nous donc ça veut dire qu'on doit proposer aux gens leur expliquer quels services pourraient être un soutien pour eux une fois qu'ils sont hors de l'hôpital. Et bien souvent, c'est avec le service parentalité que nous travaillons beaucoup, donc on fait aussi des réunions avec eux, ici à l'hôpital avant, pendant et aussi après. Et si les femmes viennent seules sans être déjà en lien avec ce service, c'est une sorte de condition pour nous parce qu'on ne va pas les laisser sortir même si tout s'est bien passé ici, on ne laisse pas sortir une dame qui est en substitution s'il n'y a pas un maximum de soutien mis en place. Ça c'est le suivi du service parental quand les dames rentrent à domicile mais parfois il y a des dames qui ont d'autres projets et qui disent qu'elles savent bien que ça ne va pas aller si elles rentrent à la maison est-ce qu'il faut organiser autres choses ? Parfois ça va être, commencer une cure ou faire une thérapie on va dire pré-cure dans un hôpital psychiatrique pour un sevrage et puis après on a beaucoup de personnes qui vont à Trèves, il y a des thérapies mères-enfants sur Trèves ou en Italie aussi. Et en Belgique, ici au Luxembourg, CHNP, ... donc on construit le projet des gens un peu en fonction aussi de leurs besoins, de leurs demandes et de leurs ressources. On ne va pas imposer quelque chose à quelqu'un si on sait que ça ne va pas marcher et qu'ils ne vont pas accrocher. Oui et on aide les personnes à lâcher un projet qui est irréaliste pour essayer de voir ce qu'on peut mettre d'autre en place qui est plus près de la réalité et des possibilités.*

En quoi est-ce que pour vous cette prise en charge est différente d'une prise en charge générale/habituelle ?

*Elle est différente déjà parce qu'elle est plus ou moins contractuelle moi je trouve avec d'autres patients, on ne leur parle pas de leur plus ou moins contrat qu'on fait ensemble parce qu'ici on leur dit, voilà il y a une procédure, il y a une mise en place qui est proposée à l'hôpital pour l'optimisation un peu de la prise en charge de la maman, du bébé et de la famille qu'on ne fait pas avec d'autres personnes. Il y a des conditions, parce que quand on dit contrat, les dames doivent être d'accord, enfin doivent se soumettre à des screenings urinaires et l'enfant sera contrôlé, je vais dire c'est quand même un autre contexte que quelqu'un qui vient comme ça accoucher et qui a peut-être un autre problème social ou psychologique. Je crois que ce qui est quand même particulier dans cette prise en charge c'est de faire le bon équilibre entre ce qui est contractuel et cette création du lien de confiance. Enfin que la patiente se sente quand même soutenue et que nous soyons là pour que ça se passe le mieux possible. Bien sûr, une fois que le bébé est né, c'est le bébé d'abord la priorité et ça, je pense que c'est quelque chose que dès le début on doit expliquer aux mamans pour qu'elles comprennent aussi, même si ça s'est très bien passé, il se peut que ben pour l'une ou l'autre raison à un moment donné, ça se passera peut-être moins bien alors il faut prendre d'autres décisions, voilà mais c'est vraiment trouver cet équilibre entre les deux pour qu'on gagne la confiance et pour que la personne collabore et soit capable de collaborer parce que ce sont quand même des gens qui sont malades, qui souffrent d'une dépendance et voilà, c'est rarement seulement ça qui les accompagne. Il y a souvent que le projet de départ ne soit pas le projet de sortie, on n'idéalise pas mais la maman va dire ça va être comme ça, je vais avoir mon appartement, tout va être tout beau et tout rose, ... et on va dire il n'est pas rare que le*

*projet de départ change avec des intervenants auxquels on n'avait pas pensé, avec des informations qu'on n'avait pas reçues, ...*

Comment est-ce que vous travaillez la question du lien mère-enfant ?

Ben aussi là, on essaye de commencer en prénatal, comme on travaille beaucoup avec le service de parentalité et eux très souvent ils connaissent déjà les personnes depuis un certain temps, ils ont déjà un travail qui a été fait et eux travaillent beaucoup aussi sur ça. Je crois que nous ici on ne les voit pas beaucoup en prénatal et c'est surtout en consultations à moins qu'il y ait déjà un grand soucis avant, si on voit que le lien est très difficile. Mais normalement, les femmes qui viennent ici sont d'accord de travailler et de collaborer, il y a déjà ce souhait et très souvent, en prénatal on n'a pas souvent un problème de lien mais c'est surtout en post-partum quand l'enfant est en sevrage, être transféré en néonatalogie enfin cette séparation mère-bébé, on essaye vraiment de la renforcer dans ce rôle parce que ces femmes culpabilisent et savent très bien que leur consommation n'est pas bien pour leur enfant et donc on doit veiller à tout ça. Et ce qu'on fait beaucoup, ce qui fait partie d'ailleurs du contrat c'est le projet kangourou pour aussi diminuer le risque de sevrage auprès du bébé et ça on essaye de l'expliquer à la dame en prénatal et on essaye de le favoriser un maximum en post-partum en les mettant en peau à peau pour qu'elle soit très proche de son bébé et qu'elle puisse travailler ce lien. Bien sûr après tout ce qui peut être thérapeutique est mis en place mais ça dépend de la situation parce que je pense que ça touche seulement de façon superficielle parce que tout ce qui est thérapie ce sont les services à l'extérieur qui sont déjà en charge ou qui s'en occupent à la sortie de l'hôpital. Je crois que ici on se concentre vraiment sur la phase du post-partum par rapport au lien mère-enfant. Et on essaye d'inclure un maximum même si ce n'est pas toujours évident les pères ou les partenaires. *S'ils sont motivés à participer au projet, on ne les exclut pas du tout. On inclut les personnes qui peuvent-être ressources dans la famille, ça peut-être des grands-parents, des parents, des frateries, des amis peut-être moins mais en tout cas les personnes qui sont des ressources, on essaye de les inclure dedans si besoin. Et on leur explique au niveau du lien en quoi consiste un projet kangourou parce qu'il y en a qui ont déjà entendu parler de ce projet-là, peut-être avec du bouche à oreilles à l'extérieur, mais il y en a qui n'ont jamais su ce qu'était un projet kangourou donc leur expliquer pourquoi le peau à peau est important, ce lien, ... ça les motive peut-être aussi d'intégrer ce processus de kangourou, de contact rapproché avec le bébé.* Et l'idéal aussi c'est qu'on essaye au maximum d'inclure la maman dans les soins avec le bébé dans tout ce qui est observation et surveillance, l'échelle Finnegan, ... pouvoir l'apprendre à la maman ou en tout cas la faire avec elle pour qu'elle puisse se sentir dans son rôle de maman. Même si c'est quelque chose qu'elle a pu causer par son comportement, là elle peut se sentir utile pour le bien-être de l'enfant même si ce sont certainement des situations assez délicates *et on essaye plutôt qu'elles soient participatives plutôt que stigmatisées parce que je crois que beaucoup de ces dames-là se disent sur mon front c'est noté je suis toxicomane donc on n'observe pas comme une autre dame donc on essaye de leur dire que si on fait un Finnegan, ce n'est pas pour les contrôler mais c'est justement dans l'intérêt de votre bébé, c'est pour que vous participiez, ... et pas qu'elles aient l'impression qu'on les observe, qu'on les contrôle et c'est vrai qu'on a souvent ça.* Oui parce qu'on travaille ici en équipe et donc la dame quand elle met son pied dans un hôpital, elle croise je ne sais pas combien de personnes différentes et

bien sûr, chacun vient avec ses propres bagages et sa propre approche. Même si on essaye de mettre en place une certaine approche, si on a un protocole ben on ne peut pas éviter que la femme se sente ou sera jugée pendant son parcours, mais bon ça je pense qu'on ne doit pas non plus créer ici une bulle d'idéalisme mais c'est un peu la réalité de ce qu'elle va vivre à l'extérieur donc il faut essayer de l'aider dans tout ça.

*Là aussi quand on parlait tout à l'heure de comment on travaille avec ces personnes-là différemment des autres personnes, ben elles savent aussi que l'on décide tout en équipe, par exemple pour une situation sociale ou on aurait besoin du, je ne sais pas, du pédiatre mais il n'y a rien de médical pour l'enfant, ce n'est pas grave parce que c'est toujours décidé en pluridisciplinarité interne et externe, le service parentalité ils viennent ici à des réunions qu'on organise avec le pédiatre, la chef d'unité, la psychologue, l'assistante sociale. On essaye de se réunir au moins 1 à 2 fois pendant le séjour de la dame. Si le séjour dure 2 mois, ce qui peut arriver ben on se rencontre plus souvent mais là aussi en transparence, on inclut la mère s'il y a des changements dans le plan de route, mais elle est au courant qu'on communique. Si le gynéco sait qu'elle a consommé, elle saura que nous on le saura aussi.*

Percevez-vous parfois un sentiment de culpabilité de la part des parents face aux syndromes de manque de leur enfant ?

*Oui toujours, c'est plutôt rare quand ce n'est pas le cas !*

Et comment est-ce que vous y faites face ?

Comme on vient de dire ok on ne changera rien à ça, c'est quelque chose qui est fait même en prénatal parce qu'il y a pas mal de femmes qui ont le souhait de diminuer fortement même d'arrêter leur substitution ou leur consommation et là tout de suite le gynécologue et le pédiatre déconseillent, parce que c'est trop dangereux pour le bébé, et je crois qu'on doit faire comprendre à la personne que la situation est comme ça et qu'on va essayer de faire un maximum. Et que cet enfant n'ait pas de sevrage respectivement pour le traiter de façon optimale pour que son sevrage dure le moins possible, mais ça ne sert à rien de dire ça va aller ça va aller mais tout est possible et je crois qu'on a tous les moyens pour l'aider à ce moment-là et essayer de la renforcer à d'autres moments dans les soins des bébés. Enfin je pense que ce sont des gens où il faut absolument dire vous faites ça très bien, vous arrivez bien à calmer le bébé enfin vraiment la renforcer pour au moins lui montrer et valoriser ce qu'elle fait même si on n'arrivera jamais à enlever cette culpabilité à 100%. *Passer de la culpabilité à la participation en disant ben voilà, vous avez consommé mais plutôt que de lui faire le gros doigt en disant ben ça de toute façon on savait que vous avez consommé ou que vous prenez de la méthadone mais vous pouvez être acteur pour votre bébé. Et dire ben voilà, même si vous avez consommé ou que vous étiez sous-substitution et que votre bébé ne va pas très bien dans un premier temps, c'est vous aussi qui allez faire en sorte qu'il va aller mieux donc en le portant, en étant là, parce qu'il y aussi des mamans qui ne sont pas là du tout, qui sont pas la moitié du temps près de leur bébé ou le projet kangourou échoue complètement, ça arrive aussi, mais si elles sont là, qu'elles font le kangourou qu'elles se font confiance aussi à elle-même parce que je crois qu'il y a une grosse perte de confiance aussi en leur capacité de s'occuper d'un bébé pour certaines dames. Est-ce que ça ira quand on va rentrer à la maison, il n'y aura plus toutes les sonnettes autour que je pourrais appeler s'il y a besoin, toutes les*

*questions que je pouvais poser, que faire en cas de, ... Enfin je pense qu'on essaye de les rassurer et d'apporter quelque chose à leur bébé, ce n'est pas parce qu'elles ont fait quelque chose que c'est foutu.*

Et parfois comme on l'a eu récemment, il y a des dames qui consomment à l'hôpital à côté de leur substitution et je crois que là, le but c'est d'essayer d'être un maximum objectif et ne pas dire mais pourquoi vous avez consommé, on lui dit qu'on sait qu'elle a consommé parce qu'elle donne ses analyses. Qu'est-ce qu'on peut faire ? Est-ce qu'il y a eu un soucis ? Essayer de trouver la raison pour voir comment on peut prévenir, augmenter la méthadone et rester un maximum objectif dans le but de trouver une solution tout en sachant qu'il ne faut pas banaliser bien sûr. Et si quelqu'un consomme ici, il y a plusieurs démarches à suivre, ça commence par un signalement et elle doit être perpétuellement mise au courant que certains comportements peuvent avoir certaines répercussions. *Il faut que l'on arrive, enfin ce n'est pas toujours faisable, mais qu'on arrive à comprendre pourquoi elle en arrive à reconsumer, qu'est ce qui a provoqué ça et qu'est-ce qu'on peut faire avec elle ou qu'est-ce qu'on peut faire pour que ça n'arrive plus à la maison et qu'elle ne recommence pas à consommer à l'excès par exemple. Parce que c'est vrai qu'on a des dames qui ont été abstinentes pendant toute leur grossesse et avec le stress de l'accouchement elles reconsumment donc il ne faut pas les encourager mais non plus leur dire « ah, vous avez consommé, c'est foutu ». Ce n'est pas ça non plus. Arriver à essayer de comprendre et la déculpabiliser aussi si c'est possible, il faut voir de quelle manière elles consomment aussi, si maintenant tous les screenings sont positifs c'est tout à fait différent que si sur toute une hospitalisation il y en a un qui est positif. C'est un peu du cas par cas aussi. Ça dépend du partenaire, ça dépend si elle est toute seule, s'ils sont tous les deux à fond dedans ou pas.*

Quelles stratégies mettez-vous en place hormis le peau à peau comme vous me l'avez expliqué ?

Essayer de diminuer un maximum les stimulations externes, de ne pas les déranger trop dans leur rythme de sommeil et surtout les contacts avec l'enfant.

En quoi la prise en charge pourrait-elle être améliorée si elle était spécifique?

*Je pense que c'est aussi parce que c'est préparé à l'avance aussi et qu'on ne va pas au hasard ou on a en fait, normalement toujours la même prise en charge pour cette même population où l'on se dit ben voilà, on a préparé le terrain, on a vu telles et telles personnes. On connaît déjà en amont ce qui se passe et on peut déjà se préparer avant qu'elle soit là, est-ce qu'elle prend de la méthadone, est-ce qu'elle n'en prend pas, ce qu'il faut prévoir quand elle est là. Il y a quelques années avant qu'on ait ce programme kangourou, un pédiatre disait non on ne va pas faire du peau à peau, on va tout de suite donner de la morphine, d'autres disaient on va essayer ça, que là c'est toujours la même trame donc c'est une généralité et on peut parler de la même chose aux gens avec la même prise en charge pour être plus efficace, donc moi je pense que c'est toujours en vue de l'efficacité en tout cas plus importante.*

Quels sont les avantages pour vous du service kangourou ?

Je crois que c'est éviter la médication, diminuer les risques de sevrage, favoriser le lien mère-enfant et moi je reviens toujours sur la même chose mais que la patiente soit acteur de son bébé, la renforcer dans son rôle. *Parce que là elle dit je peux faire quelques choses pour lui, elle fait réellement quelque chose que si on ne passe pas par cette étape en disant à la maman, c'est grâce à vous que votre bébé ne va peut-être pas avoir de médicament alors que si on lui donne de la morphine pendant 2-3 mois par exemple, en lui disant ben voilà, là en 10 jours vous avez été présente, vous l'avez près de vous, je pense que pour elle c'est aussi gratifiant.* Et c'est la meilleure manière de diminuer sa culpabilité, c'est à cause d'elle que le bébé fait un sevrage mais c'est aussi grâce à elle si le bébé s'en sort.

Quels sont les inconvénients du service ?

On est plus dépendante de la collaboration interdisciplinaire et ça prend beaucoup de temps. Je crois qu'on est plus dépendant l'un de l'autre et aussi de la motivation et de la volonté de la femme parce que ce n'est que la maman qui peut le faire. Ok les sages-femmes ou les infirmières, la nuit elles peuvent aussi peut-être un peu prendre le bébé dans l'écharpe mais si la maman n'est pas présente, ça ne fonctionnera pas. On peut avoir d'autres concepts, en tant que psychologue, je peux travailler avec un patient seul mais ici, dans cette situation, il faut qu'on travaille tous et c'est là aussi que parfois ça échoue. *C'est de la rigueur qu'il faut avoir.*

Est-ce que vous avez été formées pour prendre en charge les mères toxicomanes ?

Moi je n'ai pas eu de formations types mais on a participé à des conférences. *On avait été invité par l'hôpital de Strasbourg qui eux font ce qu'on fait déjà depuis de nombreuses années.* Oui et je pense que c'est aussi par l'expérience et par peut-être d'autres formations par rapport à la prise en charge de ses femmes. On apprend et puis je pense que tout ce parcours c'est un parcours qu'on met en place, c'est par expérience qu'on a su que c'était important que cette dame soit prise en charge en prénatale.

## **Service parentalité addictions Luxembourg**

### **Educatrice L5**

Introduction du service

Donc nous on est un service attenant dans une grande fondation « Jungend an Drogenhëllef » pour les personnes toxicomanes. Nous sommes subventionnés par le ministère de la santé donc c'est eux qui nous donnent les postes suivant le besoin. On a environ 40 collaborateurs en tout et ici c'est une des maisons où l'on a trois services mais en gros on a plusieurs services, le service de consultations, le service de substitution, le service des logements structurés, le service bas seuil. Ce dernier service est ici en bas, il est plutôt un échange de seringues pour les personnes qui sont en consommation active et puis il y a le service parentalité où nous travaillons à 5 mais pas à temps-plein, on encadre la femme enceinte jusqu'à ce que des mères ou parents toxicomanes, ou qui ont connu des problèmes de toxicomanie, vont avoir des enfants ou qui en ont des enfants et des enfants respectivement placés. On a par exemple, quelques mamans qui ont déjà leur 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> enfant et que l'aîné a été placé parce qu'à ce moment-là, il y avait une consommation active et qu'elles ne

pouvaient pas garder leur enfant près d'elle. A savoir aussi qu'il y a 20 ans de cela, tous bébés naissant d'une mère toxicomane en maternité ici au Luxembourg étaient d'office placés. Donc heu nous on travaille à deux dans une situation en cointerventions pour plusieurs raisons, pour avoir deux avis différents, savoir un peu ce qu'il y a à faire comme travail dans une famille et si à un moment donné il y en a un qui est absent ou qui est malade, la famille n'a pas besoin de répéter son histoire depuis le début. On a un réseau assez élargi au niveau social : maternités, pédiatres, sages-femmes, gynécologues, crèches, maisons relais, foyers, ... On a aussi beaucoup de contacts avec la justice, le juge de la jeunesse où le service de protection de la jeunesse où il y a une grande partie de situations où il y a un regard de la justice dedans, soit parce qu'il y a déjà un enfant placé ou soit parce qu'il y a eu un signalement qui a été fait d'une maternité ou d'une école et qu'on aimerait bien avoir un regard là-dessus, donc on a des fois des conditions où la famille doit travailler avec nous mais pas toujours. Voilà un peu en gros et voilà on va à domicile et dans les familles. Par exemple la maternité quand une maman qui n'est pas forcément suivie par nous accouche, on peut déjà avoir un premier contact dans une maternité. Comment ces mamans ou ces familles viennent chez nous, c'est parce que soit ils ont été orientés de l'extérieur, comme une maternité, ou un pédiatre ou une maison relais ou la protection de la jeunesse, donc la famille travaille avec nous ou aussi quelqu'un d'interne à la structure, le service de consultations, les thérapeutes, le programme méthadone ou même simplement des familles qui ont entendu parler de nous et qui voilà, « je vais avoir un enfant ou j'ai un enfant et je n'ai pas envie qu'on me l'enlève, est-ce que vous pouvez m'aider, qu'est-ce que je peux faire ! »

Quand on a une femme enceinte, qui vient vers nous, on essaye déjà de voir un peu sa situation, son logement, ses ressources, la famille, nos familles à nous sont souvent beaucoup isolées, la majorité n'ont plus de contact avec leur famille, et voilà on essaye un peu de voir tout ce qui entoure la patiente. S'il y a un suivi gynécologique qui est fait, on essaye de voir dans quelle maternité elles vont accoucher, il y en a 4 donc une à Ettelbruck, une à Esch dans le sud et deux ici dans le centre, la clinique Bohler au Kirchberg et le Centre Hospitalier du Luxembourg à Strassen. Nous allons actuellement chaque semaine à une réunion de grossesse à risque où eux soit vont nous signaler la situation d'une femme enceinte avec suspicion de dépendance ou alors quand nous on a un suivi avec une patiente qui souhaite accoucher là-bas. On en parle pour créer un plan de la prise en charge de la future maman jusqu'à la maternité et après nous on prend le relais à la sortie de la maternité, à domicile.

Ce qu'on fait majoritairement c'est de voir dans les premiers rendez-vous, on essaye de voir un peu si c'est un bébé qu'elles souhaitent, qu'elles veulent et au niveau des informations, on essaye de voir si elles sont substituées, si elles sont sous-méthadone, qu'est-ce qu'elles consomment, est-ce qu'elles ont connaissance ou conscience de ce que ces substances dans le traitement influencent sur le développement du fœtus. Et suivant leurs questions, on essaye de leur répondre au mieux et bien sûr, on les oriente après vers un pédiatre, on travaille de plus en plus en étroite collaboration avec la pédiatrie sociale qui englobe un peu toutes les maternités ici à Luxembourg. Et là par exemple, un cas concret, on a une maman qui pour la 3<sup>ème</sup> fois va avoir un bébé dans le courant du mois de mars, elle prend de la méthadone et elle aimerait bien diminuer la méthadone durant sa grossesse ou l'arrêter donc on a eu un rendez-vous avec cette pédiatre qui a pu lui dire qu'il ne vaut mieux pas parce qu'on ne sait pas

comment elle va réagir, comment elle va se sentir, puis ce bébé va se développer et plus il va prendre de la place dans son ventre et la maman va partager tout son fonctionnement de l'organisme à deux et donc on préfère encore attendre après l'allaitement. Il n'y a pas de gros problèmes d'allaitement si la mère est substituée, ça passe bien sûr un peu au travers du lait mais ça n'est pas un danger pour le bébé. Et puis on leur donne les informations aussi souvent qu'il vaut mieux attendre que son bébé soit né, qu'elle s'organise dans son rythme avec ce bébé et ses autres enfants et quitte à ce que peut-être dans quelques mois, on rediscute ensemble voir ou vous en êtes avec votre substitution et si vous vous sentez prête à la réduire à ce moment-là, avec moins de facteurs de stress ou quoi que ce soit. Qu'il y ait peut-être la possibilité d'une rechute ou d'un dérapage est possible. On leur dit par exemple la mère ça fait longtemps qu'elle ne consomme plus de substances hormis le traitement qu'elle prend toujours et qu'à partir de ce moment-là, on voit à quel moment elle se sent prête parce que c'est son corps, c'est elle qui se connaît le mieux et il vaut mieux peut-être prendre son temps et le faire doucement plutôt que de le faire trop brusquement. Parce que la plupart, même celles qui prennent de la méthadone durant leur grossesse même le méphénon, ont beaucoup de culpabilité quand on leur parle qu'il est possible que leur bébé fasse un sevrage à la naissance.

Quelles sont les particularités de la prise en charge des mères qui ont des problèmes de dépendance à des substances ?

Disons que quand elles viennent par exemple chez nous pour la première fois on sait que la plupart des mamans sont des mamans qui ont vécu un traumatisme quelque part dans leur vie, enfin on ne le sait peut-être pas tout de suite mais où elles introduisent par la suite on essaye de créer un climat de confiance pour leur faire comprendre à quelles aides elles ont droit. Comment ça se passe quand c'est une première grossesse par exemple, c'est tout à fait autre chose. Certaines c'est leur 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> et parfois il y a eu placement d'un enfant alors là, la demande et la crainte est très claire. J'ai peur qu'on me retire mon enfant, la situation a changé, je vais tout faire pour mon bébé, avant je ne voyais pas le gynéco mais là maintenant je vois mon gynéco donc on voit vraiment un petit peu où est-ce qu'elles veulent aller dans leur prise en charge. Si elles n'ont pas de gynéco et bien on va les orienter vers un planning familial ou le service est moins cher et puis après on va les aider à les orienter si elles ne savent pas trop pour une première grossesse où, que et quoi faire. Et donc à ce moment-là, suivant la maternité qu'elles ont choisie on va prendre un rendez-vous avec une assistante sociale du service social pour introduire la demande, pour expliquer la situation pour qu'elles sachent aussi qu'il y aura une assistante sociale qui viendra la voir quand elle aura mis son bébé au monde et au moins, ça sera un stress en moins parce qu'elles voient un visage, elles voient qui c'est et puis l'assistante sociale de la maternité, va leur proposer de venir voir la maternité, la salle d'accouchement pour un peu réduire tout ce facteur de stress qu'elles voient dans la grossesse. Et comme j'ai dit aussi, on essaye de leur expliquer le plus possible quels sont les facteurs de risque des substances qu'elles consomment par exemple on va leur demander si elles savent quelles sont les substances les plus dangereuses pour un bébé, quand on est enceinte, elles pensent souvent à l'héroïne mais on leur fait comprendre que c'est l'alcool qui est le plus dangereux et puis on explique pourquoi. On voit aussi avec la plupart de nos mamans qu'elles fument des cigarettes mais on ne peut pas leur dire d'arrêter du jour

au lendemain mais au moins de réduire un peu les cigarettes. Voilà et après on leur explique les différentes substances qu'il y a et qu'est-ce que ça peut avoir comme influences ou conséquences sur le bébé puis à la naissance aussi, on sait qu'il y a plein d'études qui ont été faites et on leur dit, voilà la cigarette ça va provoquer un bébé avec un petit poids à la naissance, ...

Comment est-ce que vous impliquez les parents dans les soins et les traitements du nouveau-né ?

Alors c'est ça qui est bien ici au Luxembourg, il y a une sage-femme qui vient gratuitement 10 fois après la naissance du bébé. Notre mission entre autre c'est que la maman déjà ait une grossesse la moins stressante possible et que le bébé vienne le plus sainement au monde à la maternité. Mais la maternité fait tout son relais de soins, d'observations et quand il y a, on va dire une sortie autorisée, que la maman puisse rentrer chez elle avec son bébé. A ce moment-là, on met en place la sage-femme que l'on va essayer de rencontrer avant que le bébé naisse pour que la maman puisse déjà voir et rencontrer la sage-femme, qu'elle ait déjà ces informations-là, qu'elle ait aussi un visage comme ça quand elle rentre à la maison qu'elle sache que cette sage-femme viendra 3 fois par semaine. Et on leur explique aussi que les sages-femmes au retour à domicile viennent dans toutes les familles et pas seulement les cas un peu à risque et que toute femme qui met au monde un enfant au Luxembourg va recevoir l'aide d'une sage-femme à domicile et au contraire, c'est pouvoir en profiter un maximum pour voir si le bébé prend du poids. Et puis leur expliquer aussi le développement des premières semaines du nourrisson, ce qu'il y a à s'attendre et nous aussi on prend beaucoup le relais, on essaye de leur donner des documents qui vont expliquer les premiers mois du bébé, les développements que ce soit cognitifs, sensoriels, physiques aussi comme par exemple à partir de quel âge le bébé voit et après les questions d'éducation vont venir. Suivant leurs demandes, on essaye toujours de les orienter vers d'autres services qui vont leur donner, en tant que professionnels, encore plus d'informations et de connaissances.

Comment est-ce que vous privilégiez l'accueil ici ?

Au fait, c'est dès qu'on a une femme qui est enceinte par exemple qui va venir chez nous prendre un rendez-vous, on essaye de la voir le plus vite possible et on essaye de la voir à deux pour un premier rendez-vous. Et puis de faire un peu un scanner de la situation un peu en gros, on leur propose aussi de se voir plusieurs fois. On se voit d'abord une fois et on prend les éléments d'informations et on essaye de savoir quelle est la demande concrète de cette maman comme par exemple de l'aider à mettre son bébé au monde et qu'elle puisse le garder avec elle parce qu'elle a peur qu'on lui enlève. On voit avec elle tout ce qu'il y a à faire, on a une fois par semaine une réunion d'équipe où l'on va discuter de la situation et comme on a chacun un peu des profils différents, donc on a un psychologue qui est là à plein temps, on a deux assistantes sociales, une pédagogue et moi-même, une éducatrice et on essaye de voir lequel de nous 5 serait le profil adapté dans la situation. Voilà, s'il y a un grand volet social, on voit des femmes aussi qui sont dans la rue, qui n'ont pas de logement donc il y a tout ce volet-là à faire, à trouver un foyer ou un logement donc l'assistante sociale serait importante en co-intervention et puis après on va rencontrer la patiente et on lui dit telles et telles personnes vont travailler avec toi. Autour de la grossesse, on essaye vraiment de faire des

bilans ensemble avec la maman pour dire voilà on s'est vu autant de fois, est-ce que pour vous c'est ok ? Est-ce que la demande est toujours la même ? Est-ce que vous voyez d'autres choses ? Est-ce que vous avez d'autres idées, d'autres questions ?

En quoi est-ce différent d'une prise en charge générale/habituelle ?

Ben il faut savoir qu'effectivement notre population de femmes enceintes fait partie d'une population à risque. Il faut bien distinguer, on a des femmes qui ont une consommation très active, donc là effectivement si elles consomment de l'héroïne avec un peu de benzodiazépine et de l'alcool de temps en temps, on sait déjà très bien qu'il y a des risques que le bébé ne vienne pas de manière saine et que le bébé ne reste pas auprès d'elle. S'il n'y a rien vraiment de concret autour, et c'est une petite population qu'on a, on a pas mal de mamans qui sont soit sous traitement méthadone et qui de temps en temps font un dérapage en consommation mais qu'elles gèrent à leur manière et ce n'est pas le junkie qu'on va voir à la gare avec l'aiguille dans le bras en exagérant fortement. Donc on sait très bien qu'on aura une population où l'on devra toujours être veillant et donc dans le sens de voir un petit peu s'il y a des moments de stress qui peuvent arriver dans sa vie qui pourraient l'aspérer à faire une rechute, de pouvoir intervenir déjà et faire beaucoup de prévention parce que c'est une mission de notre travail c'est d'essayer d'interrompre ce scénario transgénérationnel. Parce qu'on a pas mal de mamans dont leur maman était aussi dépendante à l'héroïne donc on essaye que les enfants qui viennent au monde ou qui sont déjà nés ne viennent pas un jour toquer à notre porte. Voilà c'est pour ça que c'est une population un peu plus sensible, à risque et c'est une population où les mamans ont vécu des traumatismes assez forts, d'abus, de maltraitements et de négligences et on sait qu'elles ont une grande émotivité, sensibilité et qui ont été déçues par d'autres personnes. Il y a un grand problème de confiance et on essaye de faire au mieux pour les accompagner. On est assez transparent dans notre travail dans le sens où l'on essaye toujours quand il y a un réseau professionnel de faire des rendez-vous avec intervenants pour que la maman entende ce qui est dit, que ce soit clair pour la maman et qu'on sache où on est et vers où on veut aller.

Quand on a un premier rendez-vous, on leur explique aussi que comme toutes personnes, nous sommes en devoir, lorsque le bébé ou un enfant est en danger de le signaler, ça on essaye de leur faire comprendre dès le départ. Mais à quel moment on le signale ? On leur demande pourquoi est-ce qu'on devrait le signaler, on leur pose la question et ils répondent « s'il n'y a plus rien dans le frigo ou si ils sont défoncés sur le canapé et que le bébé n'a pas été changé pendant plus de 24 heures ». Si on voit ça, à ce moment-là ça nous est arrivé de faire des signalements. Quand on a une grossesse à risque où on ne sait pas trop comment ça va se passer, c'est vrai qu'on a besoin du grand partenaire de la maternité ou quand le bébé va naître, c'est tout le staff médical qui va observer comment la maman est avec l'enfant, comment est le lien avec le bébé et ils vont pouvoir aussi nous donner pas mal d'informations et savoir comment eux ils voient la situation. S'ils voient le bébé sortir avec la maman ou au contraire, ils vont dire, voilà le bébé a dû faire un sevrage et la mère après ses quelques jours d'hospitalisation elle est partie et elle venait 1 ou 2 heures voir le bébé ou voire pas du tout. Et à ce moment-là, on voit avec la maternité qui fait le signalement et on essaye, mais c'est un peu délicat pour eux, ce n'est pas toujours évident mais on voit si la maternité peut faire le signalement de manière à ce que nous on puisse continuer à travailler avec la maman et nous

permettre d'avoir un peu le « bon rôle », mais on essaye des fois de faire un signalement ensemble. Parfois on nous dit mais vous saviez que la maman consommait pendant la grossesse, pourquoi vous ne nous l'avez pas signalé avant, ben parce qu'on veut un peu voir ce qu'on peut mettre en place une fois que le bébé est là parce qu'on a eu des expériences avec des mamans un peu chaotiques et quand le bébé est né, il y a eu un retournement de situation, elles se sont comportées complètement autrement, elles ont pris conscience que, là elles voient ce petit être à part entière qui était dans leur ventre, là elles le voient, elles le découvrent et puis pour elles c'est vraiment une autre vision des choses. J'ai été ce matin chez une maman et son bébé a 3 mois aujourd'hui et elle avait consommé en début de sa grossesse de la cocaïne et de l'alcool et maintenant que son bébé est au monde, elle me dit comment j'ai pu enfin elle dit « je vois mon enfant et tout ça c'est tellement derrière moi et puis je suis devenue tellement contre ça ! » ça a changé la maman, ce n'est pas chaque fois le cas, ce n'est pas comme ça pour tout le monde mais on a des situations comme ça et après on continue à intervenir, mais peut-être moins intensément qu'au début pour voir comment ça se passe.

Comment est-ce que vous travaillez la question du lien mère-enfant ?

Déjà, on essaye de voir pendant la grossesse comment ça se passe, est-ce que c'est une maman qui sait parler de ce qu'elle ressent, de son bébé ? Est-ce qu'elle met les mains autour de son ventre ? On essaye de voir si elle arrive à en parler sans comment dire ouvrir des mauvais tiroirs enfin moi je sais que j'évite, je ne suis pas thérapeute, j'évite d'ouvrir les mauvais souvenirs qui peuvent poser problème avec le lien qu'elle peut avoir avec son bébé. Mais j'essaie de comprendre un petit peu aussi parce que souvent on a pas mal de mamans qui lors de leur première grossesse n'ont pas senti vivre leur bébé parce que leur consommation a complètement anesthésié leur ressenti. Voilà on essaye de voir un petit peu si c'est un bébé souhaité, si c'est un bébé accident ou comme ça peut malheureusement arriver, ça peut-être issu d'une maman qui s'est prostituée et après quand le bébé est là, on reflète beaucoup ce que nous on remarque en lui faisant remarquer qu'elle regarde son bébé quand elle l'allaité ou quand elle lui donne le biberon, on essaye de leur faire remarquer l'interaction qui se passe entre eux, de refléter tout ce qui est positif pour engendrer un peu ce lien et puis pour observer ce lien, si lien il y a ou pas, et le faire grandir ou le faire naître avec elle. Comme on leur dit souvent ce n'est pas évident d'être parents et il n'y a pas d'école ou de formation et souvent elles n'ont pas eu elles un schéma parental qu'elles puissent reproduire par la suite donc on essaye un peu de les guider. Je sais qu'on a eu une grossesse d'une femme l'année dernière avec une situation sociale très précaire, très difficile et un partenaire qui lui prenait beaucoup d'énergie et on avait le sentiment que ce bébé n'avait pas trop sa place ou qu'elle avait un peu du mal à se consacrer à son bébé et c'était assez délicat à partir de là on essaye de l'orienter vers des thérapeutes ou d'en parler à la maternité, enfin voilà de voir un peu ce qu'eux ils observent ou ce qu'ils voient. Dans ce cas-là, la maternité envoie souvent un psychologue vers la maman pour réussir à la faire sentir ce lien à naître.

Percevez-vous parfois un sentiment de culpabilité de la part des parents face aux syndromes de manque de leur enfant ?

Oui énormément, j'ai beaucoup de mères qui même peu de temps avant l'accouchement se culpabilisent beaucoup et c'est pour ça qu'elles veulent arrêter leur traitement parce qu'elles

disent « je ne veux pas que mon bébé soit dépendant ou je ne veux pas qu'il fasse un sevrage » et alors à ce moment-là ce n'est pas ce qu'il y a de mieux non plus parce que si elles s'arrêtent brusquement là aussi elles peuvent indirectement causer des tords au bébé, que le bébé à ce moment-là ne se sente pas bien ou elles aussi. Mais c'est vrai qu'on a beaucoup de mamans qui vont avoir mal pour leur bébé quand ils vont montrer ces syndromes de sevrage.

Et comment est-ce que vous y faites face ?

On leur explique un peu en quoi ça consiste, quels sont les signes de sevrage puisque elles-mêmes, elles ont connu ça dans leur passé et puis dans les maternités, les sages-femmes et infirmières font un score de Finnegan ou sur une grille d'évaluation on voit un petit peu combien de fois le bébé pleure, comment il pleure, est-ce qu'il montre des tremblements, est-ce qu'il a de la température et puis ils font un additionnement de chiffres qui à un moment donné va montrer une possibilité de signe de sevrage. On essaye d'inclure le plus possible la maman là-dedans pour qu'elle reconnaisse les signes et qu'elle aide les infirmières à faire le tableau ensemble pour qu'il y ait une espèce de collaboration. On parle aussi beaucoup avec les mamans de la méthode kangourou parce qu'on avait été une fois à une formation et il y a une maternité à Strasbourg qui a utilisé cette méthode pour des bébés qui faisaient un sevrage de mères toxicomanes. Parce qu'on leur explique aussi quand le sevrage est trop lourd, que le bébé reçoit un sirop morphinique qui au fur et à mesure on va diminuer pour que le sevrage diminue de plus en plus et donc on a eu effectivement des bébés qui font des sevrages de trois mois et qui sont hospitalisés pendant tout ce temps. Cette méthode kangourou, ce sont les mamans qui vont être le traitement dans le sens où on leur explique à quel point c'est important qu'elles soient présentes, qu'elles aient ce contact avec leur bébé, que leur chaleur corporelle, leur voix, les battements du cœur vont vraiment rassurer leur bébé et diminuer ces symptômes-là. Il y a eu des essais au Luxembourg qui ont été fait et on a remarqué que les symptômes étaient vraiment très réduits et sur un court terme. C'est vraiment du cas par cas et on aimerait vraiment bien que cette méthode s'installe dans toutes les maternités. Au Luxembourg, les maternités ont un service de néonatalogie bien développé mais par exemple une mère qui va mettre un bébé au monde au nord à Ettelbruck, si le bébé va présenter un syndrome de sevrage, il va directement être transféré en néonatalogie et la maman ne pourra donc pas rester avec son bébé. C'est souvent pour elles un facteur de stress parce que, elles ne sont pas toujours au courant. On a eu le cas par exemple avec une maman qui a eu une césarienne, son bébé était en sevrage et elle a pu le voir seulement 24 heures après l'accouchement et pour elles la séparation est souvent un peu difficile.

On les soutient au mieux pour leur dire que le bébé a besoin d'elles et que justement le fait que le bébé soit en contact avec sa maman. Qu'il ressente sa maman, même son papa, cette chaleur, cette voix, ces battements de cœur, ça ne peut que le rassurer et combien le lien est important pour le bébé et combien eux ils sont importants pour leur bébé.

Quelles stratégies mettez-vous en place pour le calmer ?

Alors on leur propose quand elles sont à la maternité, justement de profiter qu'elles sont à la maternité, qu'elles ont tout un personnel autour d'elles et qui vont les aider à mettre en place ce contact, on leur parle beaucoup aussi du port de l'écharpe. Il se peut en maternité par exemple qu'une sage-femme puisse un peu leur montrer le système de l'écharpe et quand

elles vont se promener dans les couloirs au lieu de prendre le landau ou le petit lit à roulettes, de pouvoir tout de suite se promener avec le bébé contre elles et que ça ne fait aucun tort au bébé et que le bébé peut rester accroché, j'exagère un peu mais 10 heures dans les bras de sa maman.

En quoi la prise en charge pourrait-elle être améliorée si elle était spécifique?

Ben le fait que si on est un peu on va dire des experts de la consommation et de la dépendance et de la toxicomanie, je vais dire ce n'est pas toujours un sujet prioritaire chez nous. Parce qu'au Luxembourg, elles se sentent vite stigmatisées et d'avoir cette étiquette de tox sur le front et elles ont beaucoup de mal à aller vers ces services. De parler au gynécologue dès qu'elles consomment, il y en a beaucoup qui le cachent ou qui ne veulent pas le dire parce qu'elles ont peur ou qu'elles ont honte. On essaye de leur montrer qu'on ne les juge pas, la consommation suivant les situations ce n'est pas une priorité, nous ce qui compte c'est le bien-être, la sécurité de leur bébé, qu'elles mettent au monde un enfant sain et qu'on les aide et qu'on les encadre au mieux avec ça tout en travaillant avec elles. C'est vraiment de leur faire comprendre que ça ne nous fait pas peur ce sujet et qu'elles peuvent en parler. Et que les mamans peuvent nous dire à un certain moment, j'ai recraqué, j'ai reconsommé et puis on en parle, on en parle à ce moment-là et on lui demande où était son enfant à ce moment-là et il était à la crèche toute la journée, « j'ai commencé le matin et le soir je me contrôle » et en même temps, elle se contrôle pour ne pas être défoncée, c'est juste pour ne pas être malade. C'est ce qui leur permet de tenir le coup puis elles ne sont pas défoncées et puis dans la plupart des crèches, on a aussi des contacts et ils savent si jamais il y a quoi que ce soit, ils peuvent aussi nous contacter.

Quels sont les avantages du service ici ?

Moi je pense que le gros avantage c'est qu'on va à domicile. Par exemple, pour ce qui est après la naissance, la maternité nous a orientés vers une situation qu'ils ne connaissaient pas, la maman était sortante, le bébé aussi mais ils ne connaissaient rien du tout donc avec l'accord qu'on a eu avec cette maman la première fois, d'aller chez elle alors qu'elle n'était pas là, elle vivait chez sa mère et de pouvoir visiter la maison, rencontrer la grand-mère, nous présenter, savoir si c'était ok que nous travaillions ensemble et nous montrer un petit peu la chambre du bébé, de pouvoir après donner cette écho à la maternité en disant ben écoutez, on a un pied dans la situation, pour nous tout est ok et on prend le relais et je pense que c'est ça aussi qui est bien d'aller à domicile parce qu'on peut compléter un puzzle au fur et à mesure. Et quand on va à domicile, je vais dire au fur et à mesure quand on va chez les gens, on arrive aussi à voir quand ça ne va pas. On a des signes qui font que, tient voilà là on sent que ce n'est pas comme si elle venait ici au bureau et qu'elle se montrait autrement.

Quels sont les inconvénients du service ?

On n'est pas assez nombreux, on manque de postes, clairement on manque de postes, on est à 5, on se prend le luxe de travailler à 2 dans certaines situations, il y en a certains qui ne pourraient pas se prendre ce luxe-là mais nous on en a besoin. On manque de postes et d'une voiture de fonction.

Est-ce que vous avez suivi une formation pour s'occuper des mères dépendantes à des substances ?

Moi par exemple j'ai été engagée ici parce que j'ai travaillé en crèche avant, donc voilà peut-être mon bagage était le fait que je connaissais un peu le développement de l'enfant et le petit plus c'est que j'ai fait 2 ans de stage à la prison au Luxembourg, donc je connaissais aussi un petit peu on va dire tout ce côté obscur du Luxembourg. Mais on ne fait pas de formation, on le fait au fur et à mesure de notre travail, c'est vrai que c'est là que j'avais une petite connaissance de la toxicomanie mais pas les répercussions sur les femmes enceintes et tout et au fur et à mesure c'est ce qu'on apprend dans notre travail, dans le programme méthadone. On nous avait expliqué que depuis que les femmes prennent de la méthadone, elles ont leurs règles, leur système hormonal est plus ou moins normal et qu'elles peuvent avoir des enfants normalement parce qu'avec l'héroïne par exemple, ça va bloquer tout le système hormonal. Elles ne sont plus réglées donc on peut avoir un déni de grossesse du fait qu'elles ne ressentent pas tous ces symptômes de femmes enceintes classiques. Enfin tout ça pour dire que c'est avec l'expérience sur le terrain qu'on apprend, je vais dire une fois qu'on a une expérience à nous, il ne faut pas vraiment suivre une grosse formation sur la toxicomanie pour venir chez nous.

Quel lien est-ce que vous avez avec le service kangourou du centre hospitalier du Luxembourg ?

Je dirais un très bon lien parce que ça fait au moins 15-16 ans qu'on fait des réunions ensemble et il y avait un grand pédiatre qui va bientôt prendre sa retraite malheureusement qui s'est beaucoup intéressé sur ces femmes toxicomanes qui mettaient des bébés au monde et il pensait que c'était important de voir ce qu'on pouvait mettre en place et autour de la patiente. Cette réunion émet un peu de ça, comment faire et qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour que ces bébés et ces femmes soient au mieux et qu'elles puissent rester auprès de leur enfant. Et je pense que notre collaboration je la trouve très bonne parce qu'on a installé notre procédure, je vais dire ça comme ça c'est que dès qu'on a une femme enceinte, on en parle, on essaye de bloquer un rendez-vous avec l'assistante sociale et de voir un peu la suite des choses.