

# **À la croisée des chemins**

**L'intervention des travailleurs sociaux en périnatalité  
en contexte hospitalier, selon un modèle d'intervention de crise**

**Laure-Élina Bénard**

**École de service social  
Faculté des arts et des sciences  
Université de Montréal**





Université de Montréal

À la croisée des chemins :  
l'intervention des travailleurs sociaux en périnatalité en contexte hospitalier,  
selon un modèle d'intervention de crise

par  
Laure-Élina J. Bénard

École de service social  
Faculté des arts et des sciences

Rapport d'analyse de pratique présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.Sc)  
en service social

Décembre 2010

© Laure-Élina J. Bénard, 2010



Université de Montréal  
Faculté des Arts et des Sciences

Ce rapport d'analyse de pratique intitulé :

À la croisée des chemins :  
l'intervention des travailleurs sociaux en périnatalité en contexte hospitalier,  
selon un modèle d'intervention de crise

présenté par :

Laure-Élina J. Bénard

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Lyse Montminy  
directrice de recherche

Pauline Morissette  
membre du jury



# TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	xi
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1 : UNE REVUE DE LITTÉRATURE SUR LES ENJEUX PSYCHOSOCIAUX DE LA PÉRIODE PÉRinataLE .....	9
1.1. La période périnatale d'un point de vue psychanalytique .....	11
1.1.1. Les enjeux psychiques de la période périnatale.....	13
1.1.2. Les différentes phases psychiques de la grossesse .....	14
1.1.2.1. Le premier trimestre .....	14
1.1.2.2. Le second trimestre .....	16
1.1.2.3. Le troisième trimestre.....	18
1.1.3. Les interactions mère-enfant suite à la naissance.....	19
1.2. Les enjeux psychosociaux de la période périnatale.....	23
1.2.1. L'adaptation psychosociale pendant la grossesse.....	23
1.2.1.1. L'acceptation de la grossesse.....	23
1.2.1.2. L'identification au rôle de mère.....	25
1.2.1.3. La relation à la mère.....	27
1.2.1.4. La relation avec le conjoint.....	28
1.2.1.5. La préparation au travail de l'accouchement.....	28
1.2.1.6. La peur reliée à la perte de contrôle pendant l'accouchement.....	28
1.2.1.7. La peur reliée à la perte de l'estime de soi pendant l'accouchement.....	28
1.2.1.8. L'adaptation psychosociale des femmes multipares.....	29
1.2.2. L'adaptation psychosociale durant l'année qui suit la naissance .....	29
1.2.2.1. Le développement du lien mère-enfant .....	30
1.2.2.2. Les difficultés rencontrées durant l'adaptation parentale en période périnatale .....	31
<i>Le stress physique</i> .....	32
<i>Le stress psychologique</i> .....	32
<i>Le stress financier</i> .....	33



1.3. L'adaptation parentale en présence de situations physiologiques et psychosociales adverses.....	35
1.3.1 L'impact des complications d'ordre physiologiques sur l'adaptation parentale.....	35
1.3.1.1. Les grossesses à risque.....	35
1.3.1.2. La prématurité.....	38
1.3.1.3. Les situations de handicap majeur.....	41
1.3.2. L'impact des conditions psychosociales difficiles ou adverses sur l'adaptation parentale.....	44
1.3.2.1. La pauvreté.....	45
1.3.2.2. La monoparentalité.....	49
1.3.2.3. La maternité à l'adolescence.....	51
1.3.2.4. La toxicomanie et la maternité.....	54
 CHAPITRE 2 : L'INTERVENTION PÉRINATALE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX EN MILIEU HOSPITALIER.....	 63
2.1. Le rôle du travailleur social en milieu hospitalier.....	65
2.1.1. L'implantation de la profession de travailleur social en milieu hospitalier, une histoire qui perdure.....	66
2.1.1.1. Les pionniers du travail social médical.....	66
2.1.1.2. Les pionniers du travail social hospitalier au Québec.....	67
2.1.2. Le mandat du travailleur social en milieu hospitalier aujourd'hui : en théorie....	70
2.1.3. Le mandat du travailleur social en milieu hospitalier : dans l'organisation actuelle du système de la santé au Québec.....	73
2.1.3.1. L'évolution récente de l'organisation et la gestion du système de la santé au Québec.....	73
<i>Le virage ambulatoire</i> .....	73
<i>La gestion par programmes-clientèle</i> .....	74
<i>La création des CSSS</i> .....	75
2.1.3.2. L'impact des restructurations du système de santé sur la profession de travailleur social en milieu hospitalier.....	76
<i>L'impact sur l'identité professionnelle</i> .....	76
<i>L'impact sur les rôles et les fonctions</i> .....	78

2.2. La périnatalité au Québec, étude de la construction d'un champ d'intervention.....	81
2.2.1. La construction du champ de la périnatalité au Québec :	
un point de vue historique.....	81
2.2.1.1. La politique de périnatalité de 1973.....	82
2.2.1.2. La politique de périnatalité de 1993.....	83
2.2.1.3. Le virage ambulatoire et la question de l'organisation des des services en périnatalité .....	84
2.2.2. L'orientation actuelle en matière de politique de périnatalité.....	88
2.2.2.1. Le bilan de la politique de périnatalité de 1993 .....	88
2.2.2.2. La politique de périnatalité, 2008-2018.....	92
2.3. L'intervention périnatale des travailleurs sociaux en milieu hospitalier.....	97
2.3.1. Les divers rôles du travailleur social périnatal en milieu hospitalier .....	97
2.3.1.1. L'évaluation.....	97
2.3.1.2. La fratrie .....	98
2.3.1.3. L'intervention.....	98
2.3.1.4. La protection de la jeunesse.....	100
2.3.1.5. La planification du congé et du suivi .....	101
2.3.1.6. Le travail en équipe interdisciplinaire.....	102
2.3.1.7. Prendre soin de soi .....	102
2.3.2. L'impact de la réduction de la durée d'hospitalisation sur le rôle du travailleur social périnatal en milieu hospitalier.....	103
2.3.2.1. L'identification des problématiques liées au contexte .....	103
<i>La participation des travailleurs sociaux à la réduction des séjours ....</i>	103
<i>La compétition interdisciplinaires sur certains aspects de l'intervention psychosociale.....</i>	103
<i>L'augmentation du stress liée aux conditions de travail.....</i>	104
2.3.2.2. Des stratégies d'adaptation pour une pratique à volume élevé et de courte durée.....	104
<i>La création de rôles clés pour le travailleur social travaillant en équipe.....</i>	105
<i>Le dépistage précoce des facteurs de risques et la planification des sorties .....</i>	105
<i>Des interventions brèves centrées sur les solutions.....</i>	106
<i>Le développement de partenariats avec la communauté.....</i>	106

2.3.3. L'intervention psychosociale périnatale au CHU Sainte-Justine .....	108
2.3.3.1. Les types de clientèle rencontrés.....	108
2.3.3.2. Le processus d'intervention .....	109
<i>L'évaluation et l'intervention</i> .....	110
<i>La Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)</i> .....	111
<i>La planification des sorties de l'hôpital</i> .....	112
<i>Le travail interdisciplinaire</i> .....	112
<i>La prestation et la continuité des services</i> .....	113
CHAPITRE 3 : L'APPLICATION D'UN MODÈLE D'INTERVENTION DE CRISE DANS LE CONTEXTE D'INTERVENTION PÉRINATALE EN MILIEU HOSPITALIER .....	117
3.1. Une présentation du modèle classique d'intervention en situation de crise .....	119
3.1.1. Une définition de la crise .....	119
3.1.2. L'étiologie de la crise.....	120
3.1.2.1. L'évènement précipitant.....	120
3.1.2.2. La perception d'une menace ou d'un risque.....	121
3.1.2.3. Une incapacité à résoudre les problèmes éprouvés.....	121
3.1.3. Le processus de crise et typologies.....	122
3.1.3.1. Une brève revue des différentes typologies de crise .....	123
3.1.4. Les bases de l'intervention en situation de crise .....	124
3.1.4.1. L'immédiateté, la brièveté et la directivité.....	124
3.1.4.2. Les étapes et stratégies .....	125
3.2. Un nouveau modèle d'intervention de crise proposé par Marie Fondaire et Suzanne Larose.....	127
3.2.1. Une critique du modèle classique selon Fondaire et Larose .....	127
3.2.2. Une proposition d'un nouveau modèle d'intervention en situation de crise.....	128
3.2.2.1. Les caractéristiques du nouveau modèle .....	128
3.2.2.2. Quatre situations types .....	130
<i>Bris dans la trajectoire, un territoire divisé</i> .....	130
<i>Accident de parcours, effritement du territoire</i> .....	130
<i>Un parcours accidenté, un territoire brûlé</i> .....	131
<i>Un territoire de protection, un accident de parcours</i> .....	132
3.2.3. Quelques remarques sur l'intervention selon le nouveau modèle .....	132
3.2.3.1. Les limites de la recherche de solutions .....	132

3.2.3.2. Comprendre le sens de la crise.....	133
3.2.3.3. La capacité de changement.....	134
3.2.3.4. Écoute, empathie, intuition et créativité.....	134
3.2.3.5. La collaboration interprofessionnelle.....	135
3.3. Études de cas.....	137
3.3.1. L'histoire de Sonia.....	137
3.3.1.1. La requête .....	137
3.3.1.2. Résumé de la première évaluation .....	137
3.3.1.3. Résumé de l'intervention.....	138
3.3.1.4. Analyse selon le modèle de Fondaire et Larose.....	140
<i>La trajectoire</i> .....	140
<i>Le territoire</i> .....	141
<i>Les évènements déclencheurs</i> .....	143
3.3.1.5. Retour sur l'intervention selon le nouveau modèle.....	143
3.3.2. L'histoire de Fabienne .....	145
3.3.2.1. La requête .....	145
3.3.2.2. Résumé de la première évaluation .....	145
3.3.2.3. Résumé de l'intervention.....	146
<i>La première période</i> .....	146
<i>La deuxième période</i> .....	149
<i>La troisième période</i> .....	152
3.3.2.4. Analyse selon le modèle de Fondaire et Larose.....	154
<i>La trajectoire</i> .....	154
<i>Le territoire</i> .....	157
<i>Les évènements déclencheurs</i> .....	160
3.3.2.5. Retour sur l'intervention selon le nouveau modèle.....	164
3.3.3. Discussion.....	168
3.3.3.1. La pertinence du modèle auprès de la clientèle .....	168
3.3.3.2. L'application du modèle en milieu hospitalier .....	173
CONCLUSION.....	177
BIBLIOGRAPHIE.....	183



## REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes m'ont apporté un grand soutien et ont participé à mon bien-être pendant ces mois de rédaction. J'aimerais saisir l'opportunité de ce présent travail pour les en remercier vivement.

D'abord, mes remerciements s'adressent à Lyse Montminy, ma directrice de rapport d'analyse de pratique. J'ai été très touchée par la qualité de son soutien, la confiance et la latitude qu'elle m'a accordées ainsi que la disponibilité et l'attention qu'elle m'a offertes pour lire mon texte, et ce, jusqu'à la dernière minute. Ce fut pour moi une belle expérience de relation directrice-étudiante.

Ensuite, j'aimerais offrir mes sincères remerciements à Pauline Morissette, professeure à l'école de service social et membre du jury désigné pour l'évaluation de mon rapport d'analyse de pratique. J'ai eu l'occasion de connaître Pauline dans le courant de ma scolarité à l'école de service social. Cette rencontre a été très inspirante pour moi. Là encore, ce fut une belle expérience de relation professeure-étudiante.

J'aimerais également remercier Ginette Aubry, ma superviseure de stage au CHU Sainte-Justine pour son soutien constant et sa présence bienveillante auprès de moi pendant ces mois d'apprentissage. Notre rencontre a été très enrichissante à plusieurs niveaux et a contribué à stimuler mon intérêt pour la pratique en périnatalité en milieu hospitalier. Là aussi, il s'est agi pour moi d'une belle expérience de relation superviseure-stagiaire.

J'aimerais aussi remercier toutes les personnes que mon expérience de stage m'a amenée à rencontrer. Ces rencontres, fort nourrissantes, ont éveillé en moi beaucoup d'enthousiasme pour la profession de travailleur social que je m'apprête à exercer. Parmi les intervenantes, je nommerais en particulier Guylaine Morin, Line Perreault et Annie Lapierre. Parmi les femmes auprès desquelles j'ai eu la chance d'intervenir, je nommerais, bien sûr, Sonia et Fabienne, dont je partage l'histoire de vie dans ce travail et dont je ne peux révéler la véritable identité, Nadine, Éva et plusieurs autres que je n'oublie pas.

Je pense aussi à mes proches amies qui, d'une manière ou d'une autre, m'ont manifesté leur encouragement et leur amitié inconditionnelle. Alors, Séverine, Valérie, Marie-Hélène et Julie : un gros merci d'être là!

J'aimerais remercier François, Françoise et chacune des personnes du groupe du jeudi de m'avoir aidée chaque semaine à garder les pieds sur terre et le cœur à la bonne place pendant ces mois de travail intellectuel intense et de me faire cheminer vers une plus grande harmonie intérieure. Merci de votre présence!

Enfin, merci à Julien et Lani d'avoir accepté, avec les conséquences sur la vie familiale que l'on connaît, que mon projet d'études prenne forme. C'est maintenant terminé! Merci d'être le socle de mon bien-être.



# **INTRODUCTION**





Nulle intervention psychosociale n'est exempte de fondements théoriques qui la justifient ni d'un contexte structurel qui l'oriente. Lorsque nous intervenons auprès de femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher, que cherchons-nous à faire et pourquoi? Quelles visions du monde et de l'être humain teintent nos interventions auprès de cette clientèle? Que nous suggèrent les derniers développements des connaissances en matière de périnatalité? Quels sont les impacts de nos interventions auprès d'une femme devenue mère et sur le développement de son enfant à court, moyen et long termes? Quelle place et quels moyens se donne la société québécoise, et en particulier les pouvoirs publics, pour favoriser l'accompagnement et le soutien des mères et des pères à la naissance de leur enfant?

Ces questions ainsi que le désir d'y répondre nous sont directement inspirés des quelques mois de stage en intervention périnatale que nous avons effectués, en 2010, à la clinique de gynéco-obstétrique et de néonatalogie du CHU Sainte-Justine. Grâce à cette expérience, nous avons été témoin de l'apport indéniable de l'intervention psychosociale auprès de la clientèle concernée, mais aussi de la prévalence de limites et de difficultés liées notamment au contexte structurel dans lequel s'exerce ce type d'intervention. Ces limites et difficultés, nous le verrons, ont un lien direct avec la pratique en milieu hospitalier, où, historiquement parlant, la place du travailleur social a toujours été un défi. Elles sont aussi en lien avec l'organisation actuelle des services de santé et de services sociaux au Québec. Pour le travailleur social, le défi est double : il doit trouver sa place parmi les professionnels de l'hôpital, mais aussi parmi les professionnels de la santé exerçant dans le réseau élargi de la santé. Ainsi, le dilemme, partagé par un certain nombre de travailleurs sociaux du milieu hospitalier, semble-t-il, se formulerait selon la question suivante : comment peut-on, en milieu hospitalier, exercer au mieux sa profession dans le contexte structurel actuel d'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec? Plus précisément, comment le contexte de pratique actuel nous permet-il, en intervention périnatale en milieu hospitalier, de répondre adéquatement et systématiquement aux besoins de la clientèle?

De toute évidence, se poser ces questions nous amènera, d'une part, à tenter d'identifier les besoins de la clientèle que nous rencontrons en période périnatale en milieu hospitalier et, d'autre part, à mieux comprendre le contexte structurel actuel d'organisation des soins de santé et de la place du travailleur social en milieu hospitalier en périnatalité. Ce seront là les objectifs des chapitres 1 et 2, respectivement.

Dans le chapitre 1, nous aborderons les enjeux psychosociaux liés à la période périnatale et leur impact sur l'adaptation parentale. L'étude de la périnatalité est un domaine vaste, couvert par un ensemble de disciplines variées (médecine, psychiatrie, études infirmières, service social, etc.). L'objectif de ce chapitre n'est pas d'en rendre compte de manière exhaustive. Il nous paraît important de préciser dès maintenant que notre objectif est plutôt de rassembler les aspects concernant la périnatalité qui nous permettront de mieux appréhender les défis de l'intervention en milieu hospitalier dans ce domaine et qui nous serviront à l'analyse des études de cas proposées dans le chapitre 3. Nous omettons donc volontairement d'aborder certains aspects relatifs à l'expérience et l'intervention périnatale – non par manque de pertinence pour le domaine, mais plutôt pour pouvoir répondre à l'objectif nommé ci-haut sans alourdir le texte de considérations qui ne seraient pas en lien direct avec cet objectif et aussi pour pouvoir approfondir ce qui nous semble nécessaire. Nous proposons dans ce qui suit de préciser d'emblée certains

des aspects que nous évoquerons et ceux que nous n'évoquerons pas ou peu. Pour se faire, la tentative de présenter une définition de la périnatalité nous aidera à délimiter le cadre de notre présente étude.

Alors, qu'entendons-nous par *périnatalité*? Selon la politique de périnatalité de 1993, la périnatalité est à la fois « un champ d'intervention » et « une période de vie » (Valentini, Blanchard et Séguin, 1993, p. 15). Dans le premier chapitre de ce présent travail, nous nous intéresserons à la périnatalité définie comme « une période de vie » où des individus sont amenés à vivre des expériences spécifiques en lien avec la naissance d'un enfant. Nous tenterons de mieux cerner ce que cette expérience signifie pour les parents et l'enfant afin de mieux identifier les besoins des personnes impliquées dans cette période. Nous tenterons, par le fait même, de mieux comprendre le processus d'adaptation parentale à cette période et son effet potentiel sur le développement de l'enfant.

Précisons tout d'abord les contours temporels de cette période. La périnatalité renvoie à une période qui commence 'quelque temps' avant la naissance et se termine 'quelque temps' après la naissance. La précision de ce 'quelque temps' va varier selon les définitions. La définition la plus restrictive en la matière est celle proposée en médecine. En effet, selon le dictionnaire *Le Petit Robert*, la périnatalité se définit comme la « *période qui précède et suit immédiatement la naissance, s'étendant de la vingt-huitième semaine de gestation au septième jour après la naissance* ». D'autres points de vue offrent un cadre temporel plus large. Selon la politique de périnatalité de 1993, la période périnatale débiterait « *lors de la prise de décision d'avoir un enfant ou lors de sa conception et s'étend jusqu'à ce que l'enfant ait au moins un an* » (Valentini, Blanchard et Séguin, 1993, p. 15). Ici, nous retiendrons une définition de la période périnatale plus large que celle proposée en médecine, mais un peu plus restreinte que la seconde. Nous prendrons comme point de départ le moment de la conception seulement, et non depuis la prise de décision d'avoir un enfant. Nous ne traiterons donc pas des problématiques et de l'intervention psychosociale liées à l'infertilité et aux difficultés de conception. Le point d'arrivée de la période se situe dans la définition précitée à la fin de la première année de l'enfant. Nous conservons pour notre étude cette limite temporelle, tout en sachant qu'elle est quelque peu arbitraire. Nous savons en effet que, dans certains lieux d'intervention psychosociale en périnatalité, la période peut s'étendre au-delà de la première année de l'enfant. En même temps, les interventions en milieu hospitalier se font rarement au-delà de quelques jours, bien que parfois une situation médicale nécessite une hospitalisation de quelques semaines ou mois. Nous proposons donc de retenir un cadre temporel de la période périnatale allant de *la conception jusqu'à la première année*.

Comme nous le mentionnions plus haut, la période périnatale fait aussi référence aux individus qui la traversent et sa complexité tient au fait qu'elle se situe à la croisée des chemins de vie de plusieurs individus : il s'agit, bien entendu, de la mère et du fœtus/nourrisson, mais également du père et de l'environnement familial et social de chacun des deux parents. L'étude de l'adaptation parentale du père durant cette période a fait récemment l'objet de nombreuses recherches et c'est un domaine d'étude encore en expansion. Cependant, nous n'approfondirons pas ce sujet, car, dans notre pratique de stage, nous avons eu peu l'occasion d'intervenir auprès des pères et nos études de cas concernent des mères qui, pour des raisons diverses, ne maintenaient pas de contact avec le père au moment de notre intervention. Toutefois, nous parlerons du rôle du conjoint

auprès des mères et de l'impact de leur présence (ou absence) sur l'adaptation parentale des mères. Par ailleurs, nous parlerons seulement de situations dans lesquelles les membres de la triade père-mère-enfant demeurent vivants. Bien que le décès d'un fœtus ou d'un nourrisson, ou encore, plus rare, le décès d'un ou des deux parents puisse survenir durant cette période, nous ne traiterons pas des situations de deuil, la raison principale étant encore que les mères de nos études de cas n'ont pas été confrontées à cette réalité et donc nous ne sommes pas intervenue en ce sens<sup>1</sup>. Enfin, la structure du CHU Sainte-Justine fait en sorte que les situations périnatales en lien avec le VIH/SIDA sont prises en charge dans un programme différent de celui dans lequel nous avons fait notre stage. Nous n'aborderons pas non plus cet aspect dans ce présent rapport.

Ainsi, dans le chapitre 1, à l'exclusion des aspects mentionnés dans le précédent paragraphe, nous procéderons à une revue de littérature sur les dimensions de la période périnatale qui nous ont semblé importantes de retenir pour mieux appréhender les caractéristiques de cette période de vie. Dans un premier temps, nous tenterons d'explorer cette période comme une période potentiellement vulnérable pour la mère et critique pour le fœtus/nourrisson d'un point de vue psychique. Ensuite, nous décrirons les différentes dimensions de l'adaptation psychosociale que cette période de vie amène à rencontrer pour la mère pendant la grossesse et après la naissance. Nous parlerons enfin des difficultés engendrées par les complications d'ordre physiologique et d'ordre psychosocial et de leur impact sur le processus d'adaptation parentale.

Ensuite, après avoir abordé les enjeux psychosociaux de la période périnatale dans le chapitre 1, il nous paraît important de préciser le rôle du travailleur social en milieu hospitalier auprès de la clientèle périnatale. D'après le Code des professions du Québec, le rôle premier du travailleur social se définit ainsi : *intervenir auprès des personnes, des familles, des groupes ou des collectivités dans le but d'améliorer leur fonctionnement social* (Code des professions, art. 37, d). L'Ordre Professionnel des Travailleurs Sociaux et Thérapeutes Conjugaux et Familiaux du Québec (OPTSTCFQ) définit la profession du travailleur social dans le même sens en apportant quelques précisions quant à la manière d'intervenir. Selon l'Ordre, *le travailleur social fournit des services aux personnes, aux familles et aux collectivités dans le but de favoriser notamment par l'évaluation psychosociale et l'intervention sociale, selon une approche centrée sur l'interaction avec l'environnement, leur développement social ainsi que l'amélioration ou la restauration de leur fonctionnement social* (OPTSTCFQ, site Internet, consulté le 23 septembre 2010). Ces définitions jettent les bases de la profession et en précisent la mission fondamentale. Toutefois, selon les champs d'intervention, l'exercice de la profession va être soumis à différents facteurs qui vont donner un caractère particulier à chaque pratique. Les facteurs d'influence sont notamment le cadre dans lequel la profession est pratiquée ainsi que le type de clientèle à qui s'adresse l'intervention. Ces facteurs peuvent en effet influencer le contexte de travail du travailleur social ainsi que certaines de ses fonctions.

En ce qui concerne le type d'intervention abordé dans ce présent rapport, il nous semble important de mettre en relief le caractère singulier de la pratique en milieu hospitalier auprès d'une clientèle en période périnatale. Cette singularité se situe à la jonction de deux champs de pratique : l'intervention en milieu hospitalier et l'intervention en périnatalité. Ces deux types d'intervention seront l'objet d'étude du

---

<sup>1</sup> Cependant, lors de notre stage, nous avons été confrontée plusieurs fois à cette situation en période prénatale et postnatale.

chapitre 2. Dans un premier temps, nous précisons, le rôle du travailleur social en milieu hospitalier, toute spécialité confondue. D'abord, nous présenterons les grandes lignes de l'histoire de l'implantation de la profession de travailleur social en milieu hospitalier, car elle nous en apprend beaucoup sur les défis actuels de la profession en ce milieu. Puis, nous précisons le rôle du travailleur social en milieu hospitalier dans le contexte actuel d'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec. Dans un deuxième temps, nous aborderons la périnatalité en tant que « champ d'intervention ». Ce champ d'intervention est partagé par plusieurs professions : médecins, infirmières, psychiatres, psychologues, autres professionnels de la santé, comme les physiothérapeutes et ergothérapeutes, et, bien entendu, les travailleurs sociaux. C'est aussi un domaine d'intervention partagé par plusieurs dispensateurs de service : hôpitaux, CLSC, organismes communautaires. Dans cette section du travail, nous évoquerons donc les principales étapes dans la construction de la périnatalité comme un champ de pratique en territoire québécois et présenterons brièvement le rôle des différents dispensateurs de services en matière de périnatalité. Enfin, dans un troisième temps, nous présenterons plus spécifiquement les rôles et les fonctions du travailleur social en milieu hospitalier en périnatalité, tel qu'ils sont perçus traditionnellement et tel qu'ils sont amenés à évoluer dans un contexte hospitalier dont l'organisation des services est en mouvance. À la fin de cette section, la présentation de nos principales tâches lors de notre stage au CHU Sainte-Justine, à la clinique de gynécobstétrique et de néonatalogie, servira d'illustration et permettra de mettre en évidence certaines forces et limites de l'intervention périnatale dans cette institution.

Une fois les besoins de la clientèle en période périnatale identifiés et les limites du cadre d'intervention en milieu hospitalier en la matière clarifiées, une seconde question s'impose : quelle approche semblerait la plus adéquate pour pouvoir intervenir auprès de cette clientèle dans ce contexte? Du fait de la brièveté de l'intervention avec la clientèle et du potentiel de crise rencontré dans ce contexte de pratique, nous proposons en chapitre 3 de présenter une approche basée sur l'intervention de crise et d'en vérifier la pertinence et l'applicabilité en milieu hospitalier en périnatalité.

L'approche que nous avons choisie a été développée par M. Fondaire et S. Larose, des intervenantes expérimentées en intervention de crise au Québec. Selon ces auteurs et leurs collaborateurs, le modèle proposé « est issu du terrain », c'est-à-dire « ancré dans les pratiques quotidiennes de la plupart des services de crise du Québec » (Fondaire et Larose, 2007, p. 9, 13). Les services de crise existent depuis une vingtaine d'années dans la province. La réalité de ce champ de pratique a révélé le décalage entre la théorie classique de l'intervention de crise, proposée par G. Caplan dans les années '60, et les caractéristiques de la clientèle d'aujourd'hui, qui semble être davantage sujette à la récurrence des périodes de crise. Ainsi, ce modèle basé sur le savoir expérientiel des intervenants impliqués dans les centres de crise cherche à combler les lacunes « des modèles théoriques qui, quoique séduisants dans leur logique, manquent de valeur heuristique pour les praticiens » (Fondaire et Larose, 2007, p. 9). Sans toutefois évacuer les arguments du modèle classique, Fondaire et Larose « propose de les développer en lien avec nos pratiques actuelles et surtout, en les adaptant aux personnes que nous rencontrons dans nos services » (Ibid., p. 107). Cette approche se démarque donc de l'approche classique de l'intervention de crise sur certains aspects que nous développerons dans ce chapitre. Même si le nouveau modèle a été initialement conçu

pour la pratique des centres de crise, les perspectives développées dans ce modèle nous semblent, à premier abord, tout à fait appropriées au contexte de pratique qui nous intéresse dans ce présent rapport. Par conséquent, nous proposons d'en évaluer plus précisément la pertinence et l'applicabilité à notre milieu d'intervention et notre clientèle, en utilisant ce modèle pour l'analyse de deux études de cas, que nous présenterons à la fin du chapitre 3.



## **CHAPITRE 1**

### **Une revue de littérature sur les enjeux psychosociaux de la période périnatale**





Diverses approches théoriques se sont intéressées à l'étude de la périnatalité pour tenter de mieux comprendre les enjeux particuliers liés à cette période de vie. La psychanalyse s'est intéressée aux bouleversements psychiques qui surviennent chez les mères durant la période périnatale; la psychologie a étudié les processus psychologiques liés à l'adaptation et au développement du rôle parental pendant la grossesse et après l'accouchement; les recherches en sciences sociales se sont penchées sur l'impact de l'environnement social et de certaines problématiques psychosociales sur l'adaptation parentale. Chacune de ces approches permet d'identifier la variété des enjeux 'psychologiques', compris dans le sens le plus large du terme, associés à l'expérience périnatale. Ces enjeux sont à la fois psychiques et psychosociaux, et concernent à la fois les parents et l'enfant. Malgré la variété des points de vue, les différentes approches ont en commun de tenter de mieux comprendre ce qui favorise la création d'un lien parent-enfant favorable au développement de l'enfant, malgré – mais aussi, comme nous le verrons, *grâce* – aux bouleversements psychologiques que l'arrivée d'un enfant cause chez les nouveaux parents. En fait, de nos jours, favoriser le lien d'attachement entre l'enfant et ses parents reste le but ultime de toute intervention en périnatalité, quelle que soit la discipline pratiquée<sup>2</sup>. Du point de vue de l'intervenant en périnatalité, cela justifie en soi le fait de s'intéresser aux découvertes de chacune de ces approches. Ainsi dans ce qui suit, nous présenterons une synthèse de ce dont les différentes approches nous informent sur la période périnatale. Même si les aspects psychiques et psychosociaux sont souvent concomitants, pour des raisons pratiques d'écriture, nous les présenterons séparément. Une première partie est donc consacrée aux enjeux psychiques de la période périnatale, et une seconde aux enjeux psychosociaux. Ces deux premières parties tentent de mettre en relief l'existence de processus psychologiques dits 'normaux', c'est-à-dire qui ne présentent pas d'aspects physiologiques particuliers ou ne s'inscrivent pas dans des situations psychosociales particulièrement difficiles. En revanche, dans une troisième partie, nous ferons état de circonstances particulières pouvant entraver l'adaptation parentale à la période périnatale : nous parlerons des conséquences des complications physiologiques dont nous sommes susceptibles d'être témoins dans un contexte de travail hospitalier ainsi que de difficultés d'ordre psychosocial.

### **1.1. La période périnatale d'un point de vue psychanalytique**

Dès les années '50, plusieurs écrits publiés par des pédiatres et psychiatres ont souligné l'importance des processus psychiques observés au cours de la grossesse et à la suite de l'accouchement (Winnicott, 1969; Bribing, 1959; Benedek, 1959). Ces écrits ont par la suite servi de base à l'étude de la période périnatale par divers auteurs d'orientation

---

<sup>2</sup> Comme cela a pu être souligné, la variable la plus déterminante pour le développement de l'enfant et la qualité du parentage est l'attachement parent-enfant (Bourassa, 1991, p. 8). Selon la théorie de l'attachement, les figures d'attachement sont censées promouvoir la sécurité de l'enfant en lui assurant sensibilité dans les interactions, protection, confort, et une base de sécurité pour lui permettre d'explorer son environnement (Ainsworth, Blehar, Waters et Wall, 1978). La recherche a établi des liens entre le type d'attachement et les développements sociaux, émotionnels et comportementaux subséquents (Anan et Barnett, 1999; Arend, Gove et Sroufe, 1979; Lyons-Ruth, Easterbrooks et Cibelli, 1997; van den Boom, 1995, dans Clements et Barnett, 2002, p. 625).

psychanalytique : nous faisons référence ici aux travaux de T.B. Brazelton, P-C Racamier, M. Bydlowski, S. Stoléro et M. Ammaniti<sup>3</sup>. Dans cette section, le but n'est pas d'aller dans les détails de cette approche, mais de dégager l'essentiel de ce que cette discipline apporte à la compréhension du vécu intrapersonnel périnatal.

La psychanalyse n'est pas un cadre théorique communément pratiqué en travail social. Alors, pourquoi s'y arrêter ici? D'abord, nous considérons que la connaissance apportée par cette approche n'est pas étrangère à l'intervention psychosociale. Nous pensons que de ne pas savoir reconnaître les problématiques intrapsychiques des mères en période périnatale peut amener, dans la pratique, à des manquements dans l'évaluation de certaines situations. Nous sommes en accord avec Johanne Bourassa, infirmière et responsable de programmes de formation destinés aux intervenants en périnatalité, lorsqu'elle affirme que « les problèmes de santé auxquels sont confrontés les intervenants de périnatalité comportent fréquemment des dimensions affectives et sociales qui sont très souvent à l'origine de difficultés au niveau de la relation parent-enfant » et que « la plupart des difficultés importantes observées dans les interactions parents-enfant résultent davantage de conflits émotionnels que d'un manque de connaissance (de la part des parents) » (Bourassa, 1991, p. 8, 9). En outre, en milieu hospitalier, les intervenants sociaux sont amenés à intervenir auprès d'une clientèle fragilisée. L'intervention dans ce contexte se fait en équipe interdisciplinaire et la collaboration avec l'équipe psychiatrique est fréquente. Nous sommes d'avis qu'un intérêt pour l'approche psychanalytique ne peut être que bénéfique dans la collaboration avec les autres professionnels, et par conséquent, pour la clientèle desservie (Pépin, 1996, p. 76). Enfin, il s'agit aussi de souligner, au-delà des transformations physiologiques qui surviennent lors de la période périnatale, la présence de tout un monde intérieur, émotionnel et intrapsychique qu'il nous semble nécessaire de prendre en compte lorsque nous intervenons auprès des nouveaux parents. Les progrès scientifiques des dernières décennies ont contribué à intensifier l'intervention médicale auprès des mères en période périnatale au point de laisser peu de place à un pan tout aussi déterminant de la périnatalité que sont les bouleversements psychiques et psychologiques qu'elle provoque (Baillargeon, 2004). Nous appuyons ainsi l'opinion de G. Bribing qui soulignait déjà en 1959 que :

*with increasing emphasis on the « scientific » in our society, less and less attention is paid to the unscientific, the irrational, the emotional elements of human experience. The question may be raised here, then, whether the enormous improvement in medical management, in lessening the physical dangers of pregnancy, has also contributed to a waning concern with the concomitant psychological changes on the part of society in general.* (Bribing, 1959, p. 117)

Il nous paraît donc nécessaire de s'intéresser aux bouleversements psychiques en cours de période périnatale pour mettre de l'avant les aspects émotionnels concomitants aux aspects physiologiques.

---

<sup>3</sup> Des extraits des textes originaux écrits par ces auteurs sont cités dans le chapitre « Contribution à l'étude psychologique de la grossesse », dans le livre de B. Bayle (2005), *L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique*. Les citations que nous reproduisons dans cette section sont tirées de ce chapitre.

### 1.1.1. Les enjeux psychiques de la période périnatale

La période périnatale, dès la conception, est marquée par un remaniement psychique profond qui marque l'ensemble des femmes qui traversent cette période, même si l'ampleur peut varier d'une personne à l'autre. L'ensemble des recherches selon l'approche psychanalytique concorde pour dire que :

1. le remaniement psychique gestationnel se manifeste comme une perturbation de l'équilibre psychique antérieur;
2. cette perturbation est si intense qu'elle ressemble à un état pathologique;
3. ce processus pourtant normal permet une adaptation à la venue de l'enfant (Bayle, 2005, p. 306).

Ainsi, Winnicott, dans un article célèbre écrit en 1956<sup>4</sup>, appelle ce remaniement la « préoccupation maternelle primaire ». Selon lui, cette préoccupation se manifeste par un état très particulier d'hypersensibilité et se développe progressivement au cours de la grossesse, pour atteindre un degré de sensibilité accrue en fin de grossesse et qui durera quelques semaines après la naissance. Malgré des apparences de trouble pathologique, cette préoccupation fournit un cadre nécessaire pour l'enfant parce qu'elle permet à la mère de se mettre à sa place et de répondre à ses besoins (Winnicott, 1969). Également, Brazelton, initialement surpris des apparences pathologiques de l'état d'anxiété que vivent les femmes enceintes, conclut que « l'anxiété prénatale et la distorsion de l'univers fantasmatique faisaient partie d'une réaction saine » (Brazelton et coll., 1981, dans Bayle, 2005, p. 309). Cette réaction est saine en ce sens qu'elle prépare la mère à la venue de l'enfant. Ainsi, Brazelton considère que :

L'ébranlement qui survient au cours de la grossesse sert à préparer les circuits pour que de nouveaux attachements puissent se créer; il sert aussi à préparer la mère aux nombreux choix qu'elle devra faire en un laps de temps critique très court; il sert enfin à préparer ses circuits pour qu'apparaisse une sorte de sensibilité au nouveau-né et à ses exigences, sensibilité que son équilibre antérieur n'aurait peut-être pas pu permettre. (Brazelton et coll., 1981, dans Ibid., p. 310)

D'autres auteurs utilisent d'autres expressions pour décrire ce remaniement psychique : certains parlent de *régression féconde* par opposition aux régressions pathologiques (Racamier, 1979, dans Ibid., p. 311), de *crise intégrative* (Racamier, Sens et Caretier, 1961, dans Pépin, 1991, p. 16), de *crise de maturation* (Bribing, 1959, p. 119) ou encore de *transparence psychique* permettant une plus grande fluidité de mouvement entre l'inconscient et le conscient et la montée de problématiques psychiques de fond (Bydlowski, 1997, dans Bayle, 2005, p. 313). En fait, la reconnaissance de cet état d'hypersensibilité psychique pendant la période périnatale, permet d'affirmer, avec Bribing, que « *the relative constancy of the described contradictory factors finally suggested to us that this picture may pertain more to the condition of pregnancy in general than to the specific problems of the individual* » et que « *pregnancy is a crisis that affects all expectant mothers, no matter what their state of psychic health* » (Bribing, 1959, p. 115, 119).

---

<sup>4</sup> Cet article se trouve dans le livre de Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, publié en 1969.

### 1.1.2. Les différentes phases psychiques de la grossesse

Il est intéressant de noter que les processus psychiques qui se manifestent ne sont pas sans lien avec le processus physiologique de la grossesse et de la naissance. En effet, du point de vue des psychanalystes, « la gestation psychique est indissociable de la gestation physiologique; chez l'être humain, la grossesse est un processus psychophysiologique » (Bayle, 2005, p. 335). Trois phases trimestrielles de la gestation sont généralement reconnues : la découverte de la grossesse, avec l'arrêt des règles, modification des seins, les nausées, etc., la perception des mouvements fœtaux à partir du deuxième trimestre et enfin l'approche de l'accouchement au troisième trimestre. Tout comme le processus physiologique de la grossesse permet la maturation physique du fœtus pour permettre l'expulsion de l'enfant du corps de la mère en assurant sa viabilité physique, le processus psychique vise à opérer chez la mère une représentation différenciée de l'enfant, puis à permettre la séparation psychique au moment de la naissance, et enfin à rendre la mère disposée à lui prodiguer des soins adéquats par la suite. Voyons maintenant plus précisément les vécus psychiques susceptibles de survenir à chacune de ces phases<sup>5</sup>.

#### 1.1.2.1. Le premier trimestre

Généralement, à ce stade, la femme découvre qu'elle est enceinte. Certains cliniciens relèvent cependant qu'« être enceinte dans les faits ne signifie pas toujours qu'il y ait un désir d'enfant » (Pépin, 1991, p. 16). Ce début de grossesse sera alors porté par un choix fondamental de désir d'enfant ou de refus d'enfant (Ibid.). J-P. Pépin<sup>6</sup> fait la distinction entre *désir de grossesse*, *désir de maternité* et *désir d'enfant*. Le *désir de grossesse* correspondrait « au besoin de recevoir du conjoint ce don tant attendu, d'exercer le formidable pouvoir de générer la vie » (Ibid. p. 17). Si la mère porte uniquement ce désir, il y a risque que cette grossesse vienne « à la rescousse d'une image de soi défailante, en réparation de blessures ou de fragilités narcissiques, pour combler une brèche intérieure, renflouer un couple en péril » (Ibid.). Le *désir de maternité*, selon Pépin, correspond chez la femme au désir de « devenir à son tour la figure nourricière et omnipotente face à un bébé qui lui reflète le bébé qu'elle a été » (Ibid.). Cette dimension permet à la mère de revivre à travers son enfant sa propre naissance et son propre maternage. Mais, selon Pépin, si la grossesse n'est que l'expression de ce désir, celle-ci « n'est désirée qu'en complément et l'enfant n'est pas vraiment reconnu comme une personne à part entière destinée à réaliser son destin personnel et son altérité » (Ibid.) Seul le *désir d'enfant*, un désir qui inclut les deux autres dimensions précédentes, soutient vraiment cette reconnaissance progressive du statut d'être séparée du bébé. Pépin conclut que le choix entre l'acceptation ou le refus de l'enfant peut être difficile à faire. Mais ce choix devient conflictuel et problématique lorsque les attitudes conscientes et

---

<sup>5</sup> Il est important de noter que l'identification des différentes phases psychiques selon les phases physiologiques reste toutefois approximative et est présentée de cette manière pour assurer la clarté de l'exposé. La réalité peut bien sûr apporter des variantes.

<sup>6</sup> Au moment de la parution de l'article, J-P. Pépin est psychiatre consultant au service d'obstétrique et responsable clinique de la section Maternelle Soins de Jour psychiatriques de l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal.

inconscientes face à l'enfant divergent. L'ambivalence et les conflits psychiques qui en découlent peuvent amener la mère à subir des manifestations somatiques allant des nausées et vomissements aux avortements spontanés du premier trimestre (Ibid., 18). Pépin suggère que « ces manifestations somatiques peuvent alors être des indices à ne pas négliger d'une détresse intérieure informulable » (Ibid.).<sup>7</sup>

Par ailleurs, dès le premier semestre, débute le voyage psychique de la grossesse, survenant en parallèle avec les modifications hormonales (Bayle, 2005, p. 315). Un début de régression psychique, comme nous l'avons mentionné plus haut, permet de retrouver les sensations de sa propre enfance. Les résistances habituelles entre l'inconscient et le conscient commençant à s'assouplir, les remémorations infantiles sont plus fréquentes (Ibid., p. 312). En effet, selon M. Bydlowski,

Cette authenticité particulière de la vie psychique est perceptible dès les premières semaines de la gestation. L'état de conscience paraît modifié, et le seuil de perméabilité à l'inconscient comme au préconscient, abaissé. Ainsi, d'anciennes réminiscences et des fantasmes régressifs affluent-ils à la conscience sans rencontrer la barrière du refoulement. (Bydlowski, 1997, dans Bayle, 2005, p. 312)

Il est intéressant de noter qu'à ce stade, alors que l'embryon est en « union symbiotique » avec la mère et demeure un enfant encore invisible et indifférencié (Bayle, 2005, p. 315), « le discours spontané sur l'enfant à venir, les fantasmes le concernant, tiennent une place restreinte, parfois nulle, dans le discours spontané » (Bydlowski, 1997, dans Bayle, 2005, p. 313)<sup>8</sup>. Au contraire, c'est d'abord un retour aux sources, à ses propres origines, qui s'opère chez la mère. Conséquemment, des rêves avec des thèmes sur l'enfance ont tendance à survenir à ce stade de la grossesse. Selon Bydlowski, la nouvelle condition physique et psychique de la femme enceinte permet l'émergence de traumatismes tels l'abus sexuel ou le deuil, qui, en dehors de la grossesse, auraient été soumis à la censure et au refoulement. Ainsi, pour reprendre les termes de Bydlowski, le thème dominant des entretiens psychanalytiques qu'elle a menés avec de nombreuses patientes n'est pas tant celui de l'enfant à venir que « l'écho de la voix personnelle de la femme, l'écho de son narcissisme » (Bydlowski, 1997, dans Bayle, 2005, p. 312).

Le retour aux sources de la femme enceinte passe nécessairement par un retour à sa relation à sa propre mère. Selon Pépin, « l'accès harmonieux à la maternité suppose d'abord chez la femme enceinte un travail psychique de réconciliation avec l'image de sa propre mère, (...) à faire un bilan tant sur le plan conscient qu'inconscient » (Pépin, 1991, p.18). Ce travail permet à la femme de passer du statut de fille au statut de mère. Psychiquement parlant, elle prend symboliquement la place jusque-là occupée par sa propre mère. Soulignons que pendant cette exploration de ses propres origines, « la confrontation avec l'image de la mère réactive la rivalité oedipienne et les conflits

---

<sup>7</sup> Mentionnons également l'impact des circonstances de la conception sur ce choix que la mère va faire et sur le développement identitaire ultérieur de l'enfant. Bayle décrit différentes situations conceptionnelles, comme l'enfant de remplacement, l'enfant du viol et de l'inceste, de la procréation *in vitro* ou du déni de grossesse, qui affectent ou orientent le désir d'enfant chez la mère et le développement psychologique chez l'enfant. Explorer ces aspects dépasse le cadre de ce travail. Cependant, nous renvoyons le lecteur au livre de Bayle (2005), déjà cité, pour approfondir le sujet.

<sup>8</sup> Certains auteurs expliquent ce phénomène par le fait que la mère, à ce stade de la grossesse, n'est pas sûre de la viabilité du fœtus et qu'elle ne s'autorise pas à penser au bébé en termes trop concrets, de peur de le perdre (Stern, 1995, 1998, dans Bayle, 2005, p. 315).

prégénitaux autour de l'individuation, de la séparation, de la dépendance et de l'autonomie déjà rencontrés dans la petite enfance et à l'adolescence » (Ibid.). En effet, deux phases ont été identifiées lors de ce processus : d'abord, la femme enceinte fusionne psychiquement avec sa propre mère, car cela la prépare à la fusion qu'elle vivra avec son nourrisson; ensuite, s'opère chez la première un processus de différenciation par rapport à la seconde (Centre Premier Berceau, 2008, p. 19). Lors de la première phase, la femme enceinte fait un retour au berceau de son enfance pour retrouver ses expériences avec sa mère. Elle revit la manière dont « sa mère prenait soin, aimait et traitait les bébés et les jeunes enfants » (Ibid.). Selon les auteurs de ce document, « si elle a été bien maternée, elle disposera d'un bon modèle du rôle maternel à partir duquel elle construira sa propre identité de mère » (Ibid.). Lors de la deuxième phase, la femme cherche à se différencier de sa mère afin de devenir mère à sa propre manière. À ce stade, la mère retient ce qui a été bon, et cherche à se distancer de ce qui ne l'a pas été. Cependant, « quand l'expérience infantile est très négative, ce travail est excessivement difficile et, sans aide, risque d'échouer » (Ibid., p. 20). Des problèmes de frontières entre les générations risquent d'émerger, ou encore ce que d'aucuns appellent l'indifférenciation transgénérationnelle. Mais, cette période où les traumatismes passés remontent à la surface est propice à un accompagnement thérapeutique visant à atténuer ou transformer les aspects pathologiques de la transmission transgénérationnelle (Ibid.).

Notons enfin qu'un phénomène similaire se fait vis-à-vis de son propre père et contribue à façonner ses attentes par rapport au rôle paternel que tiendra son conjoint (Ibid.).

### **1.1.2.2. Le second trimestre**

Le second trimestre de gestation s'amorce avec l'apparition des premiers mouvements du fœtus. L'enfant se révèle peu à peu à la mère comme « un être animé de mouvements propres » (Pépin, 1991, p. 20). Alors qu'au premier stade de la grossesse, l'enfant n'est qu'une simple idée, à partir du troisième mois, cette idée s'incarne progressivement chez la mère grâce à ces nouvelles perceptions sensorielles (Bydlowski, 1997, dans Bayle, 2005, p. 313). L'effet de cette transformation au niveau physiologique sur les processus psychiques est fondamental. Comme le décrit Bayle :

La perception des mouvements fœtaux rompt l'expérience psychologique de la fusion avec le fœtus. L'enfant gagne en autonomie à l'intérieur du corps de la femme. Après la phase initiale d'union fusionnelle avec l'être conçu, la mère reconnaît la différence entre elle-même et son enfant, différenciant et identifiant son fœtus à l'intérieur d'elle. (Bayle, 2005, p. 333)

Cette reconnaissance progressive de l'enfant comme un être à part entière peut s'accompagner d'angoisses de pertes et de fantasmes conscientes ou inconscientes en relation avec les théories sexuelles imaginées pendant l'enfance. Chez certaines femmes, le fœtus peut acquérir « une physionomie dévorante, capable de détruire le corps de la mère, ou bien il peut être assimilé à un produit fécal qu'il faut expulser » (Ibid., p. 315). Dans ces cas-là, les sensations procurées par les mouvements du fœtus sont vécues chez la mère comme une menace pour son intégrité, et elle peut à son tour se sentir dangereuse pour le fœtus (Pépin, 1991). Selon Pépin, « à cette période, la femme éprouve fréquemment la conviction tantôt inquiétante, tantôt rassurante que l'histoire de sa propre

naissance et de sa relation à sa propre mère avec ses vicissitudes, complications ou satisfactions est en train de se répéter » (Ibid., p. 20).

Le phénomène de différenciation que nous venons de décrire s'accompagne de l'émergence de deux types de représentations mentales : la mère se construit une image de l'enfant à naître et une image d'elle-même en tant que mère. Les deux sont intimement liées. En effet, selon certains auteurs, la représentation de l'enfant à naître s'établirait selon la façon dont la femme se représente en tant que mère (Ammaniti, Candelori, Pola, et Tambelli, 1999, dans Bayle, 2005, p. 316). L'expression souvent utilisée pour parler des représentations concernant l'enfant à naître est la notion d'*enfant imaginaire*, notion qui peut être décrite comme suit :

Cet enfant imaginaire s'élabore à un stade précoce, dès la petite enfance de la future mère. Il se construit à partir des composants prégénitaux et se trouve pétri des désirs oedipiens. Pour le psychanalyste, l'enfant imaginaire est incestueux; il est aussi omnipotent, investi de toutes les qualités et de tous les pouvoirs, réalisant la mégalomanie infantile de la mère toute-puissante. Il est encore l'enfant idéal élevé de façon idéale par une mère idéale, traité comme le Moi propre, objet d'un investissement narcissique incomparable. Lorsque la femme est enceinte et que la grossesse devient réalité, après une période de « blanc d'enfant » pendant laquelle l'enfant est éliminé au profit du vécu et de la représentation d'« être enceinte », l'image de l'enfant apparaît dans le psychisme maternel, tel un rêve, c'est-à-dire comme l'accomplissement d'un désir. (Ammaniti et coll., 1999, dans Ibid., p. 317)

Ainsi, l'image de l'enfant fait progressivement sa place dans le psychisme de la mère. Plusieurs auteurs estiment qu'à ce stade de la gestation, la femme possède des représentations assez bien définies (Ibid., p. 318).

En outre, la femme s'imagine de plus en plus dans son rôle de mère. Elle le fait en s'imaginant la qualité de la relation qu'elle développera avec son enfant (Ibid.). Certains auteurs ont décrit différents styles de représentations maternelles. Ainsi, Ammaniti et son équipe en ont distingué trois : les représentations 'intégrées', 'ambivalentes' et 'désinvesties', et sont décrites comme suit :

Les données confirment l'hypothèse théorique selon laquelle les femmes présentant des représentations « intégrées » donnent un tableau cognitif et affectif riche et cohérent de leur expérience de grossesse, qui les différencie des deux autres groupes qui eux, sont structurés de façon plus défensive. Le groupe des femmes ayant des représentations « désinvesties » paraît construire la représentation de soi en tant que mère plus autour de la dimension cognitive que les deux autres groupes. Dans ce groupe de femmes, le modèle narratif de soi en tant que mère apparaît plutôt déstabilisé par la présence d'un noyau affectif exigü. Le résultat en est un tableau représentationnel pauvre en émotions, perceptions et fantaisies, et également assez abstraites, qui communique une certaine platitude narrative, probablement parce qu'il est influencé par l'usage d'images du rôle maternel socialement fournies plutôt qu'élaborées personnellement. Le profil du groupe ayant des représentations « ambivalente » et construit principalement sur la composante « affective » des représentations, tout comme le groupe précédent, ne présente pas d'intégration des dimensions affectives et cognitives, bien que pour des caractéristiques opposées. Il est peu cohérent, contradictoire et confus, et a plus de difficultés à organiser clairement le récit de l'expérience. (Ammaniti et coll., 1999, cités dans Ibid., p. 321)

Ammaniti établit des liens entre les représentations maternelles et les représentations de l'enfant imaginaire et observe que « plus l'enfant a une représentation suffisamment différenciée dans l'esprit de la mère, plus la femme montre qu'elle a une conception de



son rôle de mère flexible et ouverte aux changements, cohérente, consciente et moins dominée par les fantaisies » (Ammaniti et coll., 1999, dans Ibid., p. 321).

### 1.1.2.3. Le troisième trimestre

À ce dernier stade de la gestation, nous repérons plusieurs phénomènes chez la femme enceinte. D'abord, encore plus qu'au stade précédent, la femme est appelée à reconnaître son enfant comme un individu à part entière, « faute de quoi des problèmes dérivant d'une fusion persistante avec le bébé risquent de s'installer » (Pépin, 1991, p. 20). Ainsi, l'élaboration mentale de l'enfant atteint son intensité maximale jusqu'au septième ou huitième mois (Bydlowski, 1997, dans Bayle, 2005, p. 317). Par la suite, toutefois, on assiste à une déconstruction relativement rapide de l'enfant imaginaire. Bydlowski l'explique comme suit :

Les représentations concernant le bébé déclinent pour devenir moins spécifiques et moins riches. Cette période protège la mère de la désillusion. Elle lui permet de se préparer à la venue de l'enfant réel et de ne pas se trouver désemparée face à un enfant qu'elle jugerait sinon décevant. (Bydlowski, 1997, dans Ibid., p. 316)

Un travail de deuil de l'enfant imaginaire doit donc s'enclencher pour faire place à l'enfant réel. Selon Pépin, « cette étape risque d'être particulièrement éprouvante pour celles qui ont connu des difficultés à se 'dé-fusionner' de leur mère; il leur sera très ardu d'accorder son individualité à leur enfant à venir, de supporter vraiment cette séparation » (Pépin, 1991, p. 20).

Ensuite, devant l'échéance de la naissance, la femme se prépare à accueillir l'enfant. Les comportements de nidation s'intensifient (préparation de la chambre, acquisition de vêtements et de meubles, etc.) et témoignent d'une préparation autant matérielle que psychique (Centre Premier Berceau, 2008). Selon ce document,

Dans la construction de ce nid imaginaire, les parents recherchent, consciemment et inconsciemment, la façon dont ils ont été enveloppés et éduqués dans la maison de leur enfance, elle-même imprégnée des maisons familiales des générations précédentes; lorsque les familles d'autrefois ont rempli leurs rôles de soutien, de sécurisation et d'autonomisation, ces parents auront tendance à se référer à ces modèles de contenance familiale bienveillante et sereine. (...). Par contre, quand la préparation du nid réveille des souvenirs difficiles de l'enfance, la préparation du petit nid est laborieuse et la maison peut devenir le reflet de vécus angoissants, dépressifs ou traumatiques appartenant aux demeures du passé. (Ibid., p. 15)

Enfin, cette période est aussi marquée par l'émergence d'angoisses concernant l'intégrité de l'enfant et le déroulement de l'accouchement (Bayle, 2005, p. 315). Selon Pépin, « les peurs de la douleur, des accidents en cours d'accouchement, de la mutilation, de l'épisiotomie, de la perte de contrôle et même de la mort sont à leur apogée, surtout chez la primipare » (Pépin, 1991, p. 21). Cet auteur note qu'à cette phase, la femme qui s'apprête à accoucher a particulièrement besoin d'être soutenue par les personnes significatives de son entourage, et notamment par son conjoint et sa propre mère, s'ils sont présents. Toutefois, souligne Pépin, ce soutien est délicat à offrir, car il doit à la fois apporter une présence sécurisante et en même temps respecter le retrait naturel dans lequel se réfugie la future mère (Ibid.).

### 1.1.3. Les interactions mère-enfant suite à la naissance

La grossesse se termine par une ultime étape : la « délivrance » de l'enfant. Autant au niveau physiologique l'enfant sort du corps de sa mère, autant au niveau psychique la mère doit procéder à une « délivrance psychique » (Bayle, 2005, p. 334). Bayle décrit ce mouvement comme suit :

La délivrance psychique, c'est le temps de la rupture, du passage, où l'autrui-à-l'intérieur-de-soi apparaît et surgit comme un autrui-face-à-soi. La délivrance psychique est le moment de la rencontre avec l'être conçu incarné dans ce corps-là, que les parents explorent et découvrent maintenant. La délivrance psychique impose le retour à la solitude fondamentale du soi, la séparation d'avec l'autrui-en-soi, comme en témoigne la sensation, parfois douloureuse, de vide à l'intérieur du ventre... Le constat de la continuité entre le prénatal et le postnatal ne doit pas nous faire oublier ce moment de rupture qu'est l'accouchement. La notion de délivrance psychique invite à penser ce moment de rupture, où l'être humain conçu révèle son « vrai » visage, peut-être même – dès les premiers instants de la naissance – dans le face-à-face de l'échange des regards (Ibid.).

Mais, paradoxalement, en même temps que la naissance est perçue comme une rupture et la fin d'un processus, un lien de continuité entre le prénatal et le postnatal est manifeste. Après la naissance, pour un temps encore, l'enfant continue à vivre selon un régime d'identification profonde et fusionnelle, notamment à travers l'allaitement (Ibid., p. 311; Benedek, 1959). Benedek parle de « *emotional symbiosis* » qu'elle définit comme « *a reciprocal interaction between mother and child which, through the processes of introjection-interaction, creates structural change in each of the participants* » (Benedek, 1959, p. 392). Il y a là en effet des opportunités développementales majeures pour la mère. Là encore, elle revit avec son enfant « *the pleasures and pain of infancy* » (Ibid., p. 395). À travers l'apprentissage et la réalisation de son rôle, elle peut se réconcilier avec son propre vécu, et la confiance qu'elle acquiert en tant que mère supporte son estime de soi. Cela devient « *a source of secondary narcissism and self-assurance* » (Ibid. p. 396).

Selon d'autres auteurs, certains phénomènes psychiques durant la grossesse ont une valeur prédictive sur les interactions mère-enfant après la naissance. C'est le cas notamment des représentations maternelles élaborées au cours de la grossesse. Celles-ci permettraient de prédire, de façon fiable, la qualité de l'attachement de l'enfant à l'âge d'un an (Bayle, 2005, p. 318). En effet, les travaux d'Ammaniti et ses collaborateurs, dont nous avons déjà parlé quand nous avons abordé le phénomène des représentations maternelles 'intégrées', 'ambivalentes' et 'désinvesties', révèlent que la représentation de l'enfant à naître possède la même structure narrative et la même organisation formelle que les représentations maternelles. Comme Ammaniti le décrit :

Dans le modèle des représentations « intégrées », l'enfant apparaît mieux défini affectivement et cognitivement que dans les autres modèles. Il est considéré comme une personne avec certaines caractéristiques individuelles et se présente comme l'enfant imaginaire, l'enfant voulu et partagé avec le partenaire, qui se place dans la relation de couple sous-tendue par la vie fantasmatique de la mère et du père. La représentation de l'enfant dans le groupe de mères ayant un style « ambivalent » est principalement construite autour de la dimension imaginative caractérisée par la dominance des fantaisies. L'enfant apparaît davantage comme peu différencié, tiré directement des conflits libidinaux et narcissiques de la mère. Cet enfant reste séparé des configurations parentales du couple et naît surtout du désir de maternité plus étroitement lié au conflit

oedipien maternel, au domaine des fantaisies omnipotentes dont parle Winnicott, imbibé de besoins infantiles et de l'adolescence qui peuvent interférer avec l'individuation de l'image de l'enfant. Dans la représentation « désinvestie », la dimension normative et sociale semble prendre le dessus par rapport à la dimension imaginative. Dans ce sens, la représentation de l'enfant chez les femmes de ce groupe est aussi moins différenciée et moins riche que la représentation intégrée de l'enfant (Ammaniti et coll., 1999, dans Bayle, p. 321-322).

D'autres représentations mentales présentes chez la mère ont un impact direct sur le type de maternage offert au nourrisson. S. Stoléro et ses collaborateurs montrent que les scénarios fantasmatiques maternels présents lors de la grossesse organisent les interactions entre la mère et l'enfant (Stoléro, Moralès-Huet et Grinschpoun, 1985, dans Bayle, 2005, p. 323). Stoléro donne l'exemple d'une mère qui exprimait en fin de grossesse son « horreur de la nudité » et qui interagissait avec son nourrisson de manière distante, avec des contacts corporels pauvres et peu satisfaisants (Ibid., p. 324). Il donne aussi l'exemple d'une autre mère qui, avant et après la naissance, exprimait du plaisir et du réconfort à l'idée qu'un enfant soit allaité. L'observation de l'interaction mère-enfant permettait de voir que :

L'interaction est caractérisée par une grande proximité du contact corporel, où s'inscrit une véritable mutualité affective. Les événements légèrement douloureux de la vie du bébé donnent à la mère l'occasion de magnifier rapprochements corporels et communion affective avec l'enfant, concourant à la répétition de l'histoire personnelle de (la mère). Celle-ci avait connu une relation privilégiée avec sa mère, dans un moment où la douleur occupait une place centrale. (Stoléro et coll., dans Ibid., p. 325)

La qualité de l'interaction mère-enfant est également déterminante pour le développement ultérieur de l'enfant. Il existe un lien entre les représentations maternelles, les interactions de la mère avec l'enfant et ultimement avec le développement du nourrisson. Ainsi, Ammaniti explique que :

Les mères dont le monde de représentations est suffisamment équilibré ont des nourrissons dont l'attachement est stable. Ces femmes ont élaboré de façon cohérente leur propre relation d'enfance avec leurs parents, indépendamment des éventuels traumatismes qu'elles ont pu subir; elles sont capables de prêter à leurs expériences d'enfant une valeur qu'elles peuvent appliquer à leur histoire personnelle et à leur état mental actuel (...). Ces dispositions permettent à la mère de répondre avec affection aux exigences de sécurité de l'enfant et à son processus d'autonomisation. Le nourrisson bénéficie alors d'un climat de confiance relationnelle qu'il peut intérioriser; il sait sa mère capable de prêter attention et de comprendre des demandes qu'il lui communique. En revanche, lorsque les mères sont incapables de se dégager des relations qu'elles ont entretenues avec leurs parents au cours de leur enfance, et qu'elles se maintiennent dans une forte dépendance aux images parentales, le développement du nourrisson s'en trouve affecté (...). On retrouve le même type de défense chez son enfant : celui-ci tend à fuir les interactions affectives impliquant des relations d'attachement, et élabore des stratégies défensives pour éliminer tout affect négatif comme l'angoisse et la colère. (Ammaniti et coll., 1999, dans Ibid., p. 326)

Ultimement, la qualité de l'interaction mère-enfant joue un rôle déterminant dans l'organisation psychique de l'enfant. Selon Winnicott, l'état de préoccupation maternelle primaire offre un cadre essentiel pour la construction psychique de l'enfant et pour son développement. De la capacité de la mère à répondre aux besoins de l'enfant dépend la constitution du *self* de l'enfant. Winnicott observe également que le défaut d'adaptation de la mère à son rôle risque de produire l'annihilation du *self* de l'enfant (Winnicott,

1969). Benedek constate également que « *the child's ego seems to be weakest in those areas which correspond to unresolved conflicts of the mother, father or significant parent surrogate* » (Ibid., p. 403). Benedek explique en ce sens que l'organisation psychique de l'enfant se calquera sur le caractère positif (confiant) ou négatif (ambivalent) du mode interactionnel proposé par la mère (Benedek, 1959, p. 397). Benedek décrit comment la répétition d'expériences satisfaisantes lors du nourrissage « *add up to a memory of pleasant-feeding-mother equated with pleasant-feeding-self* », mais que « *the same mother in dissimilar feeding situations may also be associated with unpleasant memory traces and become the introject of pain : painful-bad-mother equated with painful-unpleasant-self* » (Benedek, 1959, p. 392). Notons toutefois que tout ne dépend pas que du parent. Il a été observé que l'enfant a une part active dans la relation avec sa mère et qu'il n'est pas seulement un « réceptacle à projections » (Brazelton, 1981; Stern, 1977, dans Bayle, 2005, p. 322). Benedek note également que si, d'un côté, la relation que la mère offre à son enfant le structure dans son développement, l'enfant offre à son tour l'opportunité à ses parents de régler leurs propres conflits développementaux que sa présence révèle (Benedek, 1959). Dans les semaines qui suivent l'accouchement, selon cette auteur :

*There are reciprocal ego developments. In the infant, through the introjection of good mother=good self, the infant develops confidence. In the mother, through introjection of good-thriving-infant=good-mother-self, the mother achieves a new integration in her personality.* (Ibid., p. 393)

En d'autres termes, pour Benedek, « *in the symbiotic processes, the mother is not only a giver, but also a receiver* » (Ibid., p. 390) et cela confirme que la parentalité est une phase développementale potentiellement constructive de l'être humain.

En somme, la psychanalyse nous révèle combien, au niveau psychique, la période périnatale s'avère déterminante tant pour la mère que pour l'enfant. La conception de l'enfant entraîne chez la mère une période de tels remaniements psychiques que d'aucuns la comparent à la période de crise d'adolescence (Benedek, 1959; Bribing, 1959). Cette période se caractérise en effet par des états d'anxiété et de stress importants. Tout comme dans les autres phases critiques de développement de l'être humain, il y a également dans la période périnatale une opportunité pour la mère de réparer et de grandir. Cette période est donc propice à mettre au monde non seulement un enfant, mais aussi une mère, la plus adéquate possible, ou comme dirait Winnicott, « suffisamment bonne ». Même si ces bouleversements sont considérés comme « normaux », c'est une période où certaines femmes, cependant, risquent également de sortir « désemparées » (Pépin, 1991, p. 15). L'obstacle majeur au dénouement heureux de ce processus de maturation semble être les conflits psychiques non réglés de la mère en lien avec son propre vécu d'enfant et en particulier en lien avec sa relation avec sa propre mère. Cependant, plusieurs auteurs soulignent que cette période est propice à la régulation des conflits psychiques en raison de la fragilisation des structures psychiques et à une aptitude particulière au transfert (Bribing, 1959, p. 116; Brazelton, dans Bayle, 2005, p. 312; Bayle, 2005). Il semble donc que, quand les capacités des parents sont inhibées en raison de difficultés psychiques et émotionnelles, une forme d'aide soit nécessaire pour résorber ou atténuer les problèmes nuisant à la qualité de leur parentage. Bribing remarque qu'en raison des caractéristiques psychiques de cette période, la stabilisation de l'état psychique de la mère, grâce à une

intervention thérapeutique adéquate<sup>9</sup>, se réalise « *with a relative ease (...) in a number of cases* » (Bribing, 1959, p. 116). Une telle démarche semble également avoir un impact déterminant pour l'enfant en devenir, puisque selon certains auteurs, « en s'adressant au narcissisme maternel, il suffit ainsi, souvent, pour restaurer l'enfant qu'elle porte, de réparer celui qu'elle a été » (Bydlowski, 1997, dans Bayle, p. 314)<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> À ce sujet, Bribing remarque que « *it is well known among psychoanalysts that adolescents, in spite of what seems an alarming symptomatology, frequently are more in need of supportive rather than intensive psychotherapy* » (Bribing, 1959, p. 116). Selon elle, cela s'applique aux autres crises de maturation telle la ménopause, mais aussi le passage à la maternité.

<sup>10</sup> Soulignons toutefois avec S. Bergner que certains chercheurs et praticiens comme Raphael-Leff (1995), « *recommended differentiating between women who would benefit from a psychoanalytic approach, which in part addresses anxiety-provoking material, and those for whom such an approach would be too anxiety-producing or otherwise inappropriate for diagnostic reasons and therefore is contraindicated* » (Bergner, 2008, p. 409). Bergner mentionne également que d'autres auteurs « *viewed the analytic process during pregnancy as often exceptionally productive because of the urgency of time and increased access to highly emotional material* » (Ibid.)

## **1.2. Les enjeux psychosociaux de la période périnatale**

Nous venons de voir les enjeux intrapsychiques susceptibles de survenir chez les mères durant la période périnatale. D'autres recherches ont aussi identifié les conflits psychologiques et les inquiétudes de ces mères à un niveau plus conscient. Du type de réponse à ces conflits, dépendra la qualité de l'adaptation parentale. Mieux connaître la teneur de ces conflits permet donc à l'intervenant en périnatalité d'agir plus adéquatement lors de ses interventions et de mieux soutenir les nouveaux parents dans leur transition vers la parentalité. Dans cette section, nous proposons d'identifier les différentes dimensions de la période périnatale pouvant générer des conflits psychologiques chez les mères. Nous diviserons la période périnatale en deux et nous aborderons, d'une part, les défis de l'adaptation psychosociale pendant la grossesse et, d'autre part, les défis de l'adaptation psychosociale durant l'année qui suit la naissance. Dans ces deux sous-sections, nous aborderons des problématiques qui se veulent relativement communes, de l'ordre de la normalité. Nous aborderons les situations particulièrement complexes et problématiques dans la dernière section de ce chapitre.

### **1.2.1. L'adaptation psychosociale pendant la grossesse**

Pour identifier les diverses dimensions liées à l'adaptation psychosociale pendant la grossesse, nous nous référons principalement aux recherches effectuées par R. Lederman. Cette auteur a publié en 1984, puis en 1996, les résultats de ses recherches portant sur les conflits psychosociaux des femmes enceintes et leur impact sur les complications lors de l'accouchement et sur l'adaptation parentale des couples impliqués. Les résultats de ses recherches dont elle nous fait part dans son livre publié en 1996 (version que nous utilisons pour cette section) se basent sur deux études longitudinales totalisant la participation de 105 femmes mariées, enceintes pour la première fois, âgées de 20 à 42 ans et n'ayant pas connu de complications médicales ou obstétriques particulières (Lederman, 1996, p. 4, 16). Ces études sont particulièrement intéressantes à présenter ici, car elles mettent en relief les différentes dimensions susceptibles d'être rencontrées chez une majorité de femmes, quelle que soit leur situation économique et maritale ou leur origine ethnique (Ibid., p. 1, 2). Ces dimensions sont au nombre de sept. Nous les présentons successivement dans ce qui suit. Ultimement, nous évoquerons brièvement les problématiques d'adaptation psychosociale chez les mères multipares.

#### **1.2.1.1. L'acceptation de la grossesse**

Selon Lederman, l'acceptation de la grossesse est tributaire d'un ensemble de facteurs. De manière générale, une faible acceptation de la grossesse est associée avec le fait que cette grossesse soit non planifiée, avec de plus grands sentiments conflictuels et de peur, avec davantage de symptômes physiques désagréables et avec des sentiments dépressifs. À l'inverse, une bonne acceptation de la situation se distingue par le sentiment heureux d'être enceinte, par un inconfort physique peu élevé (ou un seuil de tolérance à l'inconfort plus élevé), et par peu d'ambivalence vis-à-vis de la grossesse au dernier trimestre (Ibid., p. 50).

En fait, l'ambivalence semble être inversement proportionnelle à l'acceptation de la grossesse. Chez les femmes qui n'avaient pas planifié leur grossesse, l'ambivalence était, comme l'on peut s'y attendre, généralement plus élevée au début. Selon l'étude, la plupart des femmes se trouvant dans cette situation finissaient par accepter leur état au cours des 9 mois de grossesse. Autrement, l'étude de Lederman révèle que même chez les femmes qui avaient planifié leur grossesse, celles-ci pouvaient ressentir de l'ambivalence. Deux facteurs semblent principalement nourrir ce sentiment : l'insécurité financière et le changement de style de vie, notamment pour les femmes de carrière. Ces dernières, en effet, ont souvent exprimé la difficulté à concilier leur nouveau statut de mère et leur identité liée à leur activité professionnelle. Une autre source d'ambivalence qui a été nommée est la peur d'avoir un enfant anormal.

Il est intéressant de noter que, selon une autre étude, l'âge semble être un facteur dans l'émergence de sentiments d'ambivalence. Casoni et ses collaborateurs (1991) distinguent 4 groupes de femmes selon leur âge : la jeune vingtaine, les 25-35 ans, les femmes de carrière dans la trentaine et les femmes en fin de trentaine et début quarantaine<sup>11</sup>. Le premier groupe et le troisième semblent être les plus insouciantes devant l'expérience de la grossesse et les transformations du corps que cela implique. En effet, les plus jeunes semblent accueillir leur grossesse de manière « naturelle », « comme allant de soi » (Ibid., p. 105). Les femmes de carrière dans la trentaine semblent peu s'inquiéter des inconforts physiques, faute de temps<sup>12</sup>, mais se préoccupent davantage de « l'organisation matérielle » entourant l'arrivée du bébé : horaires de travail, gardiennage, etc. (Ibid.). Les femmes entre 25 et 35 ans semblent exprimer davantage d'ambivalence et verbalisent plus facilement les remises en question que leur grossesse suscite : transformation du corps, réorganisation familiale, préoccupations financières. En contrepartie, ces femmes, contrairement aux autres groupes, manifestent plus facilement leur satisfaction face à la grossesse. Puis, le dernier groupe, celui des femmes de la fin trentaine et début quarantaine, est celui qui exprime le plus d'anxiété devant la grossesse et la maternité, questionnant notamment le choix d'avoir un enfant à cet âge (Ibid., p. 106).

Enfin, Lederman conclut dans son étude que lorsqu'une femme accepte sa grossesse, elle est dans un état plus joyeux et semble moins subir les désagréments liés à l'inconfort physique, les changements de son corps, les changements d'humeur et même l'inquiétude liée aux difficultés financières. Selon Lederman, l'acceptation totale est rare, mais, quand l'ambivalence persiste, les femmes ont tendance à déplacer leurs préoccupations émotionnelles de la grossesse et de la maternité vers les aspects physiques désagréables, tels les changements corporels, les inconforts et la douleur de l'accouchement (Lederman, 1996, p. 50-51). Lederman cite également d'autres études qui associent la prévalence des symptômes désagréables liés à la grossesse avec des niveaux élevés d'anxiété (Green, 1973; Lubin, Gardener et Roth, 1975, dans Ibid., p. 40) et de stress (Georgas, Giakoumaki, Georgoulis, Koumandakis et Kaskareli, 1984, dans Ibid.). Enfin, Lederman rappelle que d'autres études ont montré qu'un niveau élevé d'ambivalence qui ne se résorbe pas durant la grossesse est associé avec un attachement

---

<sup>11</sup> Nous traiterons des jeunes mères adolescentes dans une section ultérieure.

<sup>12</sup> Certaines disent ne pas avoir le temps de s'inquiéter des troubles que cause la grossesse (Casoni et coll., 1991, p. 105).

faible au nouveau-né (Reading et coll., 1984, dans Ibid., p. 46) et le rejet du nourrisson (Zemlick et Watson, 1953, dans Ibid., p. 46).

### **1.2.1.2. L'identification au rôle de mère**

Selon Lederman, l'identification au rôle de mère est le but final du processus qui permet à la femme-sans-enfant de devenir une femme-avec-enfant (Lederman, 1996, p. 85). Un changement de rôle, quel qu'il soit, s'accompagne généralement de doutes et de conflits. Le processus pour devenir mère ne fait pas exception. La femme peut être confrontée à certains obstacles ralentissant ou empêchant ce processus d'identification, signifiant ainsi que le processus n'est pas linéaire. Lederman a identifié plusieurs indicateurs mettant en évidence la mise en marche (ou non) du processus d'identification de la femme enceinte à son rôle de mère pendant la grossesse. L'étude a évalué chez les participantes :

- leur motivation envers leur maternité,
- leur préparation à ce nouveau rôle, notamment grâce à leur capacité à s'imaginer en tant que mère, à leurs rêves<sup>13</sup>,
- leur capacité à résoudre leurs conflits,
- les signes d'attachement envers l'enfant.

L'étude révèle que les principaux obstacles au processus d'identification sont « une faible estime de soi, un narcissisme excessif, le manque d'un bon rôle modèle, et un conflit maternité-carrière » (Ibid., p. 85). Le conflit maternité-carrière semblait surgir intensément chez les femmes qui ressentaient autant le besoin d'être mère que d'avoir une carrière (Ibid., p. 83). Le stress causé par les conflits et la difficulté à s'identifier à son rôle de mère ont plusieurs conséquences possibles : il est associé à la peur d'accoucher, au ralentissement du travail pendant l'accouchement (Lederman, Lederman, Work et McAnn, 1979, dans Ibid., p. 54) et au stress parental après la naissance (Younger, 1991, dans Ibid., p. 55).

Enfin, l'étude de Lederman montre que l'identification au rôle de mère est en lien avec l'acceptation de la grossesse et la relation de la femme enceinte avec sa propre mère (Ibid., p. 54).

### **1.2.1.3. La relation à la mère**

La recherche de Lederman met en relief l'importance de la relation de la femme enceinte avec sa propre mère, notamment en ce que celle-ci va l'aider dans son processus d'identification au rôle de mère. Quatre aspects de la relation avec la mère de la mère, que nous appellerons 'grand-mère' ici pour dissiper toute confusion<sup>14</sup>, ont été identifiés :

- La disponibilité de la grand-mère à sa fille dans le passé (durant son enfance) et le présent (durant sa grossesse),
- La réaction de la grand-mère à la grossesse de sa fille et sa reconnaissance d'elle en tant que mère,

---

<sup>13</sup> Dans l'étude, les rêves partagés sont autant des indicateurs des conflits remontant de l'enfance, comme nous l'avons vu dans la section précédente, que des inquiétudes du présent, comme, par exemple, les conflits maternité-carrière.

<sup>14</sup> Nous reprenons ici la formulation de Lederman.



- Le respect de la grand-mère pour l'autonomie de sa fille,
- La volonté de la grand-mère de partager avec sa fille sa propre expérience de mère avec elle.

La grossesse semble stimuler chez la femme enceinte le désir de s'identifier à un rôle modèle féminin, de préférence sa propre mère (Ibid., p. 95). Si la relation est positive, la mère en devenir gagne en confiance. Une relation positive, dans le meilleur des cas, se manifeste par une grand-mère qui était présente aux besoins de sa fille dans le passé et l'est également dans le présent, par la reconnaissance que sa fille est en train de devenir mère, par le respect de l'adulte qu'est devenu sa fille et enfin par sa capacité à partager sa propre expérience de mère avec sa fille. Cependant, si la relation est conflictuelle ou distante, la future mère se sent privée d'un soutien essentiel et aura tendance à se tourner vers d'autres femmes pour combler ce vide (une belle-mère, une sœur, une tante, ou une amie) (Ibid.). La grossesse et la naissance de l'enfant peuvent être aussi, selon les cas, une occasion pour que la relation mère-fille évolue favorablement (Ibid., p. 93).

Les conséquences de la qualité de la relation avec sa mère sont de plusieurs ordres : une perception négative de la relation mère-fille est associée avec une attitude négative persistante pendant la grossesse (Nilsson, Uddenberg et Almgren, 1971, dans Ibid., 107) et une plus grande difficulté à s'ajuster à la maternité (Breen, 1975, dans Ibid.). Enfin, une relation mère-fille non satisfaisante est corrélée avec un travail à l'accouchement plus long.

Il est intéressant d'ajouter, à ce sujet, certaines données révélées par l'étude de Casoni et ses collaborateurs (1991), déjà mentionnée plus haut. Dans cette étude, les participantes ne semblent pas avoir tendance à s'identifier à leur propre mère au cours de la grossesse et peu d'entre elles mentionnent leur mère comme figure de soutien ou source de référence (Ibid., p. 107)<sup>15</sup>. Elles ont plutôt tendance à se référer à des livres et à s'informer auprès de leurs pairs, sœurs, belles-sœurs et amies. Pourtant – Casoni et son équipe ne manquent pas de relever le paradoxe – nombre d'entre elles se plaignent de se sentir isolées au travers de l'expérience de la grossesse et du passage à la maternité et « déplorent qu'il n'existe pas de cours pour apprendre à devenir parent » (Ibid. p. 108). Casoni et ses collaborateurs proposent deux raisons possibles pouvant expliquer ce phénomène. D'abord, le contexte socio-culturel nord-américain actuel favorise le regroupement des familles en cellules nucléaires et valorise l'autonomie individuelle (Ibid., p. 107)<sup>16</sup>. Ensuite, étant donné l'anxiété des femmes de l'étude de Casoni, une anxiété générée par le sentiment de ne pas être préparées ou adéquatement soutenues, ces auteurs considèrent que leur attitude d'évitement envers à leur mère revêt un caractère défensif afin « de conjurer l'ambivalence éveillée par la grossesse concernant

---

<sup>15</sup> Une autre étude semble corroborer cette tendance. Selon R. Mercer, « *when asked who had been their major role model over the year, 52% named their mothers; 25% named another woman (aunt, sister, in-law, girlfriend); 23% stated that they had not had a role model* » (Mercer, 1985, p. 202).

<sup>16</sup> Notons dans ce sens une autre étude sur les femmes primipares québécoises d'origine haïtienne qui, à l'inverse, révèle chez elles un mouvement relationnel massif vers leur propre mère au point qu'elles semblent reprendre leur position d'enfant par rapport à leur mère et peuvent aller jusqu'à lui remettre concrètement le bébé (Argant-Le Clair et Clerk, 1990, dans Casoni et coll., p. 107-108).

spécifiquement le rapport de la femme enceinte, ancienne enfant, à sa propre mère » (Ibid., p. 108).

#### 1.2.1.4. La relation avec le conjoint<sup>17</sup>

Lederman est sans équivoque : de nombreuses études et la sienne révèlent que la relation au conjoint est la dimension la plus significative affectant le cours de la grossesse. Nous pouvons lire dès l'introduction de son chapitre consacré à la relation au conjoint que :

*The results of studies on the importance of the marital relationship to postpartal adjustment are compelling (Melges, 1968; Russell, 1974; Shereshefsky and Yarrow, 1973; Tomlinson, 1987a, 1987b). Even when partner support and support of others are both present, partner support tends to make the greater contribution to maternal well-being during pregnancy (Brown, 1986), and it has been associated with earlier prenatal care and more prenatal care visits (Zambrana, Dunkel-Schetter and Scrimshaw, 1991).* (Lederman, 1996, p. 110)

Pour évaluer les effets de la relation de la femme avec son conjoint sur l'expérience de la grossesse, Lederman a identifié cinq dimensions à évaluer :

- L'intérêt du conjoint envers les besoins de sa femme enceinte se manifestant notamment par l'empathie, la coopération, la disponibilité et la fiabilité ou confiance,
- L'intérêt de la femme pour les besoins de son conjoint,
- Les effets de la grossesse sur le lien marital sur le continuum rapprochement-conflit,
- L'ajustement du conjoint à son nouveau rôle de père.
- La transition vers la paternité.

Lederman remarque que la mutualité au sein du couple est ce qui garantit le plus une relation saine entre les conjoints (Ibid., p. 146). Les facteurs identifiés qui remettent en cause le lien marital sont, entre autres, le manque d'empathie, l'incapacité de communiquer et le manque de maturité de la part du conjoint, la conjointe ou les deux. Les problématiques de couple liées aux disputes, à la responsabilité des tâches ménagères et à la sexualité sont également considérées comme des événements stressants de la grossesse (Arizmendi et Affonso, 1987, dans Ibid., p. 147).

Les conséquences d'une relation de couple conflictuelle, distante ou appauvrie sont multiples : une telle relation est associée avec la dépression pendant la grossesse et après l'accouchement (Dimitrovsky, Perez-Hirshberg et Itskowitz, 1987; Graff, Dyck et Schallow, 1991, dans Ibid., p. 110). Elle est aussi associée avec une admission précoce au lieu d'accouchement, avec l'administration de sédatifs et avec un travail d'accouchement prolongé (Lederman, Lederman, Work et McCann, 1979, dans Ibid.). Enfin, d'autres chercheurs ont établi un lien entre les dysfonctionnements conjugaux et familiaux et la naissance d'un enfant de petit poids (Abell, Baker, Clover et Ramsey, 1991, dans Ibid.).

---

<sup>17</sup> Il n'est pas fait mention dans l'étude de Lederman de conjoints autres que de sexe masculin. Les situations concernant les couples homosexuels ne seront pas abordées ici.

### **1.2.1.5. La préparation au travail de l'accouchement**

La préparation à l'accouchement comporte deux dimensions : la préparation pour l'événement physiologique (la dilatation, les contractions, la poussée, etc.) et la préparation au processus psychologique de séparation avec le fœtus (Lederman, 1996, p. 185). Les démarches pratiques de préparation peuvent prendre les formes suivantes : la nidation, les cours prénatals, des discussions avec d'autres femmes, la lecture de livres sur le sujet, organisation du transport à l'hôpital, etc. Une préparation 'psychologique' se fait aussi en confrontant ses peurs, que bien souvent les rêves révèlent, face à l'accouchement. La préparation à l'accouchement, tant au niveau pratique que psychologique, est reliée chez la femme enceinte à sa confiance en soi, son estime de soi, sa personnalité, son expérience passée face au stress et sa manière de régler les conflits liés à la maternité (Ibid., p. 153). Si la femme enceinte ressent des doutes sévères ou des peurs intenses en ce qui a trait à l'accouchement, elle risque de moins bien se préparer, ou au contraire de se préparer exagérément. Il est aussi possible qu'elle souhaite prolonger la grossesse afin de retarder le moment de l'accouchement. Son ambivalence peut l'amener à développer des sentiments de culpabilité, qui, à leur tour, peuvent intensifier sa peur de l'accouchement (Ibid., p. 185).

### **1.2.1.6. La peur reliée à la perte de contrôle pendant l'accouchement**

La peur reliée à la perte de contrôle pendant l'accouchement n'est pas sans lien avec la manière dont, culturellement parlant, notre société s'attend à ce que l'on réagisse dans des situations de stress, c'est-à-dire en gardant un certain contrôle. Lederman note que, même si, de nos jours, il y a une plus grande prise de conscience que la répression des sentiments de détresse n'est pas saine, le conditionnement culturel de la retenue et de la honte liée à la perte de contrôle avait tendance à prévaloir chez les participantes à son étude (Ibid., p. 189). En effet, celles-ci ont exprimé majoritairement des peurs liées à la perte de contrôle du corps et des émotions (Ibid., p. 215).

Dans l'ensemble, l'étude de Lederman montre que la peur de perte de contrôle est contrebalancée par la confiance en soi, la confiance en les autres, et notamment envers le personnel médical, et l'anticipation de la récompense que représente la naissance du bébé (Ibid., p. 215). Enfin, l'accès à la médication pour anesthésier la douleur peut créer certains conflits chez les femmes ayant peur de perdre le contrôle sous l'effet de la douleur, mais souhaitant rester « *awake and aware* » pendant le travail (Ibid., p. 215).

### **1.2.1.7. La peur reliée à la perte de l'estime de soi pendant l'accouchement**

À chaque extrême d'un même continuum, Lederman distingue les femmes ayant une estime de soi élevée de celles qui ont une estime de soi faible. Les premières ont plus tendance à reconnaître leurs besoins et leurs limites. Dans l'étude de Lederman, celles-ci démontraient plus d'indépendance pour trouver des solutions à leurs inquiétudes. Elles s'ajustaient mieux à l'imprévu et toléraient mieux l'incertitude du futur. Face à l'adversité, elles démontraient plus de capacité à la résilience plutôt que la dépression (Ibid., p. 232).

À l'inverse, les femmes avec une estime de soi faible manquaient d'esprit d'initiative, espérant que les autres répondent à leurs demandes implicites, et évitaient la confrontation avec et/ou l'expression de leurs peurs. Ces femmes avaient plus de doutes envers elles-mêmes, étaient plus intolérantes de leurs faiblesses et moins conscientes de leurs forces. Elles ont eu tendance à rester dans des périodes plus longues de dépression et manquaient d'habiletés pour s'en sortir, telles l'introspection et la recherche de solutions. Elles se sentaient généralement seules et impuissantes (Ibid.).

Lederman précise toutefois que ces caractéristiques d'estime de soi élevée et faible souvent coexistent chez une même personne. Toutefois, la proportion va varier d'une personne à l'autre (Ibid.).

### **1.2.1.8. L'adaptation psychosociale des femmes multipares**

Dans une recherche subséquente, Lederman a étudié le processus d'adaptation à la grossesse chez les femmes qui avaient déjà un enfant ou plusieurs. Selon cette étude, les femmes multipares peuvent ressentir également de l'anxiété durant leur grossesse, mais leur appréhension n'est pas toujours liée aux mêmes facteurs que les primipares.

Alors que les primipares ressentent des peurs durant leur première grossesse en raison du caractère inconnu de cette expérience et se réfèrent à d'autres femmes pour se faire une idée de la grossesse et de l'accouchement, les multipares se réfèrent essentiellement à leurs souvenirs de leurs premières expériences (Ibid., p. 235). Également, les multipares faisaient face à des défis que les primipares n'avaient pas à relever. Notamment, les multipares étaient concernées par la manière dont elles arriveraient à donner une attention adéquate aux enfants déjà nés et à maintenir au minimum leur niveau de jalousie. Ces femmes devaient également considérer la surcharge financière qu'implique la naissance d'un nouvel enfant. Enfin, elles se préoccupaient à savoir comment elles peuvent continuer à maintenir une relation satisfaisante avec leur conjoint et continuer leur carrière, quand c'était le cas (Ibid., p. 271).

En somme, grâce à l'étude de Lederman, nous voyons que la grossesse est source d'anxiété et de stress chez une majorité de femmes, mais à des degrés variables. Certains facteurs semblent en effet accentuer ou atténuer les troubles que la grossesse engendre : la personnalité des femmes (estime de soi, confiance en soi, maturité) et leurs perceptions face à la grossesse (désir d'enfant, désir d'être mère) et le soutien des personnes significatives tels le conjoint et la mère. L'étude de Lederman met aussi en évidence le fait que la période de la grossesse est essentielle à la préparation au rôle parental et est déterminante à l'adaptation psychosociale des parents après la naissance.

### **1.2.2. L'adaptation psychosociale durant l'année qui suit la naissance**

Alors que durant la grossesse, la femme enceinte *s'imagine* mère, avec la naissance du bébé « réel », elle *devient* mère. Toutefois, si le statut de parent est acquis immédiatement après la naissance, le 'savoir-être' parental ne l'est pas. En effet, dans les mois qui suivent l'accouchement, tout un travail d'apprentissage du rôle parental et de construction d'une relation avec l'enfant se produit (Miller et Myers-Walls, 1983, dans

Rocheleau, Séguin, Cournoyer et Chamberland, 1989, p. 51). Selon R. Mercer, qui étudie le développement du rôle parental chez les femmes, devenir mère est « *a process in which the mother achieves competence in the role and integrates the mothering behaviors into her established role set, so that she is comfortable with her identity as a mother* » (Mercer, 1985, p. 198). Selon la littérature sur le sujet, ce processus peut prendre de 3 à 10 mois après la naissance (Highley, 1967; Mercer, 1980, dans Mercer, 1985, p. 199; Bell, Goulet, St-Cyr Tribble et Paul, 2004). Mercer précise, à l'aide des études de W.R. Burr (1972) et de F. I. Nye et V. Gecas, (1976, dans Mercer, 1985, p. 199), que la facilité avec laquelle une femme glissera dans son nouveau rôle de mère dépendra de son niveau d'engagement, de sa compétence, des conflits perçus, de sa propre difficulté à accomplir son rôle, de la durée de temps dans ce rôle, de la valeur qu'elle lui donne et de l'accessibilité des ressources. Dans cette sous-section, nous aborderons plus en détail le développement du lien mère-enfant lors des premiers mois et des difficultés communément rencontrées durant le processus d'adaptation parentale après la naissance.

### **1.2.2.1. Le développement du lien mère-enfant**

L'accès à la parentalité se fait avant tout par la création d'une relation, d'un lien entre l'enfant et l'adulte responsable de lui. Nous allons voir que les caractéristiques de l'un déterminent en grande partie les tenants du rôle de l'autre. Du côté de l'enfant, sa caractéristique principale est d'être, à la naissance, entièrement dépendant de son environnement pour répondre à ses besoins. Ceux-ci sont de trois ordres :

- les besoins d'alimentation, qui seront satisfaits d'abord par l'allaitement au sein maternel ou au biberon, puis vers les 6 mois par l'introduction des solides,
- les besoins de vivre dans un environnement offrant sécurité affective et stimulation,<sup>18</sup>
- les besoins de vivre dans un environnement sécuritaire, lui permettant d'explorer son territoire, sans que sa vie ou son intégrité soit mis en danger.

Du côté des parents, la première responsabilité des parents lors de la période périnatale est donc de répondre à ces besoins – qui sont à la fois physiques et socio-affectifs. Cela requiert de la part des parents « une disponibilité affective nécessaire pour être présent à l'enfant, pour se laisser guider par lui, suivre ses initiatives et exercer le moins de contrôle possible sur ce que fait l'enfant tout en lui assurant un environnement sécuritaire » (Rocheleau et coll., Ibid., p. 34). Selon d'autres auteurs, la compétence du parent se définit par sa sensibilité et son implication à l'égard de ses enfants – la patience, l'endurance et l'engagement étant trois déterminants de la sensibilité et de l'implication parentale (Belsky, Robins et Gamble, 1984, dans Ibid., p. 51). L'enjeu de la compétence parentale est majeur, puisque « l'enfant n'ayant pas obtenu de réponse chaleureuse et satisfaisante à ses besoins au cours de la première année de vie serait plus vulnérable aux plans physiques et émotifs » (Bornstein, 2002, dans Bell et coll., 2004, p. 13).

---

<sup>18</sup> Selon Rocheleau et ses collaboratrices, « pour se développer, le nourrisson a besoin d'interactions chaleureuses, prolongées et répétées avec ses parents ou un substitut. Ces interactions prennent de multiples formes et sont pour la plupart spontanées. Elles doivent cependant être adaptées aux capacités de l'enfant » (Rocheleau, Séguin, Cournoyer et Chamberland, 1989, p. 34).

Selon l'étude de Mercer, la plupart des femmes (64%) acquièrent un sentiment de compétence en son rôle parental et développent un lien mère-enfant positif au bout des 4 premiers mois après la naissance (Ibid., p. 203). Ces résultats sont en concordance avec les résultats d'autres études qui stipulent que la plupart des femmes se sentent fortement attachées à leur nourrisson vers la fin du troisième mois (Robson et Moss, 1970, dans Mercer, 1985, p. 203; Bell et coll., 2004). Ce qui se passe entre les parents et l'enfant dans les quatre premiers mois est donc crucial pour jeter les bases d'un lien d'attachement sécurisant avec l'enfant. L'étude de L. Bell (2004) permet de préciser comment se construit la relation parent-enfant au cours des premiers mois et d'expliquer pourquoi « lorsque l'enfant atteint quatre mois, les mères sont convaincues qu'elles connaissent mieux leur enfant que toute autre personne » (Ibid., p. 17). L'auteur distingue cinq composantes de cette relation qui influent progressivement sur le lien d'attachement : la découverte de l'enfant, le contact physique, la relation affective, l'établissement des interactions et l'investissement personnel dans le rôle parental (Ibid., p. 14). Ainsi, à la suite des incertitudes liées aux premières semaines, une certaine routine avec l'enfant s'installe lorsque celui-ci atteint ses quatre mois, « une routine bénéfique à la fois au bébé et aux parents » (Ibid., 21). Bell conclut que l'adaptation parentale se fait graduellement au cours de la première année et que, dès le sixième mois, une certaine stabilité s'établit dans les activités de la vie quotidienne. De son côté, l'étude de Mercer confirme également que les mères se sentaient plus compétentes quand leur nourrisson avait quatre mois que quand il avait un mois, ce qui semble appuyer la thèse que la compétence s'accroît avec la pratique (Mercer, 1985, p. 201). Cependant, des sentiments d'incompétence chez la mère augmentaient lorsque l'enfant avait entre 8 et 12 mois. Selon Mercer, les changements de comportement chez l'enfant de ces âges, telles la peur de l'étranger, les nouvelles capacités de déplacement, la capacité de saisir des petits objets et les mettre dans sa bouche, les douleurs liées à la poussée des dents, expliquent en partie ce phénomène. Des changements dans le contexte de vie de la mère peuvent aussi expliquer ce changement de sentiments. Dans un article ultérieur, Mercer souligne que :

*Interview data at 8 months revealed a clash between the infant's evolving self in the form of greater demands on the mother, clinging behavior, willfully exploring and moving into hazardous situations, and the mother's need to regain a sense of herself as an organized, attractive woman and wife. Mothers' difficulties in balancing wife, mother, and employment roles also contributed to their overall feelings of incompetence. (Mercer, 2004, p. 227-228)*

Cette citation nous fait voir entre autres que les apprentissages du rôle parental et le développement du lien parent-enfant ne se font pas sans difficulté. Dans ce qui suit, nous tentons d'identifier les sources de stress qui interviennent plus ou moins inévitablement durant cette période d'adaptation parentale.

#### **1.2.2.2. Les difficultés rencontrées durant l'adaptation parentale en période périnatale**

Il est généralement reconnu que « la venue au monde d'un premier enfant exige une adaptation importante sur le plan physique, cognitif et comportemental, entraînant des phases de stress et de détresse plus ou moins importantes chez les parents » (Rocheleau et coll., p. 60). Miller et Myers-Walls (1983, dans Rocheleau et coll., 1989, p.

52) ont distingué trois sources de stress importantes pour les parents lors de la période périnatale : le stress physique, le stress psychologique et le stress financier. Nous les reprenons ici succinctement.

### *Le stress physique*

Les suites de l'accouchement sont particulièrement exigeantes pour la mère au niveau physique. Alors qu'elle-même a subi des transformations importantes au niveau de son corps suite à la grossesse et l'accouchement, elle est celle qui, en général, prendra la plus grande part des soins quotidiens du nouveau-né (Rocheleau et coll., Ibid., p. 52). La répétition de tâches telles que nourrir le nourrisson, lui changer les couches, le baigner, le consoler, entretenir le linge, etc. peut entraîner des états de fatigue ou d'épuisement chez les mères (Ibid.; Lundberg et Frankenhaeuser, 1999, dans Gjerdingen, 2005, p. 114). En outre, dès la première semaine, la majorité des mères assument une partie des tâches d'entretien de la maison et s'occupent du suivi médical pour elle et le bébé (Bell, 2004, p. 20). Une autre étude confirme en effet que de nombreux couples ont tendance à adopter un partage des tâches ménagères plus traditionnel, c'est-à-dire que les tâches telles que la cuisine, le lavage et le ménage reviennent principalement aux femmes (Gjerdingen, 2005, p. 104). Enfin, depuis les années '70, de plus en plus de femmes retournent au travail avant que leur enfant ait atteint l'âge d'un an. Le cumul des heures de travail professionnel et des heures à accomplir les tâches ménagères contribue à augmenter le niveau de stress des nouveaux parents et risque fortement d'affecter leur santé et la qualité de leur relation (Ibid., p. 113). Certaines mères demandent le soutien de leur famille. Mais selon Bell, cette forme d'aide a également ses coûts sur le plan de l'interaction sociale et peut lui causer une surcharge (Bell, 2004, p. 20). Cela suppose aussi, comme nous l'avons déjà vu, la présence de frontières intergénérationnelles claires.

Au niveau physique également, notons l'impact que cause le manque de sommeil particulièrement caractéristique des premiers mois après la naissance du nourrisson. Selon plusieurs recherches effectuées sur les conséquences du manque de sommeil durant la période périnatale, les changements dans les rythmes de sommeil habituels interfèrent avec les performances perceptuelles et cognitives ainsi que l'humeur de la mère (Hayter, 1980; Taub et Berger, 1974, dans Mercer, 1985, p. 203). La tâche parentale qui consiste à décoder les signes du bébé et à y répondre est ainsi rendue plus difficile à accomplir (Ibid.). En outre, l'étude de Mercier révèle que le manque de sommeil durant le premier mois est inversement relié au sentiment de la mère à l'égard de son enfant, au sentiment de gratification que peut lui apporter son rôle (Ibid., p. 203). En revanche, alors que le manque de sommeil se fait moins sentir lors des mois subséquents, les sentiments positifs de la mère envers son enfant, la gratification ressentie à accomplir son rôle et sa compétence augmentent (Ibid., p. 202).

### *Le stress psychologique*

Le stress psychologique peut être provoqué par divers facteurs. D'abord, le parent engagé va se préoccuper du bien-être de l'enfant et ressentir de l'inquiétude à son égard. Durant la période périnatale, la santé et l'alimentation du bébé sont deux préoccupations principales pour les parents (Rocheleau, 1989, p. 52). Ensuite, la relation avec l'enfant

peut être source de stress quand le parent ne se sent pas compétent. D'ailleurs, les pleurs de l'enfant confrontent très fortement les parents au niveau de leur sentiment de compétence et de leur estime de soi (Ibid.). Selon Bell, des sentiments d'inquiétude, de colère ou d'impuissance sont intimement liés aux pleurs persistants du bébé, surtout les premiers mois (Bell, 2004, p. 19). Enfin, une préoccupation majeure mentionnée par les mères est celle de ne pas avoir assez de temps personnel, de temps libre à se consacrer, ne serait-ce que pour manger, se laver ou se maquiller, ou encore pour parler à leur conjoint, surtout le premier mois (Mercer, 1985, p. 202). Rappelons qu'au huitième mois, l'exigence imposée par les changements de comportement de l'enfant entraîne chez la majorité des mères un sentiment similaire (Ibid.). Ainsi, ce sentiment de perte de liberté va de pair avec le sens de la responsabilité d'avoir un enfant qui se traduit chez les mères dans le courant de la première année par le sentiment de 'devoir toujours être là' (Ibid.).

### *Le stress financier*

Les coûts financiers pour élever un ou plusieurs enfants sont élevés. D'une part, prendre soin de l'enfant implique des dépenses directes. D'autre part, si la mère travaillait avant d'avoir son enfant, les premiers mois après l'accouchement sont significatifs de perte de revenu (Rocheleau, 1989, p. 52). Selon l'étude de Gjerdingen, les mères, en assumant la majorité des soins au bébé dans les mois suivant la naissance, voyaient leur revenu décroître de manière significative, alors que ce n'est pas le cas chez les pères (Gjerdingen, 2005, p. 113). Si la mère retourne au travail pour améliorer la situation financière, elle se retrouve en conséquence confrontée aux problèmes de la double tâche et à la répartition de son énergie entre ses divers rôles ainsi que trouver une alternative pour faire garder son enfant (Ibid.; Rocheleau et coll., Ibid.). Il est pertinent de s'interroger sur l'impact de l'accès à l'assurance parentale sur ce type de stress. Au Québec, depuis 2006, le Régime québécois d'assurance parentale (RQAP) permet un accès plus général et plus « généreux » à l'assurance parentale que ne le permettait le système précédent<sup>19</sup>. L'avantage de ce nouveau système est de pouvoir offrir des prestations financières à la mère et au père qui sont sur le marché du travail, qu'ils soient salariés ou travailleurs autonomes. En effet, selon le Conseil de la famille et de l'enfance du Québec,

(Le Régime) constitue, en particulier, un des piliers de la politique de conciliation famille-travail, puisqu'il permettra aux jeunes parents de se retirer du marché du travail à l'occasion de la naissance ou de l'adoption d'un enfant, en atténuant les conséquences financières de ce retrait. Nous croyons fermement que le RQAP encouragera un nombre grandissant de jeunes familles à concrétiser leur désir d'avoir des enfants. Il permettra également d'alléger les problèmes de conciliation famille-travail vécus à cette période charnière de la vie familiale. (Conseil de la famille et de l'enfance, 2005, p. 7)

Sans rentrer dans les détails du Régime, soulignons que la mère peut bénéficier jusqu'à un an de prestations et le père un minimum de trois semaines. Toutefois, les prestations n'équivalent pas au revenu, correspondant dans un premier temps à 70% du revenu, puis après quelques mois, à 55%. Selon les conditions d'emploi, certains employeurs peuvent offrir des prestations supplémentaires pendant une période de temps, ou permettre un

---

<sup>19</sup> Il est possible de consulter plus en détail les services offerts par le Régime québécois d'assurance parentale à l'adresse Internet suivante : <http://www.rqap.gouv.qc.ca/>.



retour au travail plus tardif, mais la pratique n'est pas universelle. Malgré une accessibilité accrue à l'assurance parentale au Québec, le congé de maternité signifie inévitablement une perte de revenu et incite nombre de femmes à retourner sur le marché du travail à la fin des prestations, c'est-à-dire quand leur enfant a un an ou presque. Le besoin financier peut être source de stress et inciter le retour au travail de la mère, puisque, selon Rocheleau et ses collaboratrices, « c'est particulièrement durant les premières années de leurs enfants que les besoins économiques et les ressources financières des parents concorderont le moins » (Rocheleau et coll., 1989, p. 52). Mais le retour au travail peut également s'avérer conflictuel et source de stress pour la mère qui se sent obligée de reprendre son emploi au bout d'un an, par nécessité financière ou par peur de perdre son emploi, mais qui préférerait rester présente auprès de son bébé<sup>20</sup>.

En somme, cette section nous donne un aperçu des défis susceptibles d'être rencontrés durant la période périnatale dans la population en général. L'adaptation personnelle et familiale après la naissance se fait graduellement dans le courant de la première année, avec des périodes clés telles celles des quatre premiers mois de l'enfant et de ses 8-12 mois. Les facteurs facilitant le processus d'adaptation de la mère se situent à divers niveaux systémiques. D'abord, sa personnalité et son propre vécu d'enfant l'orienteront vers une attitude générale positive ou négative envers son nouveau rôle. Ensuite, l'impact de son environnement immédiat, marqué par la présence plus ou moins adéquate de son conjoint et de sa propre mère, se fera sentir tant dans l'acceptation de son nouveau rôle que dans son sentiment de compétence à exercer ce rôle. Puis, le soutien de son réseau social élargi (la famille élargie et ses pairs), dans lequel elle pourra également puiser des forces, joue un rôle important. Enfin, les conditions sociales permettant la conciliation travail-famille auront un impact sur les stress liés à sa situation économique. Ainsi, l'arrivée d'un enfant dans une famille a un fort impact sur le développement des personnes qui l'entoure et risque de remettre en question l'équilibre des parents, en tant qu'individus et en tant que famille. C'est pourquoi de nombreux auteurs réfèrent à la période périnatale comme d'une période de crise ou encore de transition. La plupart du temps, malgré les stress engendrés par l'arrivée de l'enfant, les individus impliqués retrouvent leur équilibre, mûrissent et grandissent au travers de cette phase développementale. Cependant, la présence de complications physiologiques et de conditions psychosociales particulièrement difficiles va entraver le processus d'adaptation parentale, comme nous allons le voir dans la prochaine section.

---

<sup>20</sup> La question du retour au travail de la mère va de pair avec la préoccupation de se trouver un substitut. Au Québec, le problème de l'accessibilité aux garderies subventionnées génère un stress pour les parents. Preuve en est la nécessité, ressentie par de nombreux parents, d'inscrire leur enfant sur les listes d'attente de plusieurs milieux de garde dès le début de la grossesse pour s'assurer d'avoir une « place » quand il sera temps de retourner au travail. Notons également qu'il existe un débat sur l'impact et le bien-fondé de la mise en service de garde de l'enfant en bas âge sur son développement présent et futur. Deux points de vue s'opposent à ce sujet : voir l'étude plutôt favorable à cette pratique de E. Palacio-Quentin (2000) et le point de vue beaucoup plus sceptique et nuancé de J-F. Chicoine (2006) qui suggère une entrée plus tardive des enfants en milieux de garde de qualité.

### **1.3. L'adaptation parentale en présence de situations physiologiques et psychosociales adverses**

Dans cette section, nous souhaitons mettre en évidence les situations qui causent des difficultés supplémentaires dans l'adaptation au rôle parental durant la période périnatale. L'intervention périnatale des travailleurs sociaux en milieu hospitalier nous amène à rencontrer deux types de situations potentiellement problématiques pour les mères et leur famille : les complications d'ordre physiologique<sup>21</sup> et les conditions psychosociales difficiles ou adverses. Il nous semble donc important d'en présenter les principales caractéristiques afin de mieux appréhender l'expérience et les besoins de la clientèle concernée, comme nous le verrons lors de l'analyse des études de cas dans le chapitre 3. Même si ces deux types de situations peuvent être concomitantes, nous les présentons séparément dans ce qui suit, afin de clarifier la présentation des diverses problématiques.

#### **1.3.1. L'impact des complications d'ordre physiologique sur l'adaptation parentale**

Les complications médicales peuvent arriver à n'importe quel moment de la grossesse ou après la naissance. Elles peuvent être liées à l'état de santé de la mère ou à l'état de santé de l'enfant. Elles peuvent mettre la vie de l'un ou de l'autre en danger, comme elles peuvent être bénignes. Mais souvent, ces complications impliquent des visites fréquentes à l'hôpital ou une hospitalisation prolongée, soit de la mère, soit du bébé. Sans tomber dans l'expertise médicale et sachant que l'aperçu qui suit reste incomplet, il nous semble cependant important de se familiariser avec les pathologies courantes afin de mieux comprendre leurs implications sur la dyade mère-enfant et le reste de la famille. Nous aborderons donc successivement les situations concernant les grossesses à risque, la prématurité et les situations de handicaps majeurs.

##### **1.3.1.1. Les grossesses à risque**

Dans un article consacré à l'intervention des travailleurs sociaux auprès de patientes avec une grossesse à risque élevé, D. Bachman présente une description de problèmes médicaux périnataux relativement communs (Bachman et Lind, 1997a). Nous en présentons brièvement les principaux :

- *L'hyperemesis gravidum* : cette condition se caractérise par des vomissements sévères et persistants qui continuent après la 12<sup>ème</sup> semaine de gestation (Ibid., p. 5);

---

<sup>21</sup> Notons que le développement de la technologie médicale (notamment la fertilisation *in vitro*) permet à un plus grand nombre de femmes plus âgées ou infertiles de concevoir. Ceci augmente le nombre de femmes présentant des grossesses à risque et conséquemment le nombre d'hospitalisations (O'Hara, Reiter, Johnson, Milburn et Engeldinger, 1995, dans Leichtentritt, Blumenthal, Elyassi and Rotmensch, 2005, p. 39).

- Le *placenta praevia* : le placenta est placé anormalement bas au-dessus du col de l'utérus et peut éventuellement provoquer des pertes de sang (Ibid., p. 6)<sup>22</sup>;
- La rupture prématurée des membranes : la rupture des membranes entourant le fœtus peut arriver à n'importe quel moment de la grossesse et entraîne une perte du liquide amniotique (Ibid.)<sup>23</sup>;
- L'hypertension gestationnelle : il s'agit là de l'apparition d'une pression sanguine élevée avant la 24<sup>ème</sup> semaine de gestation. Cette pression élevée peut être le fait d'une condition préexistante d'hypertension, de prééclampsie ou d'éclampsie (Ibid., p. 7)<sup>24</sup>;
- Le diabète : cette condition affecte le niveau d'insuline dans le corps. Il peut s'agir d'une condition préexistante ou d'un phénomène directement lié à la grossesse; dans ce cas, il peut se développer entre la 24<sup>ème</sup> et 28<sup>ème</sup> semaine (Ibid., p. 8);
- La grossesse multiple : toutes les grossesses multiples sont considérées à risque en raison d'un risque accru d'hypertension, d'excès de liquide amniotique, d'anémie, de *placenta praevia*, d'hémorragie postpartum et de naissance prématurée (Ibid., p. 9);
- Le diagnostic prénatal : ceci réfère principalement à l'utilisation de l'amniocentèse et autres tests pour détecter la présence d'anomalies congénitales ou génétiques chez le fœtus (Ibid., p. 10);
- Toute autre condition médicale, telle que les problèmes cardiaux, les troubles sanguins, les maladies respiratoires, arthrite ou une chirurgie performée pendant la grossesse peuvent mettre la mère et l'enfant à risque (Ibid., p. 11).

Ces conditions médicales s'accompagnent généralement chez la femme enceinte de réactions émotionnelles plus ou moins intenses, selon les cas. Parmi les états émotionnels susceptibles de surgir dans ces situations, nommons les suivantes :

- *L'anxiété* : cette émotion est souvent reliée chez la mère à l'incertitude du dénouement de la grossesse, au fait qu'une longue hospitalisation crée un isolement de son réseau social, à la séparation d'avec ses autres enfants et parfois au changement de rôle soudain de « *caregiver to dependent recipient of care* »

---

<sup>22</sup> Selon Bachman et Lind, « *though one clear cause has not been identified, the following may be associated with the placenta previa : multigravida pregnancy, previous Cesarean sections, advanced maternal age, poor uterine circulation, uterine scarring, fibroids, multiple gestation pregnancy, tobacco or cocaine use during pregnancy and living at high altitudes (Berger et al., 1990; Giacoia, 1990; Harrisson, 1983; Naeye & Tafari, 1983; Pilliteri, 1992)* » (Bachman et Lind, 1997a, p. 6).

<sup>23</sup> Selon Bachman et Lind, « *premature rupture of membranes (PROM) often occurs in patients with multiple gestation pregnancy, low pregnancy weight gain, premature opening of an incompetent cervix, polyhydramnios (excess of amniotic fluid), cervical surgeries prior to pregnancy, and use of « crack », cocaine or tobacco during pregnancy. Advanced maternal age, recent coitus, obesity, stand-up work during pregnancy and placenta previa are often associated with PROM* » (Ibid., p. 6).

<sup>24</sup> Selon Bachman et Lind, « *predisposing factors to pregnancy induced hypertension include first time pregnancy, age (between 20-30 years of age), low socioeconomic level, diabetic history, women who have had 5 or more pregnancies, polyhydramnios, multiple gestation pregnancy, and hypertensive cardiovascular disease (Pilliteri, 1992; Roberts, 1989)* » (Ibid., p. 7).

(Ibid., p. 12). Sur ce dernier point, Bachman et Lind notent que la pose d'un diagnostic, comme c'est le cas pour les diabétiques, peut provoquer un changement soudain dans le style de vie (injection d'insuline, visites fréquentes à l'hôpital, etc.) et génère des sentiments de tristesse, de colère, de frustration et de perte de contrôle (Ibid., p. 8). Ces auteurs mentionnent aussi la situation particulière liée au diagnostic prénatal qui génère beaucoup d'anxiété chez les parents concernés : l'anxiété liée au fait d'anticiper le test, l'anxiété liée à l'attente des résultats, l'anxiété liée aux effets secondaires du test, l'anxiété liée à la peur que le test révèle effectivement un problème et qu'une terminaison de grossesse soit à considérer (Ibid., p. 10).

- *La perte de contrôle et sentiments d'impuissance* : la condition médicale et les traitements qui lui correspondent peuvent amener la femme enceinte à sentir comme si son corps ne lui appartenait plus (Bachman et Lind, 1997a, p. 11)<sup>25</sup>.
- *Le deuil* : la femme enceinte dont la grossesse présente une complication d'ordre médical doit faire le deuil de ne pas pouvoir vivre une grossesse 'normale', c'est-à-dire en santé (Ibid.).
- *L'ennui* : cet état risque de surgir surtout si la femme enceinte doit rester alitée pour une période de temps. L'ennui s'accompagne de ressentiments et de colère qui peuvent se tourner vers le fœtus, des sentiments qui peuvent aussi développer de la culpabilité chez la mère (Ibid.).
- *La peur* : la plupart des patientes, sinon toutes, ressentent de la peur que la survie de l'enfant, sa santé ou son bien-être soit compromis. Il y a aussi chez la femme enceinte la peur de son propre décès ou encore de sa capacité à concevoir de nouveau.
- *La culpabilité* : souvent la mère peut se sentir responsable de sa condition médicale ou de celle de son fœtus. Cela a un impact sur comment elle se perçoit ou comment elle perçoit son conjoint, si elle le tient responsable de la situation.

Un certain nombre de ces complications médicales, et dépendamment de la sévérité de certaines d'entre elles, nécessitent que la femme enceinte soit hospitalisée un certain temps, pouvant aller de quelques jours à plusieurs semaines. Ainsi, en plus de la condition médicale qui génère déjà son lot de stress, l'hospitalisation prénatale devient un facteur de stress additionnel. Selon Mercer et Ferketich, « *hospitalized pregnant women who are at high risk report greater anxiety and depression, lower self-esteem, and less optimal family functioning than pregnant women not hospitalized or at low risk* » (Mercer et Ferketich, 1988, dans Leichtentritt et coll., 2005, p. 39). Un certain nombre d'émotions, que nous avons déjà énumérées ci-haut, sont en effet associées à l'expérience de l'hospitalisation. Selon une étude de Leichtentritt et ses collaborateurs, ce qui prédomine semble être le sentiment d'ambivalence, très difficile à résoudre dans ces situations. Ces auteurs le décrivent comme suit :

*The women dread the risk to their health and the fetus's well-being, but they also accept the social norms and meaning of a family as being as big as possible. They feel anxious*

---

<sup>25</sup> Selon Bachman et Lind, « *complete or partial bedrest, the use of powerful tocolytics, daily insulin injections, frequent medical appointments and long or frequent hospitalization may exacerbate the feelings of loss of control and helplessness felt by most pregnant women* » (Ibid.).

*about and resentful of the situation, only to be filled with hope and confidence in the outcome of this pregnancy. They perceive themselves as being emotionally in but physically out of the family household. They wish to give birth as soon as possible and at the same time hope to prolong the pregnancy as much as possible for the welfare of the fetus. They define themselves as both sick and healthy, and they attempt to minimize the feeling of risk while seeking and desiring the high level of medical attention demanded by their high-risk condition.* (Leichtentritt et coll., Ibid., p. 45)

Leichtentritt et son équipe ont également observé davantage de sentiments de perte chez les femmes enceintes hospitalisées que chez celles qui n'ont pas connu cette expérience. Nombre d'entre elles considèrent que leur vie s'est arrêtée, comme 'en attente' (Ibid., p. 44). Une des pertes fortement ressenties est le fait de ne plus participer physiquement à la vie familiale, tout en y restant émotionnellement attachées. Elles ressentent vivement l'effet d'être loin de leurs enfants ou leur conjoint (Ibid.). Bachman et Lind témoignent d'ailleurs que certains parents vont choisir de quitter l'hôpital contre l'avis des médecins parce qu'ils ne tolèrent pas la séparation d'avec leurs enfants ou n'ont personne pour s'occuper d'eux (Bachman et Lind, 1997a, p. 12).

Outre la médicalisation et autres traitements médicaux nécessaires pour maintenir la mère et l'enfant en santé, le séjour à l'hôpital peut impliquer que la mère reste alitée pendant de longues périodes de temps, sans ou avec peu de possibilités de mobilité. Cela peut être le cas notamment lorsqu'il s'agit d'*hyperemesis gravidarum*, de *placenta praevia*, de rupture prématurée des membranes ou d'hypertension (Bachman et Lind, 1997a). Plusieurs études ont démontré la forte association entre le fait de rester alitée et un niveau de stress élevé. Les femmes enceintes dont il leur est prescrit de rester sédentaire expriment plus de fatigue, d'indigestion, de perturbations de sommeil et de perte de poids et ressentent plus d'anxiété, d'hostilité, de dépression et de stress (Maloni et coll., 1993; Maloni et Kutil, 2000, dans Geva et coll., 2005, p. 492). Une autre étude a aussi établi que la prescription de rester alitée était stressante pour les mères en raison des baisses de revenu que cela impliquait (Schroeder, 1996, dans Ibid.).

Toutefois, la présence des sentiments dont nous venons de parler varie selon les situations. Selon Bachman et Lind, « *the type of medical problem, the support system available to the family, and other psychosocial factors seem to affect the type and degree of severity of these emotional reactions* » (Bachman et Lind, 1997a, p. 11). L'étude de Leichtentritt et ses collaborateurs révèle également l'effet de la confiance portée au personnel médical. En effet, « *participants (to the study) experienced feelings of hope and confidence, as they trusted others to care for them and the fetus* » (Leichtentritt, 2005, p. 42). Leichtentritt identifie également « *various sources of strength that help them cope, including faith, the involvement of family members and friends, knowledge, and their own inner strength* » (Ibid., p. 45). Ultimement, c'est sans doute l'intense désir de devenir mère qui aide le plus ces femmes enceintes dont une complication médicale a été diagnostiquée, à surmonter l'épreuve à laquelle elles sont confrontées (Ibid., p. 44).

### **1.3.1.2. La prématurité**

Une naissance est considérée prématurée lorsqu'elle survient entre la fin de la 20<sup>ème</sup> semaine de gestation et la 37<sup>ème</sup> (Bachman et Lind, 1997a, p. 7). Depuis une vingtaine d'années, le nombre de naissances prématurées a augmenté, et notamment les naissances extrêmement prématurées, c'est-à-dire en deçà de 23 semaines de gestation.

Au Canada, les naissances prématurées représentaient 6.81% des naissances dans les années '90, ce qui correspond à une augmentation de 9% depuis la décennie précédente. Durant cette période, les naissances d'enfants extrêmement prématurés ont augmenté de 14% (Joseph et coll., 1998, dans Preyde, 2007, p. 66). Ainsi, une plus grande proportion de parents et de professionnels de la santé sont confrontés à des naissances avant terme.

Aucune cause particulière connue ne peut expliquer les naissances prématurées. Cependant, des facteurs prédisposants ont été identifiés et incluent : le manque de soins ou de nutrition prénatale, une détresse émotionnelle sévère, l'âge (en dessous de 17 ans et au-dessus de 40), un statut économique faible, le niveau d'activité lors d'un emploi et un historique de travail préterme (Benson, 1986; Pilliteri, 1992; Resnick et Moore, 1995, dans Bachman et Lind, 1997a, p. 7). Cependant, la prématurité peut survenir sans que ces facteurs ne soient présents. En effet, la prématurité peut aussi être induite par certaines complications prénatales dont nous avons déjà parlé, tels l'hypertension gestationnelle, le *placenta praevia*, l'excès de liquide amniotique et les gestations multiples (Manginello et DiGeronimo, 1991, dans Ibid.). La pratique d'une chirurgie pendant que la femme est enceinte est aussi liée à la prématurité (Benson, 1986; Pilliteri, 1992; Resnik et Moore, 1995, dans Ibid.). Enfin, des études ont révélé un lien entre une naissance prématurée et le niveau de stress de la mère, spécialement le stress lié à la grossesse<sup>26</sup> (Lobel, 2008), ou encore, le manque de soutien de la part du père (Sednaoui Mirza et coll., 1991).

La grande majorité des grands prématurés, c'est-à-dire des enfants nés en deçà de 30 semaines de gestation, se retrouve dans un état de santé à risque élevé et nécessite un soutien médical intensif à l'unité néonatale de l'hôpital. Au nombre des pathologies communément diagnostiquées chez les prématurés, nous retrouvons :

- La rétinopathie, une maladie de l'œil qui résulte d'une exposition à l'oxygène dans l'air ou à l'oxygène donné en supplément;
- L'hémorragie intraventriculaire, une condition qui résulte d'une hémorragie anormale dans le cerveau de l'enfant, pouvant causer dans les cas les plus graves des difficultés d'apprentissage, d'ouïe ou de vision;
- Le *patent ductus arteriosus*, un problème cardiaque commun chez les prématurés, qui peut nécessiter une intervention chirurgicale relativement mineure;
- L'incapacité de se nourrir, puisque la majorité des prématurés nés en deçà de 34 semaines ne peuvent ni sucer ni avaler;
- Le *necrotizing enterocolitis*, une inflammation de l'intestin qui interfère avec la digestion;
- La sepsie, une complication liée à la prématurité dans laquelle une bactérie est présente dans le sang et qui peut, dans certains cas, causer le décès de l'enfant (Bachman et Lind, 1997b, p. 25 et 26).

Ces complications médicales sont liées notamment au fonctionnement immature des organes de l'enfant qui n'ont pas abouti leur développement optimal en raison de la naissance prématurée. Nombre de ces enfants se retrouvent donc souvent dépendants d'un ventilateur, de tubes, d'un moniteur cardiaque, ou d'un incubateur (Preyde, 2007, p. 66). L'intensité des soins médicaux implique une surstimulation des nourrissons. Des études ont montré que cela pouvait générer du stress et inhiber leurs interactions sociales

---

<sup>26</sup> Selon Lobel, « *pregnancy-specific stress (include) physical symptoms, parenting concerns, relationship strains, bodily changes, anxiety about labor and delivery, and concerns about the baby's health* » (Lobel, 2008, p. 604).

(Wiley, Allen, et Wilson, 1995, dans Ibid.). En outre, les problèmes médicaux ci-haut mentionnés peuvent générer des complications à long terme, comme des difficultés cognitives, neurologiques, ophtalmologiques, et respiratoires (Berkow et Fletcher, 1987; Hack et coll., 1996; Peterson et coll., 2000; Wood et coll., 2000, dans Preyde, 2005, p. 66).

La naissance prématurée d'un enfant est un événement qui provoque un niveau de stress tel chez les familles que celles-ci se retrouvent en état de crise (Bachman et Lind, 1997b, p. 22). Trois phases suivant la naissance ont été observées. Selon Bachman et Lind (1997b), la première phase correspond à l'impact initial de l'événement : confrontés à l'admission de l'enfant à l'unité néonatale, les parents sont en état de choc. En effet, les mères d'enfants prématurés rapportent souvent que rien ne laissait prévoir l'imminence de la naissance dans la période qui précédait et se retrouvent complètement prises de court. Durant cette première phase, les parents doivent reconnaître la réalité de l'événement, faire le deuil de la grossesse idéale, se confronter à la perspective de perdre leur enfant, et s'adapter à l'environnement médical de l'unité néonatale. Lors de la seconde phase, des stratégies d'adaptation sont mises en place pour faire face au traumatisme : ils continuent leur ajustement à l'unité néonatale, ils développent une meilleure connaissance de l'état de santé de leur enfant et ils initient des contacts avec l'enfant, même si cela est rendu difficile en raison de l'appareillage médical. Lors de la troisième phase, les parents perçoivent leur enfant plus comme un bébé normal qu'un prématuré malade. Ils s'impliquent davantage dans les soins du bébé et commencent à penser au retour à la maison, avec les adaptations nécessaires à planifier en fonction de l'état de santé de l'enfant, par exemple, si l'enfant a toujours besoin d'oxygène. Cependant, selon B. Eriksson, il faut garder en tête que, si les premières semaines sont marquées par l'émergence progressive de sentiments de joie, des sentiments négatifs peuvent resurgir après que l'état de santé de l'enfant soit parvenu à une certaine stabilité. Eriksson parle alors de « *delayed crisis reaction* » (Eriksson et Pehrsson, 2005, p 122).

L'adaptation des parents aux circonstances de la naissance s'accompagne de diverses émotions, dont notamment un niveau d'inquiétude élevé. Après le choc initial de la naissance prématurée, les mères ont tendance à ressentir davantage d'inquiétude en lien avec la santé de l'enfant après l'accouchement et en lien avec la séparation avec le bébé que les mères qui ont donné naissance à terme (Kaplan et Mason, 1965, dans Bachman et Lind, 1997b, p. 22). D'autres sentiments ont été également mis en évidence (Ibid., p. 26-28) :

- La culpabilité : les parents cherchent à savoir ce qu'ils ont fait « de mal » pour provoquer cette situation. Dans la plupart des cas, les parents, et notamment la mère, ne sont pas responsables de la situation. Cependant, Bachman note que certaines situations peuvent avoir provoqué une naissance prématurée comme la consommation de drogues ou d'alcool<sup>27</sup>;
- La peur : les parents ressentent notamment la peur que l'enfant ne survive pas, mais aussi la peur de ne pas pouvoir faire face à la situation, tant pendant l'hospitalisation qu'au retour à la maison, et tant au niveau affectif qu'au niveau financier;

---

<sup>27</sup> Selon ces auteurs, « *families should be given only realistic reassurances about their guilty feelings, and encouraged to discuss their concerns* » (Bachman et Lind, 1997b, p. 26).

- L'anxiété : les parents s'inquiètent de l'état de santé du bébé et de la qualité des soins qu'eux-mêmes ou le personnel soignant arriveront à donner;
- L'impuissance : ce sentiment apparaît quand les parents sont témoins de l'état de l'enfant et de sa souffrance, mais ont peu de moyens ou de contrôle sur la situation;
- Le deuil : le degré de différence entre l'enfant souhaité et l'enfant réel provoque chez les parents la nécessité de faire le deuil de l'enfant rêvé.

Conséquemment, dans la période chaotique suivant la naissance prématurée d'un enfant, six besoins fondamentaux pour les parents ont été identifiés. Selon l'étude de Cleveland (2008, p. 672), ces besoins sont les suivants :

- *Accurate information and inclusion in the infant's care and decision making*
- *Vigilant watching-over and protecting the infant*
- *Contact with the infant*
- *Being positively perceived by nursery staff*
- *Individualized care*
- *Reassurance and therapeutic relationship with the nursing staff*

Toujours selon cette auteur, pour répondre à ces besoins, quatre comportements de la part du personnel médical et autres professionnels concernés ont été identifiés :

- *Emotional support*
- *Parent empowerment*
- *A welcoming environment with supportive unit policies*
- *Parent education with an opportunity to practice new skills through guided participation.*

D'autres études relèvent également le besoin particulier de bénéficier de soutien social pour pallier les effets stressants de la naissance prématurée et de la période d'hospitalisation (Kenner, 1990; Lowenkron, 1999; Miles, Funk et Kasper, 1991, dans Preyde, 2007, p. 67). Une étude montre en particulier que « *generic social support may be beneficial for caregivers of ill patients; however, specialized support appears to be particularly important for mothers of very preterm infants* » (Preyde, 2007, p. 66). Preyde entend par « *specialized individual peer-support* » une forme de pairage entre des parents en situation de naissance prématurée avec un parent qui a déjà vécu l'expérience, nommé « *buddy* ». Selon l'étude,

*Mothers reported better quality of their listening, support and greater ability to share experience with someone who had experienced very preterm birth. Intervention mothers rated themselves as comfortable with social interaction, but more so when interacting with their buddy, and indicated perceptions of similarities with their buddies as well as the perception that their buddy was supportive. (Ibid. p. 76)*

Ce sont des considérations qu'il nous paraît tout à fait pertinent de prendre en compte lors de l'intervention psychosociale auprès des familles confrontées par ces problématiques.

#### **1.3.2.4. Les situations de handicap majeur**

Une autre problématique liée à la santé de l'enfant est celle concernant les enfants porteurs d'un handicap d'ordre physiologique. Ces handicaps sont trop nombreux et leur étiologie trop variée pour en rendre compte de manière détaillée dans ce présent travail. Notons toutefois que ces handicaps peuvent être le résultat d'une malformation



congénitale ou d'accidents de santé pendant ou après la naissance. Les malformations congénitales sont de deux ordres : majeures et mineures. Les malformations majeures sont incompatibles avec la vie ou affectent très lourdement l'individu. Les malformations mineures sont sans conséquences sérieuses, même si elles peuvent éventuellement nécessiter des interventions médicales importantes, comme une chirurgie (*Encyclopaedia Universalis*). Un accouchement difficile ou un accident de santé, telle la contraction d'une infection, peut aussi entraîner des handicaps plus ou moins sévères pour l'enfant. Dans l'ensemble, les handicaps peuvent se situer au niveau des différents systèmes de l'organisme humain (système nerveux, système cardio-vasculaire, système musculaire), au niveau des organes ou au niveau du squelette et des articulations (Ibid.).

Les réactions émotives des parents face à l'annonce du diagnostic, qu'il soit fait durant la grossesse ou après la naissance, s'apparentent aux réactions déjà identifiées. En bref, les parents sont initialement en état de choc et, généralement, se dirigent progressivement vers l'acceptation, en traversant des périodes de deuil (notamment de l'enfant imaginé et idéalisé) et des sentiments de culpabilité (Rocheleau et coll., 1989, p. 82). Le processus est difficile et éprouvant pour les parents. La situation du handicap majeur est particulière en ce sens que le handicap ne sera pas amené à disparaître, contrairement, par exemple, à la situation de parents dont l'enfant prématuré finit par grandir en santé. Selon Rocheleau et ses collaboratrices, la difficulté tient du fait que « les parents auront toujours à faire face au handicap de leur enfant et ils devront vivre avec ce handicap » (Ibid., p. 83). Notons avec ces auteurs que l'acceptation chez les parents de la situation de leur enfant conditionnera l'acceptation de l'enfant lui-même, de sa prise en charge, et auprès du reste de la famille, parmi les frères et sœurs notamment (Ibid., p. 84). Certains handicaps, toutefois, empirent avec le temps, comme avec les maladies dégénératives, et l'anxiété s'installe de façon périodique à chaque fois que l'état de santé de l'enfant se dégrade (Ibid.). L'impact du diagnostic médical se fait aussi sentir chez les parents au niveau de problématiques financières et organisationnelles (pendant l'hospitalisation et au retour au domicile). Enfin, la situation médicale du nouveau-né a également des répercussions au sein des dynamiques familiales et sur chacun des membres de la famille (Ibid., p. 86). Le rétablissement de l'équilibre familial va se faire de lui-même ou, en fonction des stratégies d'adaptation et des capacités de résilience que ces familles vont réussir à déployer, avec l'aide de professionnels.

Pour conclure cette section sur les complications d'ordre physiologique, nous abordons brièvement l'impact des complications néonatales sur le lien d'attachement parent-enfant et sur le développement de l'enfant, en vue de mieux cerner le but de l'intervention psychosociale dans ce genre de situations. La survenue de complications médicales pendant la période néonatale, et l'hospitalisation qu'elle implique, a été associée à une augmentation élevée du stress chez la mère (Keren et coll., 2003, p. 104; Geva et coll., 2005, p. 492; Aite, 2003, p. 573). Il a aussi été observé que le stress parental peut continuer bien après la fin de l'hospitalisation, notamment pour les parents d'enfants prématurés (Olshtain-Mann, 2008). En ce qui concerne l'enfant, le progrès des techniques scientifiques a récemment pu montrer que le stress élevé de la mère se reflétait chez le fœtus, notamment par son taux de cortisol, hormone indiquant le niveau de stress dans l'organisme, et son rythme cardiaque (Bergner et coll., 2008, p. 403, 405; Geva et coll., 2005, p. 493; Ben Amor et coll., 2005, p. 121). Des études ont également associé la

présence de stress chronique chez les enfants sujets à des complications médicales après la naissance, notamment en raison de l'appareillage médical, les traitements et les chirurgies (Wiley, Allen, et Wilson, 1995, dans Bachman et Lind, 1997b; Ben Amor et coll., 2005, p. 124; Solter, 2007). Ce stress a été identifié comme un facteur prédisposant aux difficultés de l'enfant dans les années suivantes à autoréguler son état émotionnel et à un diagnostic de déficit de l'attention avec hyperactivité (Geva et coll., 2005, p. 493; Ben Amor et coll., 2005, p. 125). Il apparaît donc qu'une intervention psychosociale visant à aider une mère anxieuse à diminuer son niveau de stress est également une mesure préventive pour le développement de l'enfant, à court et long termes.

Ensuite, les études montrent que les conditions médicales néonatales ont un impact sur le lien d'attachement parent-enfant. Qu'il s'agisse d'un diagnostic prénatal d'une anomalie chez le fœtus, ou d'une naissance prématurée, il a été montré que ces événements pouvaient avoir une influence négative sur l'identification de la mère à son rôle. Le processus d'identification au rôle maternel, qui se fait notamment par les représentations de la mère en tant que mère et les représentations qu'elle se fait de son enfant, se trouve fortement entravé lors de la survenue d'un diagnostic prénatal ou d'une naissance prématurée (Geva et coll., 2005, p. 484; Bayle, 2005, p. 334; Bergner et coll., 2008, p. 399). La femme peut avoir de la difficulté à aboutir ce processus pourtant essentiel à la maturation de son rôle, et pourra ressentir de la difficulté à poser les gestes nécessaires à la sécurisation de l'enfant après sa naissance, tels toucher l'enfant, le regarder et lui parler de manière chaleureuse (Keren et coll., 2003, p. 96; Mercer, 2004, p. 228, 229; Britton, Gronwaldt et Britton, 2001, p. 909). Ajoutons également que l'admission de l'enfant à l'unité néonatale ne favorise pas le contact physique et verbal des parents avec l'enfant en raison notamment de son état de santé et de l'appareillage médical qui l'entoure, surtout les premières semaines après la naissance (Keren et coll., 2003, p. 95; Rocheleau et coll., 1989, p. 85)<sup>28</sup>. En plus, chez les enfants prématurés, leurs signaux de communication ne sont pas souvent clairs, ce qui peut rendre plus difficile encore l'interaction avec ses parents et provoquer chez lui des périodes de désengagement relationnel (*withdrawal*) dans l'interaction avec son parent (Keren et coll., 2003, p. 97). Dans ces conditions, le lien d'attachement risque de s'en trouver compromis. Il est donc important que les équipes néonatales s'adaptent pour offrir aux parents les moyens d'interagir avec leur enfant le plus tôt possible<sup>29</sup>.

Malgré tout, il est essentiel de relever que des études récentes s'accordent pour dire que ce n'est pas tant la condition de l'enfant qui affecte la relation parent-enfant,

---

<sup>28</sup> Ceci est d'autant plus intéressant à considérer que l'effet positif du toucher sur le niveau de stress de l'enfant et sur la qualité de la relation entre le prématuré et sa mère a été démontré (Keren et coll., 2003, p. 97).

<sup>29</sup> M. Keren et ses collaborateurs mentionnent à ce sujet que « *a growing number of Neonatal Intensive Care Units have tried to adapt their environment and services to decrease the potential negative impact of prematurity on the early parent-relationship. (...) Such measures include planning facilities that make visiting a comfortable task for parents, having parents participate in routine care of their infant, specific handling, and holding techniques (Als, 1992; Als, Duffy, Mc Anulty, 1996), including the « Kangaroo Care » method (Feldman & Eidelman, 1998; Ludington & Golant, 1993), assigning a key nurse and a key physician, and giving parents the opportunity to sleep at least one night with their infant* » (Ibid., p. 96).

mais la capacité du parent à surmonter le choc initial et démontrer sa sensibilité à l'égard de l'enfant (Clements et Barnett, 2002). Comme le résumait M. Clements et D. Barnett,

*The propensity to form attachments is thought to be universal in our species, having evolved because it promotes survival (Bowlby, 1969/1982). Even among children with biologically based disorders that interfere with social functioning (e.g., autism & Down syndrome) children nonetheless demonstrate the propensity for attachment (Capps, Sigman, & Mundy, 1994; Ganiban, Barnett, & Cicchetti, 2000). Although all children form attachments, individual differences in security are believed to be determined directly by the attachment figures' care-giving behavior and not by child factors. High-quality parenting consistently has been found to predict attachment security in children from a variety of backgrounds and among those with chronic medical conditions (Atkinson et al., 1999; Barnett, Kidwell, & Leung, 1998; De Wolff & van IJzendoorn, 1997; Moran, Pederson, Pettit, & Krupka, 1992; Pederson, Moran, Sitko, Campbell, Ghesquire, & Acton, 1990; Smith & Pederson, 1988). (Ibid., p. 627)*

Dans une autre étude, il est démontré que les représentations que se font les mères des complications médicales et celles qu'elles se font de leur enfant sont associées à la qualité de la relation mère-enfant et non à l'état de santé de l'enfant lui-même (Keren et coll., 2003; Mercer, 2004). Les représentations positives se construisent sur la croyance que l'enfant va survivre, la confiance en l'équipe de l'unité néonatale, un sens développé du parentage et la présence de soutien moral (Keren et coll., 2003, p. 104). Également, les études de Mercer permettent de conclure que, malgré les complications néonatales, ce sont la perception des parents de leur niveau de compétence, l'attachement au fœtus, le statut socioéconomique et l'inquiétude prénatale qui prédisposent, dans un sens ou dans l'autre, leur attachement à l'enfant en période postpartum. Selon Mercer, « *early commitment to their unborn infants (during hospitalization) might have helped offset the effects of obstetrical problems* ». Elle ajoute également, en ce qui concerne les enfants prématurés que « *the more positive the mother's perception of their infants, the earlier they recognized a maternal identity* » (Mercer, 2004, p. 228). Ces résultats de recherche sont d'une importance majeure dans une perspective d'intervention, car « *the main criteria for psychosocial intervention should be the parents' psychological status, and not the infant's medical status* » (Keren et coll., 2003, p. 106)<sup>30</sup>. Un accompagnement psychosocial adéquat vise donc à la fois à réduire le niveau de stress et à favoriser la sensibilité des parents envers leur enfant afin de promouvoir la création d'un lien parent-enfant chaleureux et sécurisant. Ceci nous amène maintenant à considérer les facteurs psychosociaux risquant d'affecter « *the parents' psychological status* » et compromettre l'adaptation au rôle parental.

### **1.3.2. L'impact de conditions psychosociales difficiles ou adverses sur l'adaptation parentale**

Pauvreté, violence conjugale, déficience intellectuelle, toxicomanie, immigration, problématiques en santé mentale, etc., sont autant de difficultés psychosociales qui peuvent se présenter sur le parcours d'une vie. Selon une étude, une femme sur cinq (20.7%) à Montréal présenterait des facteurs de risques psychosociaux (Reeves et coll.

---

<sup>30</sup> Ceci rentre en contradiction avec la croyance populaire, commune même parmi le personnel médical, que plus l'enfant est malade, plus la mère sera déprimée ou anxieuse (Keren et coll., 2003, p. 106).

2006, dans Centre Premier Berceau, 2008, p. 30). Ces facteurs, ou leur combinaison, sont reconnus pour rendre plus difficile le processus d'adaptation parentale pendant la période périnatale. La liste des difficultés avec laquelle nous avons commencé ce paragraphe n'est certes pas exhaustive; de plus, il ne sera pas possible dans ce présent travail de les aborder toutes. Nous avons choisi d'en présenter seulement quelques-unes afin de pouvoir les étudier plus en profondeur. Notre choix s'est fait en fonction de leur pertinence pour l'analyse des études de cas au chapitre 3. Nous évoquerons donc successivement les situations liées à la pauvreté, à la monoparentalité, à l'adolescence et à la toxicomanie. Dans cette section, nous nous préoccupons principalement de présenter les effets de ces facteurs de risque psychosociaux sur l'adaptation parentale en période périnatale.

### **1.3.2.1. La pauvreté**

Le statut économique d'une personne ou d'une famille est d'abord mesuré selon ses revenus, ce qui a conduit à l'établissement de seuils de faible revenu, dont le plus utilisé est celui de Statistique Canada (Martin et Boyer, 2000). En deçà des seuils de faible revenu, on parle de pauvreté en général, mais différents niveaux de pauvreté peuvent être distingués. Il y a les bas salariés que le revenu d'emploi maintient sous ou à peine au-dessus du seuil de la pauvreté et « qui ne bénéficient pas des programmes d'aide réservés aux prestataires de l'aide de dernier recours » (Valentini, Blanchard et Séguin, 1993, p. 31). On parle aussi de précarité « quand il y a absence d'une ou plusieurs des sécurités qui permettent aux personnes ou aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux » (Conseil économique et social, 1987, dans Ibid., p. 9). Ce sont des familles qui n'ont pas toujours connu la pauvreté, mais se trouvent présentement dans une situation économique précaire. Puis, « quand la précarité affecte plusieurs domaines de l'existence, lorsqu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante », on parle alors de grande pauvreté (Ibid.). Certains chercheurs ont établi le seuil de grande pauvreté à 60% du seuil d'insuffisance du revenu (Wilkins, 1985, dans Martin et Boyer, 2000, p. 9). Toutefois, la grande pauvreté n'est pas seulement définie par le niveau de revenu. Elle se caractérise « par l'ampleur, le cumul et la durée des problèmes » (Martin et Boyer, Ibid.). Elle est un véritable cercle vicieux de défavorisation<sup>31</sup>, de misère et d'exclusion sociale, qui souvent se transmet de génération en génération, comme a pu le décrire Jacques Bédard dans son fameux article sur la détresse sociale (Bédard, 1998). Ainsi, en général, la pauvreté n'affecte pas seulement les conditions matérielles de vie, mais également la place sociale de l'individu.

La pauvreté est une dimension sociale d'autant plus nécessaire d'aborder dans ce chapitre qu'une tendance à la féminisation et le rajeunissement des populations pauvres se confirme depuis les années '80 (Martin et Boyer, p. 10). La pauvreté affecte donc nombre de femmes enceintes. Au Québec, en 1991, une femme enceinte sur cinq avait un revenu inférieur au seuil de pauvreté et on estimait qu'environ la moitié d'entre elles vivaient en situation d'extrême pauvreté (Valentini, Blanchard et Séguin, 1993). C'était

---

<sup>31</sup> La défavorisation est définie comme un état de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient l'individu, la famille ou le groupe (Guillemette et Leclerc, 2008, p. 1).

toujours le cas en 2000 avec 20.8% de la population féminine qui se situe en deçà du seuil de faible revenu (Eco-Santé Québec, 2010).

Qu'en est-il alors de l'incidence de la pauvreté sur la période périnatale et l'adaptation parentale?

D'abord, regardons l'impact du statut socioéconomique sur la santé des mères et des nourrissons en période périnatale, notamment en ce qui concerne la fécondité et les risques de problèmes de santé physique chez le nourrisson. Les statistiques montrent de manière constante que la fécondité, c'est-à-dire le nombre moyen d'enfants par femme, augmente avec la défavorisation matérielle et sociale (Guillemette et Leclerc, 2008, p. 3). Même si chaque histoire individuelle ne peut être réduite à la généralisation, selon certains auteurs, un plus haut taux de fécondité observé chez les femmes de milieu défavorisé s'explique par « l'urgence de donner un sens à leur vie qui les amène à considérer la maternité comme le moyen par excellence de transcender le cycle de l'extrême pauvreté » (Martin et Boyer, 2000, p. 28). Ces auteurs ajoutent que « c'est aussi pour elles une chance unique de se donner une identité personnelle et sociale et d'élaborer une stratégie de changement dans leur vie » (Ibid.). Ensuite, la prématurité, le faible poids à la naissance<sup>32</sup> et le retard de croissance intra-utérine sont des indicateurs de périnatalité fréquemment utilisés pour évaluer les risques pour la santé des nouveau-nés (Guillemette et Leclerc, 2008, p.3). Selon les études sur le sujet, ces trois indicateurs sont intimement liés à la défavorisation matérielle et sociale (Ibid., p. 6). Les taux de prématurité et d'insuffisance de poids des nouveau-nés chez les femmes en situation de pauvreté sont de deux à trois fois plus élevés que ceux observés chez les femmes de milieu favorisé (Martin et Boyer, 2000, p. 25). Ces auteurs rappellent également que ces femmes sont sujettes à des conditions de vie et adoptent des habitudes de vie qui peuvent favoriser la prématurité et le faible poids de naissance de l'enfant. En effet, les stress physiques, psychologiques et financiers de la période prénatale que nous avons déjà identifiés plus haut dans ce chapitre, sont accentués par des conditions de vie défavorables. Comme nous l'avons déjà mentionné, des études montrent le lien entre un niveau de stress élevé et la prématurité. Une alimentation déficiente, pouvant causer des carences en fer<sup>33</sup>, et certaines habitudes de vie, comme le tabagisme<sup>34</sup>, ont aussi leur impact sur l'issue de la grossesse (Martin et Boyer, 2000). Enfin, les femmes enceintes en situation de pauvreté présentent plus souvent des problèmes de santé au cours de la grossesse que les autres femmes, en particulier en ce qui concerne l'hypertension gestationnelle, les infections et les menaces d'interruption de grossesse (Ibid., p.25). Martin et Boyer ajoutent que « ces femmes, qui sont le plus souvent de petite taille, sont nombreuses à vivre leur grossesse à un âge précoce et à avoir des grossesses nombreuses et rapprochées » (Ibid.).

Une conséquence majeure de ces phénomènes est l'hospitalisation plus répandue et répétée durant la première année de vie des enfants dont la mère vit dans des conditions matérielles et sociales plus défavorables. En effet, le taux de morbidité hospitalière (à moins d'un an) en soins physiques de courte durée augmente de façon

---

<sup>32</sup> On parle de petit poids quand le nouveau-né pèse moins de 2500g à la naissance.

<sup>33</sup> La prématurité est fortement associée à l'anémie ferriprive (Martin et Boyer, 2000, p. 26).

<sup>34</sup> Ironiquement, le tabagisme est « un moyen par excellence pour gérer le stress lié à la vie quotidienne et pour s'offrir un espace à soi, la cigarette est le plus souvent une véritable soupape » (Martin et Boyer, 2000, p. 30).

significative avec la défavorisation matérielle, soit un écart de 20% entre les plus favorisés et les plus défavorisés (Guillemette et Leclerc, 2008, p. 7). Selon d'autres études, les prématurés et nourrissons de petits poids issus de familles plus défavorisées auront des séjours hospitaliers trois fois plus longs pendant le premier mois de vie, plus d'hospitalisations à répétition, des perturbations du développement physique, intellectuel ou moteur, des troubles respiratoires, visuels, auditifs ou du langage (Valentini, Blanchard et Séguin, 1993). Ainsi, les enfants prématurés ou de petits poids qui naissent dans une famille plus défavorisée auront moins de chance d'avoir un développement normal que dans une famille plus favorisée (Martin et Boyer, p. 26). Martin et Boyer parlent alors d'un « double risque biologique et social » qui se fait « lourdement sentir sur la santé des enfants de milieu défavorisé » (Ibid.).

Regardons maintenant l'impact du statut économique sur l'adaptation parentale durant la période périnatale et sur le développement de l'enfant. Il faut d'abord noter que les conditions matérielles et sociales dans lesquelles vivent les familles en situation de pauvreté « ne paraissent pas des plus favorables pour accueillir un enfant » (Rocheleau et coll., 1989, p. 113). Pour ces familles, les conditions de vie matérielles sont souvent déplorable. Selon Martine et Boyer, « c'est d'abord vivre dans un état de privations multiples et répétées : avoir faim, habiter un logement insalubre à un coût inabordable, manquer d'un minimum de biens personnels (vêtements, par exemple) » (Martin et Boyer, 2000, p. 27). La question du logement est particulièrement déterminante. Il est vrai que les familles de milieux défavorisés vont avoir tendance à loger dans des quartiers où le prix des loyers est plus bas que la moyenne. Cependant, Rocheleau et ses collaboratrices font remarquer que « les hausses des dernières années obligent à affecter une part toujours plus grande du revenu au logement, dépense non compressible comme l'alimentation » et que le coût du logement a déjà été considéré « comme la première cause de la paupérisation des femmes cheffes de ménages du Centre-Sud de Montréal » (Rocheleau et coll., 1989, p. 113).

D'autres aspects caractérisent les conditions défavorables de vie. Notons, avec Martin et Boyer (2000), la densité d'occupation des logements et la promiscuité; la préoccupation constante des parents face au manque de revenus et la mobilisation continue de leurs énergies pour survivre; le peu de loisirs, à part la marche; et les difficultés d'accès à de la formation ou à des emplois prometteurs de changement. Ajoutons au sujet de ce dernier point que le faible niveau économique est souvent associé et entretenu par un faible niveau de scolarisation et un accès réel moindre à l'éducation – surtout à l'éducation supérieure « qui demeure encore une voie d'amélioration du statut socio-économique » (Rocheleau et coll., 1989, p. 114). Il faut également évoquer que ces milieux défavorisés vont connaître une plus grande proportion des problèmes psychosociaux suivants : la consommation de drogues, la prostitution des parents ou des enfants, violence, inceste, placements, etc. Il y a souvent transmission intergénérationnelle de ces problématiques qui ont pour effet de maintenir le cycle de la pauvreté (Ibid.).

Ces conditions, en partie ou en totalité, rendent l'adaptation parentale avec un nouveau-né plus difficile encore, même si elles ne peuvent être considérées comme les seules déterminantes. Alors que les parents de milieu défavorisé sont préoccupés principalement par les tâches de la survie de la famille, pour éviter de sombrer dans la

détresse totale, le nouveau-né souvent débute sa vie dans un environnement émotionnel et physique instable. Selon Rocheleau et ses collaboratrices,

On a déjà fait état de difficultés dans l'attachement (dues à des sentiments d'infériorité et de culpabilités entretenus par le vécu personnel et culturel, à des deuils non résolus, etc.), de difficultés à connaître ou à reconnaître les besoins de l'enfant, de réactions impulsives aux demandes de l'enfant (...), de manque de stimulation, sinon de négligence. (Ibid., p. 115)

Ainsi, dans les situations les plus graves, les besoins d'alimentation, mais aussi les besoins de présence et de stimulation de l'enfant ne seront pas satisfaits. On peut s'attendre à une plus grande fragilité chez l'enfant au niveau de retards du développement psychomoteur et du développement en général (Ibid.). Lorsque le réseau social fait défaut, notamment lorsque la famille élargie est peu fiable ou elle-même une source d'influences négatives, et lorsque le milieu familial est particulièrement désorganisé, on retrouve davantage de cas d'abus et de négligence envers les enfants (Boisvert et coll., 1990; Bouchard et coll., 1987, dans Martin et Boyer, 2000, p. 29). Enfin, il a aussi été observé que les femmes enceintes de milieu défavorisé n'utilisent pas au mieux les services de santé, même lorsqu'ils sont gratuits (Martin et Boyer, 2000, p. 1). Le recours aux services de soins de santé représente une « épreuve », car la rencontre est perçue comme menaçante « à cause des changements qui sont prescrits et des conséquences de la visite, puisque les conseils sont donnés sans que les moyens de les appliquer ne soient accessibles, ce qui constitue une source de stress supplémentaire entraînant crainte, culpabilité et découragement » (Martin et Boyer, 2000, p. 32). Certains auteurs font part de la peur ressentie par ces femmes que les professionnels les jugent « incapables de subvenir aux besoins matériels et affectifs de leurs enfants » – la rencontre entre une femme et une intervenante étant incontestablement marquée par le pouvoir ultime conféré à cette dernière de retirer certains enfants de leur famille. Ainsi, les femmes des milieux défavorisés utilisant moins souvent les services de soins que les autres femmes d'autres milieux, bénéficient par conséquent moins de l'aide que ces services pourraient leur procurer, à elles et leur enfant. En somme, selon Martin et Boyer, « les études et les avis arrivent à un constat central : les nourrissons et les enfants vivant dans l'extrême pauvreté partent avec une longueur de retard à la ligne de départ de la vie » (Martin et Boyer, 2000, p. 24).

Toutefois, notons que c'est surtout le cumul d'un certain nombre de facteurs qui détermine les risques que court un individu (Martin et Boyer, 2000, p. 24; Rocheleau et coll., 1989, p. 114). C'est sous l'effet de l'interaction et de l'enchaînement des facteurs que s'inscrit l'histoire des parents et de leurs enfants. En effet, la recherche met en évidence que « le cumul de situations défavorables, comme la fragilité psychologique, les mauvais traitements antérieurs, l'isolement social, l'absence de soutien et d'aide, la pauvreté, vient compliquer le processus d'attachement parents-enfant en créant des tensions qui diminuent la disponibilité du parent envers l'enfant » (Valentini, Blanchard et Séguin, 1993, p. 25). Cependant, les situations sont variables. Sans nier les difficultés associées à la situation de pauvreté, celle-ci « n'a pas les mêmes conséquences pour tous les enfants, ni pour tous les adultes, et que nombre de familles très pauvres réussissent, malgré la difficulté de leurs conditions de vie, à élever harmonieusement leurs enfants et à les conduire à un excellent état de santé physique et mentale » (Robichaud, et coll., 1994, dans Martin et Boyer, 2000, p. 24). Selon des études, la présence de facteurs de protection amoindrit les effets de la défavorisation : notons, entre autres, l'effet de

l'allaitement, du soutien des grands-parents ou le resserrement des liens intergénérationnels, la santé de la mère, la fréquentation d'un milieu de garde et la fratrie ainsi que maintes mesures de santé publique et de soutien social des mères et des familles (Guillemette et Leclerc, 2008, p. 9). Enfin, Martin et Boyer mettent en évidence le fait que ces familles, bien souvent, font preuve de beaucoup de « débrouillardise » et de courage pour faire face à leur quotidien écrasant (Martin et Boyer, 2000, p. 24).

### 1.3.2.2. La monoparentalité<sup>35</sup>

La monoparentalité signifie que la responsabilité de l'enfant repose seulement ou principalement sur une seule personne (Rocheleau et coll., 1989, p. 102). Cela signifie également que les autres responsabilités liées au fonctionnement de toute famille, comme le soutien financier et l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne, sont assumées principalement par la personne à la tête de la famille monoparentale. La transition vers le statut de parent, en particulier durant la période périnatale, comme nous l'avons déjà vu, est, en soi, génératrice de stress. Il a été démontré que le soutien du conjoint et d'autres personnes significatives ont un impact positif sur l'adaptation parentale des mères (Copeland, 2010, p. 132) et que le soutien social est modérateur de stress en général (Martin et Boyer, 2000, p. 29). Dans un contexte de monoparentalité, le soutien du conjoint faisant défaut, le niveau de stress vécu par la mère est potentiellement accru. Mais, la monoparentalité en est-elle pour autant associée à des risques de mésadaptation parentale?

Il est souvent présumé dans les hôpitaux et les cliniques de périnatalité que la monoparentalité représente, en soi, un facteur de risque nécessitant l'intervention d'un travailleur social, notamment de crainte que ce statut familial soit significatif de manque de soutien social (Akincigil, Munch et Niemczyk, 2010, p. 238). Toutefois, les recherches ne s'accordent pas sur ce point. Plusieurs études n'ont pu établir un lien direct entre le manque de soutien social et la structure familiale (Ibid.; Copeland, 2010; Nesto, 1994). Ainsi, selon Akincigil et ses collaborateurs, la monoparentalité « *by no means equates to lack of support or finances, and « married » status does not ensure a supportive, financially secure home environment* » (Ibid., p. 239). En revanche, d'autres études ont identifié que les mères monoparentales semblent plus vulnérables aux stress de la vie et sont plus sujettes au manque de soutien, de temps et de finances que les mères mariées (Mercer, 1995; Harrison et Magill-Evans, 1996; Cariney, Boyle, Offord et Racine, 2003, dans Copeland, 2010). Afin d'expliquer l'inconstance dans ces résultats, il a été remarqué que le choix des échantillons servant à l'analyse des recherches peut contribuer à établir un biais dans les résultats (Nesto, 1994). Selon B. Nesto, « *because studies of poor single, separated, or divorced women who are raising young children have concentrated on diagnostic indicators, such as anxiety and depression, or studied women who sought psychiatric treatment, such women have often been portrayed as being overwhelmed by harsh realities of their lives and as being extremely troubled* » (Nesto, 1994, p. 232). L'inconstance des résultats s'explique également par le fait que les mères monoparentales n'appartiennent pas à un groupe homogène. En effet, les raisons menant un certain nombre de femmes au statut de mère monoparentale sont très variables, allant du choix

---

<sup>35</sup> Dans cette section, nous aborderons seulement le sujet de la monoparentalité des femmes et nous ne parlerons pas des situations de garde partagée avec le père de l'enfant.



conscient d'avoir un enfant seule<sup>36</sup> à un choix « par défaut », du fait d'une séparation, par exemple. Ces raisons auront un impact sur le niveau d'acceptation de leur situation et de leur rôle de mère (Ben-Daniel, Rokach, Filtzer et Feldman, 2007; Davies et Rains, 1995). Une autre étude a aussi révélé des variations dans la perception des mères monoparentales de leur rôle, selon qu'elles travaillaient à temps plein ou à temps partiel, qu'elles étudiaient ou qu'elles étaient mères à temps plein (Wijnberg, 1998)<sup>37</sup>. Ainsi, à elle seule, la monoparentalité ne peut expliquer la présence de problèmes d'adaptation parentale chez les mères.

Ceci étant dit, il est statistiquement observé qu'en Amérique du Nord, les mères monoparentales tendent à être plus jeunes, moins économiquement stables et moins éduquées (Centers for Disease Control, 2006, dans Copeland, 2010). En effet, de nombreuses études révèlent que la concomitance du statut familial avec un faible statut économique rend la mère monoparentale particulièrement vulnérable, notamment au niveau de sa santé mentale et de son adaptation parentale (Koniak-Griffin et coll., 2002; Koniak-Griffin et coll., 2003; Logsdon, Birkimer et Usui, 2000, dans Keating-Lefler, et coll., 2004, p. 382). Du fait de leur statut économique, ces femmes risquent d'élever leurs enfants dans des circonstances moins favorables (Cairney, Bolye, Offord et Racine, 2003; Elder, Eccles, Ardel et Lord, 1995; Harrison et Magill-Evans, 1996; Mercer, 1995, dans Copeland, 2010, p. 140) et bénéficient de moins de soutien social, ressentent plus de détresse psychologique et éprouvent plus de difficultés à prendre soin de leurs enfants (Armstrong, Frase, Dadds et Morris, 1999; Wilson, Duggan et Joffe, 1999, dans Keating-Lefler et coll., 2004, p. 382). Selon R. Keating-Lefler et ses collaborateurs,

*These mothers seldom ask for assistance with psychological health and parenting issues and often are overlooked by the health care system, which results in health disparities for these mothers and their infants (Keller & McDade, 2000). Social support is a major strategy in adapting to parenthood, but single, low income mothers rarely seek and subsequently receive less social support than mothers who are married and are from higher socioeconomic backgrounds (Keller & McDade, 2000). In comparison to married mothers, single mothers are more socially isolated, receive less emotional and parental support, and have more unstable social networks (Bassuk, Browne, & Buckner, 1996). (Keating-Lefler et coll., 2004, p. 382)*

Une autre étude montre également que les mères monoparentales ont une estime d'elles-mêmes en tant que mère plus basse et un sentiment de maîtrise sur les événements de leur vie également plus bas (Copeland, 2010, p. 140). Selon cette auteur, « *these findings suggest that single mothers may experience less mastery and confidence in the maternal role, particularly when compared to older, better educated, and higher income married mothers* » (Ibid.). Enfin, il a été observé que les mères monoparentales étaient plus à risque de vivre une dépression puerpérale (Beck, 2001; Bryan et coll., 1999; Pfof et coll., 1990; Segré et coll., 2007; Webster et coll., 1994, dans Akincigil, 2010, p. 236). Un facteur risquant d'aggraver l'état émotionnel de la mère est la relation avec le père de l'enfant, quand celle-ci est décevante pour la mère, notamment en raison de son manque

---

<sup>36</sup> Ce choix est notamment facilité par le développement de techniques de fertilité, comme le don de sperme et la fertilisation *in vitro* (Ben-Daniel, 2007, p. 249).

<sup>37</sup> Selon Wijnberg, l'objectif de sa recherche était « *(to) understand the differences among these groupings of women and to avoid grouping all poor single mothers into a single stereotypical category* » (Wijnberg, 1998, p. 218).

d'engagement envers l'enfant, ou quand celle-ci est conflictuelle, comme dans les cas de violence conjugale (Akincigil, Ibid., p. 237).

Ainsi, l'ensemble des auteurs des recherches citées dans cette section souligne l'importance, de la part des professionnels de la santé et autres intervenants en période périnatale, de procéder à une évaluation des plus précises afin de pouvoir apporter l'aide nécessaire en fonction de la particularité de chacune des situations rencontrées.

### 1.3.2.3. La maternité à l'adolescence

Au Québec, le taux annuel moyen des grossesses adolescentes entre 1999 et 2003 était de 18.2 pour 1000 adolescentes, dans la catégorie des 14-17 ans, et de 66 pour les 18 et 19 ans (Éco-Santé Québec). Nombre de ces grossesses ne seront pas menées à terme. En effet, la plupart de ces grossesses n'étant pas planifiées, les adolescentes enceintes sont confrontées au choix de garder l'enfant ou non. Nombre d'entre elles vont recourir à l'avortement. Au Québec, dans la période de 1999-2003, 13.4 des 18.2 grossesses mentionnées ci-haut seront interrompues par une IVG et 0.6 seront l'objet d'un avortement spontané. Pour les 18-19 ans, 39.1 des 66 adolescentes interrompent volontairement leur grossesse et 2.5 d'entre elles avorteront spontanément. Les naissances totales de mères adolescentes québécoises de 14 à 19 ans sont donc en moyenne depuis quelques années de 28.8 pour 1000 adolescentes (Ibid.). C'est de celles qui choisissent de donner naissance à leur enfant dont nous allons principalement parler dans ce qui suit.

Plusieurs raisons ont été nommées pour expliquer le taux de grossesse à l'adolescence : le manque de connaissance ou la méconnaissance à propos de la conception; la honte ou la peur d'avouer une sexualité active; des relations sexuelles non planifiées; la difficulté de négocier les différents systèmes pour obtenir de la contraception; ou encore la croyance de l'adolescente en sa propre invulnérabilité (Adams et Kocik, 1997, p. 86; Hanna, 2001, p.102-103). Certains styles de vie semblent également prédisposer les adolescentes à devenir enceintes : « *from alcohol abuse and substance abuse to early sexual debut, depression or the experience of domestic violence and sexual abuse, or (...) from chaotic environments* » (Hanna, 2001, p. 102). Cependant, certains auteurs remarquent que, même si la plupart des grossesses ne sont pas consciemment planifiées et sont le résultat « d'un accident »<sup>38</sup>, elles tendent, en tout cas dans certaines situations, à ne pas être consciemment empêchées. En effet, alors que la période de l'adolescence se distingue par une recherche identitaire, la maternité confère aux adolescentes qui choisissent d'élever leur enfant une identité à part entière (Ibid.; Barratt et coll., 1996, p. 213). Ceci expliquerait, selon M. Barratt et ses collaboratrices, que dans leur étude, « *the adolescent mothers were developing a stronger purpose for living since the births of their infants and were experiencing greater enjoyment and a sense of well-being in their lives* » (Ibid.). Ceci a été également observé chez les mères adolescentes provenant d'un milieu défavorisé. Pour une majorité d'entre elles, il a été observé que la maternité était « *a response to a sense of alienation, isolation and a lack of future opportunities* » (Adams et Kocik, 1997, p. 87). À ce sujet, il a été également remarqué que « *in a nation where one's worth is judged primarily in three areas –*

---

<sup>38</sup> Dans les pays développés, 70 à 90% des grossesses adolescentes ne sont pas planifiées (Adams et Kocik, 1997; Hanna, 2001).

*school, work and family – it is not surprising that teenagers who cannot find a way to succeed in the first two areas find no reason to delay resorting to the third* » (The Children's Defense Fund, 1986, dans Ibid., p. 87). Notons aussi l'effet de la transmission intergénérationnelle. À ce sujet, il a été observé qu'un nombre significatif de mères adolescentes sont elles-mêmes nées quand leur propre mère était adolescente (Kahn et Anderson, 1992, dans Adams et Kocik, 1997, p. 91; Hanna, 2001, p. 102). Enfin, B. Hanna souligne que la grossesse d'une adolescente provenant d'un milieu peu aimant est aussi un moyen pour elle de créer sa propre famille et se trouver une source d'amour inconditionnel. Selon cette auteur, *« young women (...) from impoverished or difficult backgrounds who have experienced family breakdown may seek early parenthood as a way of creating love for themselves when their family rejects them »* (Hanna, 2001, p. 104). Ainsi, on ne peut ignorer les aspects affectifs et psychiques, conscients et inconscients, impliqués dans le fait de devenir enceinte sans le planifier. Pépin souligne, en ce sens, au sujet de jeunes femmes marquées par la carence et l'imaturité affectives que :

Concevoir un enfant est, pour ces jeunes femmes, d'une part, un projet conscient de se tirer des impasses relationnelles répétées, d'arrêter le cycle des ruptures et des rapprochements, de donner un sens et un centre à une vie dont les commandes leur ont toujours échappé; d'autre part, une tentative inconsciente de réparer par le bébé une enfance décevante et traumatisante, un moyen magique de se projeter dans cet être neuf et d'essayer à la fois de lui donner ce qu'elles n'ont pas reçu tout en se nourrissant à travers lui. C'est aussi une occasion, en accédant au statut de parent, d'obtenir une reconnaissance sociale de la part des autres adultes. (Pépin, 1996, p. 75)

La maternité à l'adolescence a des implications psychosociales qui peuvent accroître les difficultés dans la transition vers la maternité pour ces jeunes femmes. Il est généralement reconnu, dans la littérature traitant de la maternité à l'adolescence, que ces mères sont confrontées à deux phases développementales de leur vie qui ne sont pas nécessairement compatibles l'une avec l'autre (Barr et Monserrat, 1992; Hamburg; 1986; Sadler et Catrone, 1983, dans Adams et Kocik, 1997, p. 89). La jeune personne qui s'apprête à être mère est avant tout une adolescente. Son être est en processus de maturation à différents niveaux : elle passe d'un système de pensée opérationnel concret à un système de pensée opérationnel formel et elle commence à développer son identité en devenant plus autonome et indépendante de sa famille (Adams et Kocik, 1997, p. 89; Barratt et coll., 1996, p. 213). Cette période de vie est aussi propice à la recherche d'acceptation parmi ses pairs et à l'adoption de comportements narcissiques et égocentriques (Adams et Kocik, Ibid.). À l'inverse, le rôle de parent demande de se décentrer, d'être à l'écoute du besoin de l'enfant et d'y répondre avec sensibilité (Barratt et coll., 1996, p. 209). Selon Mercer (1985), la manière dont les femmes en général idéalisent leur rôle de mère est un indicateur de leur futur style de maternage. Mercer remarque que les adolescentes ont plus tendance que les femmes plus âgées à imaginer leur rôle en fonction de gestes pratiques, comme « garder l'enfant propre » et qu'elles ont moins tendance à s'imaginer dans une attitude affective comme « conforter et nourrir l'enfant » ou « jouer avec l'enfant ». Selon cette auteur, *« teenagers had different beliefs about ideal mothering behaviors, and these different beliefs may account in part for their less competent (mothering) behavior »* (Ibid., p. 202). Ceci concorde avec d'autres études qui soulignent que les adolescents n'ont pas encore développé des aptitudes matures de résolution de problème, comme la capacité de planifier, et cela peut les rendre intolérants

aux demandes des autres (Kriepe, 1983, dans Adams et Kocik, 1997, p. 94). Également, d'autres auteurs soulignent qu'un parent adolescent n'est ni encore capable de comprendre les besoins de l'enfant ni capable de faire appel à ses propres capacités pour répondre à ces besoins (Sadler et Catrone, 1983, dans Ibid.). Ainsi, dans le cas où l'enfant est né prématurément, « *this may be manifested in lack of vision (to the hospital) and not comprehending why their presence is being requested* » (Ibid.).

Ainsi, le choc entre les deux phases développementales que sont l'adolescence et la maternité est un facteur contribuant aux difficultés pouvant être vécues par une mère adolescente. Selon Adams et Kocik, la réalité d'être une jeune mère devient claire lorsque l'enfant à six mois. À ce stade, « *the tasks of mothering may be much more difficult than she anticipated and incompatible with her own adolescent needs* » (Adams et Kocik, 1997, p. 93). Lorsque l'enfant est prématuré<sup>39</sup>, il est peu probable que le parent adolescent vive la « lune de miel » qui est souvent vécue après la naissance. Dans ce cas,

*At best, their child's hospitalization can be a productive encounter for adolescent parents that assist their own developmental and maturational needs and enhances bonding with and learning about their child. At worst, the infant's hospitalization is the latest unfolding of a teenager's troubled, even tragic, life, with massive social pathology already being shifted to a new vulnerable infant.* (Adams et Kocik, 1997, p. 93)

Des recherches comparant les mères adolescentes avec les mères adultes montrent que les premières rapportent vivre plus de stress et de sentiments de tristesse et de perte de contrôle (McKenry, Kotch et Browne, 1991; Miller et Moore, 1991, dans Barratt et coll., 1996, p. 210). En plus, ces mères avaient plus tendance à rapporter « *psychological problems in the areas of interpersonal sensitivity, phobic anxiety, and paranoid ideation* » (Barratt et coll., 1996, p. 213). Les mères adolescentes semblent aussi plus sujettes à la dépression postpartum, avec des taux pouvant atteindre 50% (Logsdon, Birkimer, Simpson et Looney, 2005, dans Secco et coll., 2007, p. 47). En outre, selon Pépin, qui, rappelons-le, étudie le sujet de la carence et immaturité affectives chez les adolescentes en période périnatale,

Les troubles carenciels regroupent une cohorte de jeunes femmes ayant en commun une enfance vécue dans des conditions précaires, marquée de négligence, de violence physique et psychologique, d'abus sexuels, de désunion des familles d'origine, de placements multiples en familles ou en centres d'accueil. Pauvreté, promiscuité sexuelle, délinquance précoce, mode de vie marginal, toxicomanie et prostitution accompagnent souvent le tableau et prédisposent ces femmes à vivre des grossesses précoces et non planifiées (...). Tout semble ici se conjuguer pour augmenter les risques que se répète avec le bébé l'histoire de la patiente. (Pépin, 1996, p. 74)

Au niveau social, les implications ont déjà été également peintes de manière plutôt sombre. Selon Lockhart et Wodarski (1990),

*Adolescents who became pregnant are ensuring for themselves and their babies a future marked by truncated education, inadequate vocational training, poor work skills, economic dependency and poverty, large single parent households, and social isolation.* (dans Adams et Kocik, 1997, p. 88)

---

<sup>39</sup> Au niveau physique, les adolescentes enceintes sont plus sujettes aux problèmes de santé que nous avons déjà mentionnés : anémie, la prééclampsie, faible prise de poids pendant la grossesse, prématurité et le décès précoce de leur enfant (Nichols, 1991; Center for population options, 1991, dans Adams et Kocik, 1997, p. 88), avec les conséquences sur la mère et l'enfant que l'on connaît (voir Chapitre 1, section 1.3.1.).

Toutefois, ce tableau noir de la maternité à l'adolescence, même s'il peut décrire la réalité de nombreuses mères, est à nuancer au travers d'études qui montrent qu'un certain nombre de mères adolescentes parviennent à dépasser ces désavantages. Plusieurs facteurs sont en jeu, comme le statut social, le soutien social et l'estime de soi (Secco et coll., 2007, p. 47-48). Adams et Kocik soulignent également que le niveau d'éducation de la mère adolescente, avant ou après la naissance, reste un facteur fiable de prédiction de son avenir. Plus elle est scolarisée, plus la jeune mère réussira à dépasser les désavantages sociaux de sa maternité (Adams et Kocik, Ibid., p. 89). Il a aussi été observé que les mères adolescentes dont leur propre mère était plus éduquée rapportaient davantage de sentiments de bien-être (Barratts et coll., 1996, p. 213). Un autre facteur déterminant est le soutien apporté par un membre de la famille ou le père de l'enfant. Leur soutien aura un effet positif sur la mère. Cependant, la grossesse de l'adolescente peut raviver les conflits familiaux et le contexte peut être défavorable pour la jeune mère. En somme, selon Adams et Kocik, « *when addressing the social implications of adolescent childbearing, it is difficult to isolate pregnancy from other aspects of the adolescent's life* » (Adams et Kocik, 1997, p. 89). Au niveau de l'intervention psychosociale, la qualité et la pertinence de l'aide apportée dépendront de la bonne compréhension des problématiques particulières de la jeune mère.

#### **1.3.2.4. La toxicomanie et la maternité**

La consommation d'alcool et de drogues chez les mères attire d'autant plus l'attention des professionnels de la santé, les services de prévention et de protection de l'enfance qu'elle affecte autant la mère que le fœtus et le nouveau-né. Pour rendre compte des problématiques sous-jacentes à la période périnatale, deux périodes peuvent être schématiquement distinguées : la grossesse et après l'accouchement.

Durant la période de gestation, la consommation d'alcool et de drogues de la femme enceinte peut provoquer, au niveau physiologique, des complications obstétricales adverses, comme « *spontaneous abortion, placenta abruptio, amnionitis, chorioamnionitis, breech presentation, gestational diabetes, intrauterine death, placenta insufficiency, postpartum hemorrhage, eclampsia, preeclampsia, premature labor, premature rupture of membranes and septic thrombophlebitis* » (Miller et Hyatt, 1992, dans Cook, 1997, p. 66). De plus, il a été observé que les femmes enceintes toxicomanes ont une pauvre nutrition. La capacité de la mère toxicomane à se nourrir convenablement est inhibée doublement par l'effet direct des drogues, qui réduisent l'appétit et détériorent le fonctionnement métabolique de l'organisme, et par l'effet indirect de l'association fréquente de la consommation avec un style de vie de « *self-neglect, including poor diet* » (Sparey et Walkinshaw, 1995, dans Sun, 2004, p. 384). La consommation de la mère peut également s'accompagner de « *poor judgement, sleep deprivation and inadequate health care and housing* » (Cook, 1997, p. 66). En outre, on sait aujourd'hui que la consommation n'affecte pas seulement la mère, mais aussi l'enfant à naître, puisque le placenta n'est pas une barrière protectrice au passage des substances abusives vers le fœtus (Lynch et McKeon, 1990, dans Cook, Ibid., p. 67). L'alcool et drogues que consomme la mère toxicomane exposent le fœtus, malgré lui, aux effets de la consommation de ces substances. Le fœtus est d'autant plus affecté et vulnérable à cette exposition que « *(his) tissue is more sensitive to drugs and (he) has not developed the*

*enzyme systems to metabolize drugs* » (Geller, 1991, dans Sun, 2004, p. 384). Selon diverses études, l'exposition du fœtus à l'alcool et aux drogues peut lui causer des dommages à court et long termes autant au niveau physique, cognitif que comportemental (Little et Yonkers, 2001; Streissguth, 1997; Van Beveren, Little et Spence, 2000, dans Sun, Ibid.). Enfin, notons que la consommation de la mère est associée au risque de contracter des maladies sexuellement transmissibles, ce qui peut créer « *spontaneous abortion, premature birth, or intrapartum infections such as purulent conjunctivitis in the baby's eyes* » (Sun, Ibid., p. 385). Si la mère est séropositive, le risque est accru que l'enfant le devienne également, soit par transmission *in utero*, soit par l'allaitement.

Selon certains auteurs, cependant, il est important de nuancer l'effet des drogues sur le fœtus. Selon Pépin,

S'il ne fait aucun doute que l'abus de substances chez la future mère représente un facteur de risque important pour le bébé à venir et qu'on doit y porter la plus grande attention, il faut pourtant éviter de mettre tous les toxicomanes dans le même sac. (...) On n'approchera pas de la même manière celle qui abuse de l'alcool en début de grossesse, celle qui consomme deux grammes de cocaïne au cours d'une fin de semaine du deuxième trimestre et celle accrochée à l'héroïne au moment d'accoucher. (Pépin, 1996, p. 80)

En effet, selon certaines études, le concept de « *critical periods* » suggère que « *first-trimester drug exposure may cause congenital anomalies, whereas exposure during the second or third trimester may affect growth* » (Coles, 1994; Little et Gilstrap, 1998, dans Sun, 2004, p. 384). En outre, dépendamment du type de drogue, de la fréquence et du moment de la grossesse et même selon la susceptibilité génétique du fœtus, celui-ci montrera à la naissance des symptômes sévères, moyens ou nuls (Sun, Ibid., p. 384). Si une partie de ces nouveau-nés (18%) vont nécessiter des soins intensifs à la naissance, pour une grande majorité d'entre eux, l'effet de l'exposition aux drogues *in utero* sera plus subtil : ils auront l'apparence d'un nouveau-né en santé ou démontreront des problèmes développementaux mineurs (Cook, 1997, p. 67). Notons enfin que l'alternative à la consommation d'alcool et de drogues durant la grossesse n'est pas nécessairement l'abstinence. Même devant le potentiel de dommage dont peut souffrir le fœtus, la détoxification de la mère pendant la grossesse est à considérer avec prudence. L'arrêt de certaines drogues et les symptômes de retrait qui en résultent peuvent affecter la santé du fœtus et même mettre sa vie en danger (Sun, 2004, p. 384). Selon des études, « *maternal detox may be harmful, causing placenta vasoconstriction with increased rates of abruption or placental insufficiency leading to death or poor growth of fœtus* » (Hepburn, 1993, dans Ibid.)

À la naissance, les complications médicales associées à la consommation de substances abusives sont les suivantes : *respiratory distress syndrome, intrauterine growth retardation, autoimmune deficiency syndrome (AIDS), neonatal abstinence syndrome, hypocalcemia, intercranial hemorrhage, meconium aspiration, pneumonia, septicemia, hypoglycemia and hyperbilirubinemia* (Miller et Hyatt, 1992, dans Cook, 1997, p. 67). Après l'accouchement, le fœtus dont la mère a consommé pendant la grossesse peut développer des symptômes de retrait dans les 72 heures qui suivent l'accouchement. Les symptômes impliquent différents systèmes du corps : le système nerveux (tremblements, irritabilité, succion anormale), le système automatique (étternuements ou bâillements), le système digestif (diarrhée et vomissements), le système respiratoire (apnée du nouveau-né) (Sun, 2004, p. 384). Il est fréquent que la mère

interprète les comportements de son enfant comme des signes de rejet, alors que les comportements du bébé sont liés au phénomène du retrait (Ibid.). En effet, les enfants souffrant de retrait peuvent être « *irritable, hypo- ou hypersensitive to stimuli, sleep-disturbed, resistant to cuddling and prone to high-pitched screaming* » (Cook, 1997, p. 67). Les parents de ces enfants peuvent ressentir de la difficulté à gérer ces comportements et la persistance du phénomène peut rendre encore plus ardue pour les parents la tâche de créer un lien positif avec l'enfant (Ibid.).

On se rend compte à ce stade que la qualité de l'environnement postnatal contribuera à exacerber ou à réduire les problèmes existants et influencer la capacité d'attachement. En effet, les problèmes développementaux, dont on attribue en partie la cause à la consommation de la mère pendant qu'elle était enceinte, sont sans doute également liés aux facteurs environnementaux postnatals. Certains auteurs ont parlé de « *double jeopardy* » quand les enfants avaient été affectés *in utero* et vivaient dans un environnement de pauvre qualité (Parker et coll., 1988, dans Sun, 2004, p. 385). L'environnement postnatal inclut le contexte familial (par exemple, les interactions parent-enfant, la stabilité mentale des parents, la consommation des parents et violence conjugale) et le contexte de pauvreté (par exemple, les problèmes liés à la nutrition, au logement, l'accès aux services de santé, la présence de violence dans la communauté) (Sun, Ibid.). L'environnement postnatal sera également affecté par « *lower education, inadequate vocational training, lack of life skills and other resources, and child care needs* » (Yaffe, Jenson et Howard, 1995, dans Sun, Ibid., p. 386). Le soutien social détermine également la qualité de l'environnement postnatal. Or, les femmes consommatrices reçoivent moins de soutien que les femmes non consommatrices. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette tendance : la consommation peut les avoir éloignées d'un milieu social et familial non consommateur et les femmes consommatrices sont moins portées à demander de l'aide à leur famille ou amis (Sun, Ibid., p. 388). La dépression de la mère semble aussi être une caractéristique possible de l'environnement postnatal de l'enfant, puisque les mères consommatrices ayant des enfants de moins de 18 ans sont entre trois et quatre fois plus sujettes à la dépression, l'anxiété, l'agoraphobie ou des attaques de panique que les mères qui ne consomment pas (Ibid., p. 389). Enfin, la consommation des parents pose un risque accru que l'enfant subisse un abus ou souffre de négligence, tant au niveau de ses besoins physiques qu'au niveau de l'attention, l'interaction et la stimulation (Cook, 1997, p. 67). Selon C. Cook, « *in the worst case scenario, the infant is at risk for abuse, neglect, passive exposure to illicit drugs, and the chaos associated with drug use and community violence* » (Ibid.). L'influence du passé de la mère ne peut être ignorée à ce sujet, puisque des taux élevés d'abus sexuel et physique ont été remarqués durant l'enfance des femmes consommatrices (McCauley et coll., 1997; Wilsnack, Vogeltanz, Klassen et Harris, 1997, dans Sun, 2004, p. 389).

Malgré les recherches sur les facteurs déterminants du développement de l'enfant exposé *in utero*, il est difficile de savoir, entre la consommation *in utero* et l'environnement postnatal, quel est le facteur qui a le plus d'influence sur le développement futur de l'enfant. Il peut sûrement être affirmé que chaque situation est particulière et est le résultat d'une combinaison de facteurs. Notons toutefois l'effet possible d'un environnement postnatal adéquat sur le développement de l'enfant, selon deux études :

*Howard (1995) found that in utero drug-exposed toddlers with caring environments performed better than those without caring environments, although the former did not*

*perform as well as nondrug-exposed, preterm toddlers. She inferred that both biological and environmental factors were important. Comparing children of untreated mothers using heroin, mothers receiving methadone, and a nonusing group, Lifschitz and colleagues (1985) found that maternal narcotic use did not predict a child's intellectual performance; rather, the « amount of prenatal care », « prenatal risk score », and « home environment » did. (Sun, 2004, p. 385)*

Ces deux études mettent donc de l'avant l'importance de la qualité de l'environnement postnatal sur le développement de l'enfant exposé aux substances abusives in utero.

Il nous semble également important de souligner les particularités du processus d'adaptation parentale des mères toxicomanes vers la maternité. Dans ce chapitre, nous avons déjà fait mention de possibles conflits d'identité au moment de la période périnatale : conflit femme sans enfant/femme avec enfant, conflit femme de carrière/mère à la maison, conflit adolescence/maternité. Les mères consommatrices font également face à un conflit qui confronte deux identités *a priori* difficilement réconciliables : toxicomanie et maternité. Le processus d'adaptation parentale des mères toxicomanes a fait l'objet d'une récente étude dont nous en présentons les principaux arguments dans ce qui suit. Les auteurs de cette étude, M. Venne et P. Morissette, distinguent quatre étapes dans le processus de transition de consommatrice active à mère : l'annonce de la grossesse, la grossesse, de la naissance à trois mois, et de 3 à 12 mois.

À la première étape, c'est-à-dire à l'annonce de la grossesse, les mères toxicomanes se trouvent devant « un choix à faire : garder l'enfant ou se faire avorter, car souvent la venue d'un enfant n'a pas été planifiée ou encore la relation avec le père s'avère trop fragile » (Venne et Morissette, 2009, p. 52). Ce choix est l'expression de la crise identitaire caractéristique de cette première étape. Pour plusieurs, il est intéressant de noter que devenir mère devient la seule identité positive qu'elles n'ont jamais eue jusqu'à présent (Ibid., p. 55). En effet, la grossesse peut leur donner une raison de mobiliser leurs énergies pour réorienter leur vie et s'investir dans un rôle valorisant (Ibid.). Ainsi, selon Venne et Morissette, « l'annonce de la grossesse peut créer une ouverture vers un changement identitaire » (Ibid., p. 52). L'annonce de la grossesse peut se faire quelques semaines, voire quelques mois après la conception : le fait qu'elle ne soit pas planifiée et l'irrégularité des menstruations causée par la consommation peut en effet créer un délai avant que la femme sache qu'elle est enceinte. Cette femme peut alors ressentir la honte, la peur et les remords d'avoir consommé (De Koninck, Guyon et Morissette, 2003, dans Ibid.; Sun, 2004, p. 387). Toutefois, l'annonce de la grossesse ne suffit pas à inciter la mère toxicomane à arrêter sa consommation. Plusieurs facteurs inhibiteurs ont été identifiés : la chronicité du problème de consommation, le style de vie souvent associé à la grande pauvreté, la consommation du partenaire ou la rupture avec les membres consommateurs de la famille que l'arrêt de la consommation impliquerait (Venne et Morissette, 2009, p. 53). En fait, il est important de souligner que la toxicomanie a un rythme d'évolution différent de celui de la maternité et que l'annonce de la grossesse, aussi confrontante soit-elle, « ne fait pas en sorte que le plaisir de consommer s'estompe comme par magie » (Ibid., p. 55).

La seconde étape, c'est-à-dire, les mois de grossesse, se caractérise par un tiraillement identitaire chez la femme enceinte consommatrice entre l'identité de mère, perçue comme positive et répondant aux exigences sociales associées à l'idéal de mère, et à l'identité de consommatrice, perçue comme négative. En effet, la mère consommatrice peut se percevoir comme « une mauvaise mère » sous l'effet des préjugés de l'opinion



publique, mais aussi des professionnels de la santé. Selon Pépin, « le monde médical n'échappe pas aux préjugés de la société qui le définit et l'étiquette de toxicomane conserve pour beaucoup de professionnels de la santé une connotation de déchéance, de complaisance morbide, de dégradation morale qui justifie l'exclusion, la démission, la méfiance qu'on affiche à l'égard de ceux et celles qui la portent » (Pépin, 1996, p. 80).

Le conflit entre le désir d'être mère et leur habitude de consommation est exacerbé par la peur de perdre la garde de l'enfant par l'intervention des services de protection de l'enfance, une peur qui accompagne les mères consommatrices tout au long de leur grossesse. Cette peur peut motiver ces mères à consulter les professionnels de la santé pour le suivi prénatal le plus tard possible ou même pas du tout (Kukko et Halmesmäki, 1999, dans Venne et Morissette, 2009, p. 53). En lien avec cette peur, « la dénégation de la grossesse (phénomène conscient) ou son déni (phénomène inconscient) sont d'autres stratégies observées » (Venne et Morissette, *Ibid.*, p. 56). La peur ressentie par la mère toxicomane peut aussi être liée au fait de passer d'une réalité connue à une réalité inconnue (Mercer, 2004). La recherche d'un modèle de maternité peut aider la mère dans ce cheminement et sera d'autant plus importante par la suite que l'une des variables prédictives de l'attachement à la période post-partum est l'attachement fœtal (*Ibid.*). L'attachement, comme nous l'avons déjà vu, passe notamment par un processus d'identification au rôle de mère. L'identification des mères toxicomanes à leur propre mère jouera un rôle important dans l'issue de ce processus. Il est donc fréquent de voir ces mères se rapprocher de la future grand-mère (Venne et Morissette, 2009, p. 54). Toutefois, la qualité de la relation mère-fille variera selon les situations. Souvent, selon Venne et Morissette, « l'historique des liens entre ces femmes et leur mère révèle des blessures qui compromettent la qualité et la continuité de cet engagement » (*Ibid.*, p. 62). À ce stade, donc, les comportements des mères face à leur consommation vont être un indicateur de leur ouverture au changement. Certaines vont continuer leurs habitudes de consommation. Dans ce cas, comme le suggèrent Kroll et Taylor (2003), si le principal attachement du parent est à la substance, cela peut avoir un effet négatif sur ses capacités à s'attacher à l'enfant (dans Venne et Morissette, 2009, p. 53). En revanche, toutes sortes de stratégies de réduction des méfaits ont été observées : ces mères « substituent un produit par un autre, perçu comme moins nocif, elles choisissent des moments de la journée ou de la semaine où elles ne consomment pas (Boyd, 1999; Kearny, Murphy, Irwin et Rosenbaum, 1994), elles diminuent leur dose de méthadone pour atténuer les éventuels symptômes néonataux » (Venne et Morissette, 2009, p. 58). Ces stratégies sont le reflet que les préoccupations de la mère pour son enfant se traduisent dans l'agir et que l'identité maternelle de cette mère se développe.

La troisième étape, c'est-à-dire de la naissance aux trois mois du nourrisson, constitue une autre étape charnière dans le processus de changement identitaire. La présence du bébé ancre l'identité de mère dans la réalité : « les besoins du nouveau-né interpellent celle-ci et la pressent d'assumer son rôle maternel » (*Ibid.*, p. 59). Toutefois, c'est la capacité de la mère à s'investir dans les soins de l'enfant qui permet la poursuite du changement identitaire (*Ibid.*, p. 61). Le soutien de l'entourage les jours suivants la naissance et par la suite, qu'il s'agisse du personnel hospitalier, de sa propre famille ou de ses pairs, semble primordial à l'appropriation du nouveau rôle (*Ibid.*, p. 59, 61). La qualité de ce soutien aidera à faire contrepoids à la faible estime de soi fréquente chez ces mères et à augmenter leur sentiment de compétence (Sun, 2004, p. 387). Cette période est

également marquée par les risques de rechute, malgré de bonnes intentions (Venne et Morissette, 2009, p. 62). Les rechutes s'accompagnent d'une grande culpabilité et rappellent à la mère que « le seul fait d'avoir un enfant ne résout pas leur problème (de consommation) » (Ibid.). Selon Venne et Morissette, ces rechutes peuvent être considérées comme des occasions d'apprentissage et « le plaisir qui découle de l'investissement maternel paraît ici un élément clé pour se distancer de la consommation » (Ibid.).

À la dernière étape, c'est-à-dire de 3 à 12 mois, l'écart entre les deux identités s'amenuise ou se creuse. Malgré les obstacles, la majorité des mères choisissent de continuer à s'investir dans leur rôle, ce qui les incite à se faire une nouvelle vie et maintenir le cap (Ibid., p. 63). D'autres femmes maintiendront leurs habitudes de consommation. Plusieurs facteurs sont à considérer pour expliquer ce maintien :

- Le temps que ces femmes ont vécu dans la marginalité et l'existence de certaines réalités de leur enfance, tels les abus sexuels et physiques (Ibid., p. 64; Sun, 2004, p. 389);
- Le type de produit consommé, les caractéristiques des drogues, le moment et la fréquence de consommation (Cook, 1997, p. 67);
- Le manque de connaissance sur le développement de l'enfant et les attentes irréalistes qu'elles entretiennent à l'égard de l'enfant (Venne et Morissette, 2009, p. 64);
- L'irritabilité du nourrisson, causé par son exposition aux drogues *in utero*, cause à son tour un stress chez la mère qui se tourne vers la consommation pour apaiser ses angoisses (Ibid.);
- Une psychopathologie, comme la dépression (Sun, 2004, p. 389), la violence conjugale, les conditions socio-économiques défavorables ont un effet négatif sur le niveau de détresse de la mère et sa consommation (Venne et Morissette, 2009, p. 64).
- Le retrait de l'enfant.

Plusieurs perdront la garde de leur enfant. Selon Venne et Morissette, « il est connu que l'abus maternel de substances est un élément déterminant de l'entrée d'un enfant dans le système de protection (Suchman, Pajulo, DeCoste et Mayes, 2006) et le cumul des problèmes ne peut qu'y contribuer », même si nous l'avons vu, la toxicomanie n'est pas nécessairement synonyme de parentage abusif ou négligent. En effet, pour reprendre les mots de Cook, « *although no one suggests that drug use or abuse contributes to positive parenting, it may not be appropriate to assume a mother will be a poor parent based on one factor* » (Cook, 1997, p. 74).

Au terme de cette section sur les facteurs psychosociaux pouvant faire obstacle à l'adaptation parentale durant la période périnatale, nous pouvons reprendre l'idée de Cook, précédemment citée : les difficultés des parents sont rarement la cause d'un seul facteur. Nous l'avons vu, qu'il s'agisse de pauvreté, de monoparentalité, de maternité à l'adolescence et de toxicomanie, c'est l'intensité et la combinaison des facteurs de risque qui compromettent le processus d'adaptation parentale. Ces facteurs sont variables : ils vont des capacités personnelles des personnes, aux événements traumatiques de leur histoire personnelle, aux conflits identitaires qu'éveille la maternité, à leurs habitudes de vie, à leur isolement social, à la dureté de leurs conditions d'existence, jusqu'aux

mécanismes sociaux d'exclusion. En présence de ces facteurs combinés au moment de la période périnatale, les parents, à des degrés divers, parviennent difficilement à accomplir leur rôle et à offrir l'affectivité et la sécurité nécessaires pour le bon développement de leur enfant. Dans le pire des cas, les acteurs de la dyade parent/enfant en sont dramatiquement affectés. En effet, les conséquences d'une combinaison nuisible de facteurs de risque peuvent aller jusqu'à la dépression post-partum chez la mère et jusqu'à l'abus ou la négligence de l'enfant (Wilson, 1996). Afin de limiter l'actualisation de ces risques, une évaluation périnatale de la situation psychosociale des mères s'impose afin de maximiser les possibilités d'intervenir en amont (Haglund, 1998). Intervenir auprès de ces clientèles nécessite donc de pouvoir appréhender les particularités de chaque situation pour identifier les besoins singuliers de chacune des personnes concernées.

Pour terminer ce chapitre sur les enjeux psychosociaux de la période périnatale, réaffirmons, avec l'ensemble des auteurs que nous avons cités, que cette période se distingue par son effet décisif sur le développement humain. Premièrement, elle est essentielle pour la personne qui devient parent. Certains psychanalystes ont parlé de phase maturationnelle contribuant à la formation de la personne, autant que l'adolescence peut le faire. Cette phase se traduit par un remaniement psychique qui permet à la mère de se préparer à son nouveau rôle. La période périnatale est aussi une opportunité pour elle de revisiter et dépasser les conflits psychiques restés non résolus dans son inconscient. Au niveau psychologique, la période périnatale confronte la mère dans des choix identitaires. La survenue de la maternité amène souvent la mère à vivre des conflits entre son identité antérieure et sa nouvelle identité de mère. Plus les deux identités s'opposent, plus la réconciliation sera difficile et plus la période sera vécue sous le signe du stress et de l'anxiété. Dans ces cas, la vulnérabilité qui caractérise la période périnatale peut se transformer en crise (Lederman, 1996). De la résolution de ce conflit, dépendra la capacité de la mère à s'identifier et s'adapter à son nouveau rôle. Nous avons également vu l'impact des complications d'ordre physiologique et de certaines conditions psychosociales difficiles sur l'adaptation parentale. Si, déjà, pour une population dont les circonstances de vie s'inscrivent dans le cadre de la normalité (définie socialement et culturellement, bien entendu), la période périnatale met les parents, à des degrés variés, dans une position de vulnérabilité, des conditions de vie défavorables ne font qu'accentuer la précarité de cette période. Comme nous l'avons vu, des circonstances adverses peuvent compromettre le processus d'adaptation parentale pouvant aller jusqu'à l'incapacité du parent à remplir son rôle. Il nous semble cependant important de souligner que, si des conditions de vie adverses sont souvent associées à des épisodes de mésadaptation parentale, « association » ne signifie pas « causalité » (Wilson, 1996). En effet, la présence de facteurs de protection, allant de la personnalité des personnes aux atouts de leur milieu social, permet de faire contrepoids à des circonstances qui, à premier abord, auraient pu revêtir un caractère déterministe. En outre, il a été souligné que le désir de maternité, quand il est habité par la femme procréatrice, est une force en soi que l'on ne peut ignorer. Deuxièmement, si la période périnatale est essentielle pour la personne qui devient parent, elle l'est également pour l'enfant en devenir. Nous avons pu voir au travers de ce chapitre l'importance que revêt la qualité de la relation parent/enfant sur le développement futur de l'enfant, et ce, quelque soit l'état de santé de l'enfant. Même s'il est probablement exagéré d'attribuer un effet déterministe de la période périnatale sur le

développement de l'enfant, cette période est néanmoins déterminante. La recherche scientifique et l'apport du savoir expérimental des praticiens s'accordent de plus en plus pour affirmer que, dès la conception, l'état émotionnel de la mère et ses habitudes de vie ont un impact sur le développement de l'enfant à court et moyen terme, tant au niveau physiologique, qu'émotionnel et cognitif que social. Intervenir en périnatalité, c'est alors intervenir pour aider le parent dans son adaptation parentale. C'est aussi agir de manière préventive, puisqu'aider le parent, c'est aussi aider l'enfant à un moment crucial de son développement. Comment intervenir auprès des parents et de leur enfant, alors qu'ils font séjour à l'hôpital, est le sujet du prochain chapitre.



## **CHAPITRE 2**

### **L'intervention périnatale des travailleurs sociaux en milieu hospitalier**



Comprendre la pratique des travailleurs sociaux en périnatalité en milieu hospitalier, c'est d'abord saisir la particularité du travail social dans cette institution à vocation médicale. Comme l'hôpital fait partie d'un système de santé comprenant divers dispensateurs de services, c'est aussi saisir quel est son rôle dans la chaîne des services en périnatalité offerts aujourd'hui au Québec. La pratique du travailleur social de l'hôpital, spécialisé en périnatalité, se trouve donc à la croisée de deux champs d'intervention, que sont l'intervention psychosociale en milieu hospitalier et l'intervention en matière de périnatalité. Dans une première section, nous aborderons la particularité du travail social en milieu hospitalier, quelles que soient les spécialités. Nous proposerons un bref retour historique sur l'implantation de la profession en centre hospitalier en Amérique du Nord. Puis, nous élaborerons sur la spécificité des fonctions du travailleur social telles que conçues aujourd'hui. Enfin, nous ferons état de l'impact des récentes restructurations dans l'organisation du système de la santé sur la pratique du service social en milieu hospitalier. Dans une deuxième section, nous aborderons le thème de la périnatalité au Québec. Nous étudierons certains documents administratifs, parus depuis les années '70, qui nous permettront de mieux comprendre comment le champ de la périnatalité s'est construit au travers des années au Québec et est devenu ce qu'il est aujourd'hui. Cela permettra aussi de mieux saisir la place du travailleur social hospitalier dans l'ensemble des services offerts en périnatalité. Enfin, dans une troisième section, nous parlerons spécifiquement de la particularité de la pratique des travailleurs sociaux en milieu hospitalier, spécialisés en périnatalité. Nous ferons état des divers rôles que ces professionnels sont traditionnellement appelés à remplir dans les départements d'obstétrique et de néonatalogie. Puis, nous mentionnerons les défis auxquels ils sont confrontés aujourd'hui en raison de certains changements récents dans la gestion de services hospitaliers, dont notamment la réduction des durées d'hospitalisation. Enfin, nous présenterons les grandes lignes de l'intervention périnatale au CHU Sainte-Justine afin d'illustrer certaines forces et limites de cette pratique aujourd'hui.

## **2.1. Le rôle du travailleur social en milieu hospitalier**

Deux aspects fondamentaux de la pratique des travailleurs sociaux en milieu hospitalier sont le travail d'intervention effectué au sein de l'hôpital ainsi que le travail de liaison avec les autres institutions dispensatrices de services de santé. Pour mieux saisir le mandat du travailleur social de l'hôpital, il nous paraît donc important de clarifier, d'une part, sa place parmi les professionnels de la santé exerçant en ce lieu et, d'autre part, sa place parmi ses collègues et autres professionnels du réseau de la santé au Québec. Dans cette section, nous nous interrogerons d'abord sur l'identité professionnelle du travailleur social en milieu hospitalier et des problématiques inhérentes à l'exercice de cette profession dans ce lieu de pratique. Pour se faire, il nous semble nécessaire de revenir brièvement sur l'historique de l'implantation de cette profession en milieu hospitalier et d'en dégager les aspects qui teintent le travail des intervenants sociaux encore aujourd'hui. Puis nous tenterons de dégager les rôles et fonctions traditionnels du travailleur social hospitalier en s'appuyant sur les directives de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec. Enfin, nous présenterons comment l'actuelle organisation des centres hospitaliers et des services de santé au Québec encadre, facilite ou limite l'exercice du travail social à l'hôpital.



## 2.1.1. L'implantation de la profession de travailleur social en milieu hospitalier, une histoire qui perdure

### 2.1.1.1. Les pionniers du travail social médical<sup>40</sup>

En Amérique du Nord, les premières travailleuses sociales exerçant en milieu hospitalier sont apparues il y a environ un siècle. L'entrée de la profession en milieu hospitalier a eu pour origine le *mental hygiene movement* qui émergea au début du XXe siècle suite à la révélation de traitements brutaux à l'encontre de patients internés en psychiatrie. Plusieurs travailleuses sociales se sont impliquées dans ce mouvement et ont plaidé pour une approche plus humaine de traitement des patients en psychiatrie (Berthiaume, 2009). En outre, l'influence de Richard Cabot (1868-1939), alors médecin au *Massachusetts General Hospital* à Boston et professeur de médecine clinique à l'Université de Harvard, a permis, pour la première fois, l'intégration d'une travailleuse sociale au sein de son équipe en 1905 (Ibid.; Béliveau et Hébert, 1996). Cet homme, à la pensée avant-gardiste, avait constaté l'influence du milieu social et du facteur émotionnel sur le patient et plaidait pour une médecine sociale et préventive. Selon lui, le travail social était complémentaire au travail des médecins et la travailleuse sociale qui oeuvrait à ses côtés l'aidait autant dans le traitement que dans l'établissement du diagnostic des patients qui nécessitaient un suivi (Ibid.). L'une des tâches principales de la travailleuse sociale était également de se positionner comme médiatrice entre l'hôpital, la famille du patient et les autres institutions sociales et sanitaires – un rôle qui est toujours prévalent en travail social hospitalier aujourd'hui (Ibid.).

Cependant, Cabot faisait cavalier seul parmi les médecins de son époque et les travailleuses sociales recevaient généralement peu de reconnaissance de la part de la profession médicale. Ainsi, représentatif de la pensée dominante de l'époque, Abraham Flexner, médecin et personnalité marquante, estimait, selon la paraphrase de Jean-François Berthiaume, que « les travailleuses sociales ne possèdent pas d'habiletés spécifiques, ne pourront jamais devenir de vraies professionnelles et que le travail social ne deviendra jamais une vraie profession » (Ibid., p. 91). Les premières travailleuses sociales en milieu hospitalier ont ainsi subi le même sort que leurs consœurs oeuvrant dans d'autres domaines : issue des mouvements philanthropiques anglophones du XIXe siècle (les *Charity Organization Societies* et les *Settlement Houses*), la profession de travailleuse sociale a eu de la difficulté à se démarquer du travail bénévole dont elle

---

<sup>40</sup> L'expression *travail social médical* vient de l'anglais *medical social worker*. À l'origine, cette expression permettait, dans les milieux anglophones, de distinguer la pratique de ces travailleurs sociaux des autres travailleurs sociaux oeuvrant dans d'autres domaines. De nos jours, les expressions *travail social en milieu hospitalier* ou encore *dans le secteur de la santé* sont plus usitées. J.-F. Berthiaume rapporte qu'il y a dans ces nouvelles appellations « un enjeu identitaire bien précis : celui de ne pas être perçu comme subordonné au corps médical » (Berthiaume, 2009, p. 89). Dans cette section consacrée à l'histoire de l'implantation de la profession dans les hôpitaux, nous utiliserons l'expression de *travail social médical* afin de refléter l'usage historique qui en était fait à l'époque dont nous parlons. Cependant, dans le reste de notre travail, nous préférons diverses expressions, comme *travailleurs sociaux en milieu hospitalier*, ou *de l'hôpital* ou encore *service social hospitalier*, pour mettre en évidence le milieu de pratique.

provient et à se faire reconnaître comme une profession à part entière – c’est-à-dire, selon la définition dominante de l’époque, une activité avec une assise théorique solide et une technicité scientifique éprouvée justifiant une juste rémunération. En outre, les premiers représentants du travail social étant principalement des femmes, le développement de la profession se heurta aux conceptions socioculturelles de l’époque qui attendaient de la femme qu’elle se consacraît au mariage et à l’éducation de ses enfants plutôt qu’à une activité professionnelle rémunérée (Ibid.). Alors, les travailleuses sociales en milieu hospitalier ont dû elles-mêmes se battre pour créer leur propre identité professionnelle, notamment, grâce à l’initiative et la persévérance de quelques pionnières. Notons en guise d’exemple l’apport considérable d’Ida Cannon (1884-1962) dans ce domaine. Cette travailleuse sociale, et infirmière de formation, fut à la tête de la création du premier département de service social au *Massachusetts General Hospital*, pierre d’assise de la profession de *medical social worker*. Par la suite, Cannon mettra sur pied les départements de services sociaux dans trois autres hôpitaux et des programmes de formation spécifiques à l’intervention en centre hospitalier avec stages dans le milieu. Cette initiative fera ensuite tache d’huile dans les hôpitaux d’Amérique du Nord. Ainsi est née la profession de *medical social worker*. L’identité de la profession de travailleur social en milieu hospitalier prendra de plus en plus forme dans les années 20 et 30 avec la création d’associations regroupant les *medical social workers* et la publication des premières normes du travail social hospitalier (Ibid.).

#### **2.1.1.2. Les pionniers du travail social hospitalier au Québec**

Au Québec, l’émergence de la profession en milieu hospitalier fut également inspirée par la vision biosychosociale de la maladie et de la médecine défendue par Cabot. En effet, ce médecin avant-gardiste et la travailleuse sociale Ida Cannon trouvent leur équivalent à Montréal en la personne du Révérend John Lochhead, qui fonde le service social hospitalier de l’Église Melville en 1909 après avoir visité et pris connaissance de ce qui se faisait au *Massachusetts General Hospital*, et en la personne de Emma Foulis, infirmière et travailleuse sociale de formation, comme sa consœur Cannon. Foulis sera la première travailleuse sociale employée au *Montreal General Hospital* (MGH) en 1912 et, peu de temps après son entrée en fonction, elle suivra une formation de deux semaines avec Ida Cannon qui servira de fondement à ses futures responsabilités (Lechman, 2009). Au début de sa nouvelle assignation, Foulis reçut peu de reconnaissance pour son travail : elle n’avait pas de bureau et était généralement ignorée par l’ensemble du personnel. Cependant, elle avait la liberté de se déplacer dans l’hôpital et de parler aux patients – en d’autres termes de se trouver du travail (Ibid.). Rapidement, elle apporta son aide aux patients qui, selon l’expression d’une autre intervenante de l’époque, Helen Reid, « *are affected with the awful diseases of ignorance and poverty which the trained social worker is better fitted to cope with than the busy doctor* » (Ibid., p. 79). Selon les rapports annuels de Lochhead, Foulis, avec l’aide d’une douzaine de bénévoles, aidait les familles dont un accident, la maladie ou le décès d’un de ses membres avait plongé ou maintenu dans la pauvreté. Son soutien pouvait prendre la forme d’aide au transport, au paiement de certaines dépenses, comme les frais de déménagement ou d’oculiste, ou à l’acquisition de biens de base comme des lits, vêtements et nourriture. Un autre aspect important du travail de Foulis était aussi de

mettre ses patients en lien avec des sociétés d'entraide, pour le soutien matériel, mais aussi comme lieu de vie pour les patients chroniquement malades que l'Hôpital ne pouvait renvoyer à leur domicile en raison de leur état de santé (Ibid.). À titre d'exemple, Foulis parvint à transférer 76 patients dans sa première année de service (Ibid., p. 81). Cette tâche qui consistait essentiellement à aider au transfert des patients vers d'autres institutions et de leur trouver des places dans la communauté permit à Lochhead de considérer allégoriquement cette travailleuse sociale comme « *a sort of director of traffic in the philanthropic world guiding people into the proper channels of help* » (Ibid., p. 82). Progressivement, Foulis reçut les premiers signes de reconnaissance pour son travail lorsque le personnel du MGH se rendit compte que son intervention leur permettait d'économiser des centaines de dollars et de désengorger les lits d'hôpitaux en transférant bon nombre des patients chroniquement malades (Ibid.). Ainsi, selon Lochhead,

*It was not long till the hospital assumed responsibility for the worker's salary. Social Service had come to stay. Its expansion henceforth was only a matter of time. (Ibid., p. 82)*

En effet, le département du service social du MGH continua de se développer au cours des décennies suivantes pour devenir et rester une structure à part entière de l'hôpital (Ibid.).

Toujours au Québec, l'exemple du MGH sera suivi, lors des vingt années suivantes, dans les hôpitaux de la communauté anglophone essentiellement. Ce fut le cas notamment au *Royal Victoria* en 1913, au *Montreal Maternity Hospital* en 1916, au *St. Mary's Hospital* en 1934 et au *Jewish General Hospital* en 1935, à l'instar de leurs équivalents canadiens (Berthiaume, 2009; Béliveau et Hébert, 1996). En milieu francophone, il faut attendre la fin des années 40 et le début des années 50 pour que les hôpitaux développent leurs propres départements de service social. Ce phénomène s'explique notamment par la particularité culturelle francophone québécoise qui était alors marquée par la forte présence de l'Église catholique dans les mécanismes d'entraide sociale (Mayer, 2002). Comparativement au milieu anglophone, cette particularité culturelle a contribué à l'émergence tardive de travailleurs sociaux professionnels<sup>41</sup>. Après la Seconde Guerre, le service social élargit son champ d'action, précise ses rôles et se répand davantage au Québec : l'*Institut de réadaptation de Montréal* puis l'*Hôpital Saint-Jean-de-Dieu* et l'*Hôpital Maisonneuve-Rosemont* sont parmi les premiers à engager des travailleurs sociaux en milieu hospitalier francophone, et notamment dans les unités psychiatriques (Béliveau et Hébert, 1996). Cependant, l'Hôpital Sainte-Justine, hôpital francophone créé en 1907 et destiné aux soins des enfants, fait figure d'exception. Dès 1917, des services de soutien social sont offerts aux jeunes patients et leur famille et ce, avant l'heure des travailleurs sociaux professionnels. En effet, cette année-là, l'administration de l'hôpital organise un service de visites à domicile par une infirmière et un groupe de bénévoles qui « apportent soin et conseils à un grand nombre de familles démunies dont les enfants malades ne peuvent être admis à l'hôpital, faute de place » (Berthiaume, 2009; des Rivières, 2007, p. 31). Ayant pour mission de venir en aide aux enfants pauvres dès sa fondation, mais n'ayant pas les moyens de financer toutes ses activités, l'Hôpital Sainte-Justine offre ainsi de l'aide non médicale aux familles

---

<sup>41</sup> À titre d'illustration, à Montréal, l'Université McGill ouvre une première école de service social en 1923, alors que l'Université de Montréal ouvre la sienne en 1940 (Berthiaume, 2009; Béliveau et Hébert, 1996).

nécessitantes par l'intermédiaire de religieuses et de bénévoles jusque dans les années 40, période à laquelle commencent à arriver les premières travailleuses sociales professionnelles (des Rivières, 2007). Il y a dans ces activités de soutien l'embryon d'un département de service social qui ne verra officiellement le jour qu'en 1965, quand l'Hôpital Sainte-Justine s'octroiera une telle structure administrative en réunissant sous une même direction les travailleuses sociales psychiatriques déjà présentes sur place et trois nouvelles travailleuses sociales « médicales », en pédiatrie et en chirurgie (Beaulieu, Desrosiers-Lampe, Dorval et Valade, 2007). Devant le succès de la démarche, l'Hôpital Sainte-Justine embauchera cinq autres travailleuses sociales l'année suivante (Ibid.). Selon des travailleuses sociales de l'Hôpital Sainte-Justine qui s'expriment sur le sujet,

L'Hôpital pose là un geste d'avant-garde. Il s'agit dès lors de l'établissement d'un département de service social d'envergure dans un hôpital universitaire, qui introduit un modèle professionnel inspiré d'une approche américaine adaptée au contexte québécois. (...) Il s'agit non seulement de donner au service social la place qui lui revient, mais de faire disparaître les vieux préjugés associés à une approche charitable basée principalement sur la gestion des demandes matérielles. (Ibid., p. 344)

Cet événement est une étape supplémentaire dans le développement de l'identité et la reconnaissance professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier. En 1975, suite à l'application de la Loi sur les services de la santé et services sociaux, les travailleuses sociales de l'Hôpital Sainte-Justine seront intégrées à une autre instance administrative, le Centre des Services Sociaux du Montréal Métropolitain, mais continuent d'exercer en ses lieux. En 1993, suite à une modification de la Loi des services de la santé et des services sociaux, le service social redevient un département de l'Hôpital Sainte-Justine<sup>42</sup>. L'Hôpital emploie présentement plus d'une cinquantaine de travailleurs sociaux (Ibid.). L'Hôpital est devenu centre hospitalier universitaire (CHU), affilié à l'université de Montréal, en 1995 et aide à la formation des travailleurs sociaux en offrant des possibilités de stage.

Cette brève présentation des débuts historiques de l'implantation de la profession de travailleur social en milieu hospitalier permet de mieux saisir les enjeux de l'exercice de cette profession non médicale dans une institution à vocation médicale. Les besoins de la population ont justifié la nécessité du développement de la profession en ce lieu. Cependant, ceci ne s'est pas fait sans différends ni même tensions entre le médical et le social. À ses débuts, le travail social hospitalier fut d'emblée subordonné aux médecins. Cela s'est traduit par exemple dans le fait que, dans les années qui ont suivi l'apparition des premières travailleuses sociales, les articles scientifiques relatifs au travail social étaient écrits par des médecins. D'autre part, et cela est toujours valable aujourd'hui, ce sont les médecins qui déterminent les patients que la travailleuse sociale doit suivre (Berthiaume, 2009). Comme le souligne Berthiaume,

En même temps que cette façon de faire traduit, en partie, une certaine reconnaissance à l'égard du travail social, il nous faut souligner ici l'émergence d'un problème qui persiste à ce jour, soit que ces consultations ne sont la plupart du temps pas réalisées en fonction des besoins psychosociaux des patients et de leurs proches, mais en fonction de la perception que se font les médecins et les autres professionnels de la santé du rôle d'une travailleuse sociale. (Ibid., 93)

---

<sup>42</sup> Les changements dans la gestion des services sociaux qui ont eu lieu dans les années '90 feront l'objet de discussion dans la prochaine section.

En lien avec cette reconnaissance ambiguë, des travailleuses sociales ont également exprimé des griefs par rapport au nombre insuffisant de personnel et à la difficulté à trouver les ressources adéquates et en quantité satisfaisante pour référer les patients (Lechman, 2009) ainsi qu'à la vision souvent réductionniste et matérialiste de leur rôle de la part des autres professionnels de la santé (Berthiaume, 2009). Ainsi, si au travers du siècle qui vient de s'écouler, la pratique du travail social s'est implantée et consolidée en milieu hospitalier, la place du travailleur social parmi les autres professionnels de la santé reste toujours un défi, même si le champ des pratiques s'est étendu et l'organisation des hôpitaux a quelque peu changé, comme nous allons le voir maintenant.

### **2.1.2. Le mandat du travailleur social en milieu hospitalier aujourd'hui : en théorie**

Dans la section précédente, nous avons fait référence à certaines difficultés vécues dès les débuts de la cohabitation entre les professionnels du corps médical et les travailleurs sociaux en milieu hospitalier. Aujourd'hui, le travailleur social en milieu hospitalier est amené à collaborer de plus en plus au sein d'équipes interdisciplinaires composées majoritairement de professionnels de la santé. Étant parmi les seuls professionnels dont la formation ne repose pas d'abord sur la connaissance du corps humain, les travailleurs sociaux sont porteurs d'une vision de l'humain qui diffère quelque peu de leurs collègues médicaux (Meloche, 1985). En effet, pour le travailleur social, la maladie n'est pas un événement médical, mais avant tout un « événement psychosocial » (Ibid., p. 43). En ce sens, non seulement le patient est affecté, mais également le milieu d'où il provient. La qualité de ce milieu et la qualité des relations qu'entretient l'individu avec celui-ci auront un impact sur le vécu de la maladie ainsi que, jusqu'à un certain point, sur son dénouement. Des études ont en effet démontré l'impact de l'environnement social sur l'émergence, le traitement et le dénouement des maladies du corps et de l'esprit (Renaud et Bouchard, 1994 ; Bywaters, 1986). Ceci permet à l'Organisation mondiale de la santé d'affirmer que la bonne santé d'une population est déterminée surtout par la qualité des conditions de vie et de travail, par des politiques sociales progressistes, par des mesures d'hygiène efficaces et par de saines habitudes de vie (OMS, 2007, cité dans Berthiaume, 2008, p. 12). Ainsi, l'implication du travailleur social dans le milieu de la santé est d'autant plus importante que, comme le déclare Harriett Bartlett, auteur de *Social Work Practice in the Health Field* (1961), « le travailleur social est la seule personne dans le champ de la santé dont le but est centré d'une façon consistante et constante sur le fonctionnement social des individus et des groupes » (cité dans Ibid., p. 41).

En quoi consistent alors précisément le rôle et les fonctions du travailleur social en milieu hospitalier? Suite à la révision complète de la Loi sur les services de santé de services sociaux du Québec en 1991, l'OPTSQ a publié un premier *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu hospitalier* en 1994. Devant l'ampleur des changements structurels qui ont affecté le réseau des centres hospitaliers dans les années qui suivirent la mise en vigueur de la loi, l'OPTSQ a jugé nécessaire de publier une mise à jour du Guide en 1999 afin « de maintenir, développer et promouvoir la qualité des services sociaux dispensés aux usagers des établissements hospitaliers » (OPTSQ, Guide, p. 4). Nous retenons cette deuxième version, et dernière à

ce jour, pour présenter sommairement le rôle et les fonctions du travailleur social en milieu hospitalier aujourd'hui.

Selon le Guide, la particularité du travail social hospitalier relève du fait que « l'objet de l'acte professionnel est l'interaction entre le fonctionnement psychosocial des personnes et les causes et les conséquences sociales et émotives de leurs problèmes de santé » (Ibid., p. 5). Le travailleur social est habilité à intervenir auprès de quiconque éprouvant des difficultés de fonctionnement social liées à des problèmes de santé. Cependant, il sera plus particulièrement appelé à intervenir auprès de clients « qui présentent des caractéristiques sociales ou psychosociales qui peuvent nuire à leur guérison ou précipiter la récurrence de leurs symptômes ou de leurs difficultés après les soins reçus » (Ibid., p. 7). Notons qu'une particularité majeure de la pratique en milieu hospitalier est que les services du travailleur social sont dispensés principalement sur référence d'un médecin « puisque la mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services et des soins médicaux » (Ibid.). Une fiche d'identification de la clientèle à risque, c'est-à-dire présentant des caractéristiques de vulnérabilité sociale, accompagne le Guide afin de faciliter la décision des professionnels médicaux de référer un patient au service social. Selon cette fiche, deux ou plus des indicateurs suivants exigent une évaluation psychosociale :

- Signes de perturbation ou de détresse chez l'individu ou dans la configuration familiale ;
- Signes d'abus ou de violence ;
- Signes de négligence ou de malnutrition ;
- Signes d'épuisement des proches ;
- Signes de dépendance à l'alcool, aux médicaments ou aux drogues ;
- Isolement social, absence de soutien d'un réseau ;
- Maladie grave, chronique ou dégénérative ;
- Pronostic d'espérance de vie aléatoire ;
- Hospitalisation à répétition au cours des 12 derniers mois ;
- Populations plus vulnérables : enfant de 0 et 18 ans et personnes âgées de 75 ans et plus.

Le travailleur social est d'abord formé pour intervenir auprès des clients à « l'interface de l'individu avec sa famille, son milieu social et les ressources de la communauté » (Ibid., p. 8). Toutefois, le Guide précise qu'en raison du caractère particulier du travail en interdisciplinarité associé à la pratique en centre hospitalier, le travailleur social en milieu hospitalier intervient également « auprès des membres de l'équipe de soins ou des autorités administratives, selon les impacts de la maladie avec un objectif de retour à la santé ou de son maintien » (Ibid.). Dans les équipes interdisciplinaires, le travailleur social « demeure autonome et responsable de ses actes professionnels » et en même temps doit rechercher « des points de complémentarité avec les autres professionnels, dans le meilleur intérêt du client, dans le respect du champ de compétence des autres professionnels et des limites de sa propre spécificité » (Ibid., p. 10). Selon le Guide, le travailleur social en milieu hospitalier peut exercer plusieurs fonctions, dont les 4 suivantes (Ibid., p. 8-9) :

- Une fonction clinique, comprenant l'évaluation psychosociale, le traitement psychosocial, la liaison avec d'autres services et la prévention ;

- Une fonction de consultation au sein des équipes interdisciplinaires afin de mettre en valeur les aspects liés au fonctionnement social du client ;
- Une fonction d'enseignement et de recherche ;
- Une fonction de représentation et gestion dans diverses structures administratives.

Concrètement, le travailleur social en milieu hospitalier remplit ses fonctions en effectuant les prestations suivantes (Ibid., p. 10) :

- Effectuer une évaluation psychosociale ;
- Émettre un avis professionnel quant à la nature des problèmes et des plans d'intervention ;
- Choisir des modèles, des approches et des techniques d'intervention en rapport avec les besoins et les capacités de la clientèle et la mission du centre hospitalier ;
- Adopter des attitudes appropriées en fonction des clients ;
- Faire valoir le droit des clients aux services qui leur sont dus ;
- Proposer et diriger certaines activités propres à sa discipline professionnelle ;
- Rédiger des rapports d'évaluation et divers documents d'information ;
- Émettre des avis sur l'élaboration et l'application des politiques et des programmes sociaux ;
- Structurer l'organisation de son travail en fonction des besoins de la clientèle et des ressources du centre hospitalier.

Le Guide publié par l'OPTSQ permet de jeter les balises de la profession en milieu hospitalier en général. Toutefois, comme son nom l'indique, ce document n'est qu'un guide. Chaque centre hospitalier est libre de formuler le mandat de ses travailleurs sociaux en fonction de la spécificité de ses services. Au CHU Sainte-Justine, la clientèle est essentiellement composée d'enfants de 0 à 18 ans. L'intervention du travailleur social se fait principalement auprès des familles dont les enfants sont hospitalisés ou en consultation en clinique externe. Le département de service social a récemment pris l'initiative de publier un nouveau dépliant permettant de rappeler aux clients le rôle du travailleur social au CHU<sup>43</sup>. Selon ce texte, « le mandat général accordé aux travailleurs sociaux est d'évaluer les forces, les ressources des familles et à contribuer au développement d'aptitudes à faire face à la maladie et à la condition particulière de leur enfant » (Département de service social du CHU Sainte-Justine, en attente de publication). Plus précisément, les travailleurs sociaux :

- Aident les familles à faire face à la maladie ou l'accident de l'enfant
- Apportent un soutien durant l'épreuve ou le deuil
- Travaillent en étroite collaboration avec l'équipe médicale et représentent la famille auprès des équipes multidisciplinaires
- Orientent les familles vers les ressources extérieures en fonction de leurs besoins
- S'assurent de la sécurité de l'enfant
- Se préoccupent de l'adaptation linguistique et culturelle
- Défendent les droits des familles (Ibid.)

Tels sont les différents rôles que le travailleur social au CHU Sainte-Justine peut remplir auprès des jeunes patients et leur famille.

---

<sup>43</sup> Le but d'une telle publication est de faire valoir les rôles des travailleurs sociaux de l'hôpital auprès des clients, mais aussi auprès des membres de l'équipe interdisciplinaire afin de préciser leurs fonctions et les limites de leur champ d'expertise.

### **2.1.3. Le mandat du travailleur social en milieu hospitalier : dans l'organisation actuelle du système de la santé au Québec**

Au Québec, la prise en charge par l'État du réseau sociosanitaire à partir des années '60 et l'expansion des services qui s'en suit, se traduit par une augmentation constante des coûts liés au système de la santé. Dès le milieu des années '70, les pouvoirs publics commencent des efforts de rationalisation des dépenses liées au domaine de la santé (Couillard et Côté, 2000). Malgré ces premières tentatives de contrôle des finances – et à l'instar des autres provinces du Canada et la majorité des pays occidentaux – le gouvernement du Québec voit les coûts liés au système de santé continuer de croître de façon majeure (Ibid.). En outre, les pouvoirs publics en viennent à l'évidence que cette augmentation des coûts ne s'accompagne pas d'une amélioration proportionnelle de la santé de la population (APSSMSQ, 1996). Une révision de la gestion du système de santé et de son efficacité s'impose alors. Depuis les années '90, elle se manifestera au Québec par une série de changements dans le réseau de la santé, qui affectera notamment la place des centres hospitaliers en son sein et leur fonctionnement. Toutes les professions exerçant en milieu hospitalier en sont affectées. Le service social ne fait pas exception. Le mandat du travailleur social en milieu hospitalier ne peut donc pas être véritablement appréhendé sans le situer dans le contexte structurel d'organisation et de gestion de la santé au Québec tel qu'il existe aujourd'hui. En effet, la question est de savoir comment cette nouvelle organisation encadre, facilite ou limite le rôle du travailleur social en milieu hospitalier. Dans cette section, nous présenterons successivement les aspects de ces restructurations, puis nous discuterons les impacts de tels changements sur la profession.

#### **2.1.3.1. L'évolution récente de l'organisation et la gestion du système de la santé au Québec**

##### *Le virage ambulatoire*

Tout d'abord, depuis les années '90, la distribution des services de santé et services sociaux est affectée par ce qui est communément appelé le « virage ambulatoire ». On entend par cette expression « le passage de l'utilisation de services institutionnalisés à des services dispensés de façon prépondérante près du milieu de vie de la personne avec des infrastructures plus légères » (Ibid., p. 177). Cela se traduit notamment par le développement de la médecine et chirurgie d'un jour et de la réduction de la durée de séjour en milieu hospitalier. Les raisons de ce virage sont multiples. Il coïncide en effet avec l'apparition d'innovations technologiques et médicales qui permettent le rétablissement plus rapide, une meilleure autonomie des patients et, par conséquent, la réduction de leur temps d'hospitalisation. Il est aussi la conséquence de la volonté de l'État de réduire les coûts imputés au fonctionnement des hôpitaux et de le faire en transférant certaines de leurs responsabilités vers d'autres acteurs sociaux, notamment les patients eux-mêmes, leur famille et les autres dispensateurs de services (Berthiaume, 2008)<sup>44</sup>. Ce transfert de responsabilité ne fait pas l'unanimité, car il

---

<sup>44</sup> En guise d'illustration, de 1993 à 1998, les dépenses pour la santé sont réduites d'environ 10% et la part de l'hôpital passe de 46% à 33.4% (Berthiaume, 2008). Notons également que la



n'est pas sans conséquence pour les individus impliqués, tant pour les malades que ses proches – notamment en raison des coûts financiers associés à la maladie et l'organisation que cela implique au niveau familial. L'impact se fait aussi sentir au niveau des CLSC et autres services communautaires qui voient leurs responsabilités accrues sans que leur soient nécessairement accordés des ressources et des crédits supplémentaires (Ibid.).

### *La gestion par programmes-clientèle*

Ensuite, parallèlement au virage ambulatoire, soulignons aussi des changements dans l'organisation interne des hôpitaux. Les modifications apportées à la LSSSS en 1991 préconisent notamment la redistribution des services dans le réseau public de la santé selon cinq grands groupes qui deviendront les programmes en santé physique, en santé mentale, en santé publique, en réadaptation sociale et en intégration sociale (Blouin, 1994). Suivant ce mouvement d'organisation par programme entériné par la LSSSS, de nombreux hôpitaux adoptent, dans les années qui suivent, un nouveau modèle d'organisation des services : ceux-ci sont répartis sur la base de programmes-clientèle (Béliveau et Hébert, 1996). Les spécificités de ce type d'organisation peuvent varier d'un hôpital à l'autre. Mais en général, comme son nom l'indique, ces programmes permettent l'organisation de services médicaux et autres services autour d'une même problématique médicale. En plus, en attribuant à chaque programme l'imputation des coûts de fonctionnement, ce modèle d'organisation permet aux gestionnaires responsables de bénéficier d'une plus grande souplesse dans la gestion du programme sans faire de changement dans l'ensemble de la structure de l'organisation hospitalière (Ibid.). Les programmes font également objet d'évaluation au niveau des processus et des résultats obtenus, répondant ainsi aux objectifs des pouvoirs publics d'assurer l'efficacité et la rentabilité des services de santé offerts (Blouin, 1994). Ce dernier aspect, selon Blouin, permet d'instaurer « une réelle culture d'évaluation des processus et de revue d'utilisation des ressources », ce qui est complémentaire avec les politiques de rationalisation des coûts liés à la gestion du système de santé (Ibid., p. 28). Au niveau de l'organisation du personnel, la division des services par programmes permet également de réunir en un même lieu les représentants de différentes professions qui y travaillent. Cette proximité du personnel est censée favoriser la coordination, réduire les temps de gestion et de déplacement – et donc, augmenter le temps consacré à la clientèle et réduire les coûts de fonctionnement (Béliveau et Hébert, 1996). Selon Béliveau et Hébert, cette structure organisationnelle « est efficace si le projet ou le programme est bien défini par écrit, si les échéances et les mandats sont précis et si les rôles de chaque membre de l'équipe sont très minutieusement décrits » (Ibid., p. 21). En effet, ce type d'organisation va de pair avec une organisation du travail en équipe interdisciplinaire. Une conséquence majeure, toutefois, est que le personnel d'une même profession est décentralisé dans les différents programmes dont la direction est généralement composée de gestionnaires et de responsables issus d'une profession médicale (Berthiaume, 2008, p. 9). En ce qui concerne le CHU Sainte-Justine, cet établissement a été l'un des premiers hôpitaux majeurs à introduire en 1996-1997 la gestion par programmes-clientèle (CHU Sainte-

---

réduction progressive des transferts fédéraux pour les dépenses de la santé aggrave également la situation financière au niveau provincial (Ibid.).

Justine, 2002). L'organisation traditionnelle de cet hôpital s'est transformée en un regroupement de programmes, chacun dédié à des groupes de patients spécifiques. Aujourd'hui, ces programmes sont (CHU Sainte-Justine, site Internet, consulté le 3 octobre 2010) :

- le programme Santé de la mère et de l'enfant,
- le programme Soins pédiatriques intégrés,
- le programme Pédiatrie spécialisée,
- le programme de Chirurgie/Traumatologie,
- le programme Psychiatrie/neurodéveloppement et génétique,
- le programme de Réadaptation (CRME).

Selon les auteurs du plan stratégique 2002-2007,

Chacun de ces programmes est doté de ressources de différentes disciplines, dont les efforts convergent vers des regroupements de patients. Les familles sont de plus en plus intégrées au processus de soins. Malgré les contraintes et les limites des espaces actuels, des réaménagements majeurs ont permis de transformer des unités de soins traditionnelles en milieux de soins plus chaleureux et humains. (CHU Sainte-Justine, 2002, p. 15)

### *La création des CSSS*

Enfin, des changements récents dans l'organisation du réseau de la santé affectent la place attribuée à l'hôpital de courte durée dans le système de santé. Alors que depuis les années '70, la mise en place du réseau de la santé et des services sociaux avait consacré la centralité de l'hôpital dans le réseau et retardé d'autant la croissance des services périphériques (Couillard et Côté, 2000), la création des Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) dans les années 2000 s'inscrit dans un mouvement inverse de distribution des services de santé. Ainsi, avec l'adoption des projets de loi 25 et 83 du gouvernement Charest en 2003 et 2006, le Québec est redécoupé en territoires et une nouvelle instance locale, le CSSS, est créée par la fusion de CLSC, de CHSLD et, le cas échéant, d'un ou plusieurs centres hospitaliers. Dorénavant, le CSSS a pour responsabilité de coordonner l'ensemble des services de santé sur son territoire (art. 99.5 de la LSSSS) et sa mission est d'assurer à la population du territoire « l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux généraux, spécialisés et surspécialisés » (art. 99.3 de la LSSSS). Ceci a une double conséquence pour l'hôpital de courte durée : d'une part, nous assistons à un transfert de plusieurs de ses responsabilités vers les autres dispensateurs de services, y compris le privé et les groupes communautaires ; d'autre part, l'hôpital devient de plus en plus un lieu de soins spécialisés et ultraspécialisés (Berthiaume, 2008). Ainsi, selon Berthiaume, « ces changements ont comme conséquence avouée et non avouée la réduction de l'importance de l'hôpital au sein du réseau de la santé et des services sociaux, la nature et l'étendue des services offerts ainsi que son accessibilité » (Ibid., p. 7). Notons que dans le cas du CHU de Sainte-Justine, la gamme de services surspécialisés qui y sont offerts, notamment en matière de grossesse à risque élevé, de néonatalogie, de transplantations et de maladies chroniques, lui confère en plus un rôle suprarégional. Afin de faciliter l'accès de ses services à l'ensemble du Québec et en même temps rendre des services de qualité accessibles dans les milieux de vie des patients, le CHU a mis sur place le Réseau mère-enfant suprarégional en 1996-1997 (CHU Sainte-Justine, 2002). Cette structure permet à plusieurs centres hospitaliers

offrant des services de pédiatrie et d'obstétrique au Québec d'établir des liens étroits pour l'échange d'expertise entre eux et le CHU. Elle permet également de mieux arrimer les services de premières lignes vers les services spécialisés, avec l'accès immédiat aux services surspécialisés du CHU, lorsque cela s'avère nécessaire. Cela élargit le cercle des partenaires extérieurs à l'hôpital avec qui les professionnels du CHU peuvent interagir.

### **2.1.3.2. L'impact des restructurations du système de santé sur la profession de travailleur social en milieu hospitalier**

#### *L'impact sur l'identité professionnelle*

Qu'en est-il alors de l'impact de ces transformations récentes dans l'organisation de la santé au Québec sur l'exercice de la profession de travailleur social en milieu hospitalier? Rappelons que pendant une vingtaine d'années, dans les années 70 et 80, les travailleurs sociaux appartenaient à des établissements voués majoritairement à leur profession (Blouin, 1994). En effet, en 1975, suite à l'application de la Loi sur les services de la santé et services sociaux, les travailleurs sociaux exerçant en milieu hospitalier étaient intégrés à une autre instance administrative que le centre hospitalier, soit le Centre des Services Sociaux (CSS). Selon Blouin, « les 19 années passées avec les centres des services sociaux ont apporté des avantages indéniables à cause de la concentration de professionnels et de la forte expertise qui s'y est développée » (Ibid., p. 31). L'ancienne organisation des services sociaux leur proférait un sentiment d'identité et d'appartenance accru. Avec les modifications apportées à la LSSSS en 1991, les travailleurs sociaux sont de nouveau intégrés au centre hospitalier où ils exercent leur pratique. Ces professionnels se retrouvent alors en minorité dans une institution à vocation médicale. Selon Blouin, « il n'en fallait pas plus pour que revienne à la surface la question de l'identité professionnelle si souvent ressentie et exprimée comme une préoccupation par les praticiens sociaux en milieu de santé » (Blouin, Ibid., p. 26). Ainsi, la réintégration des services sociaux en leur lieu de pratique peut se montrer menaçante pour le maintien de l'identité professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier. D'abord, les services d'encadrement qu'offraient les ex-CSS et visant le développement, la formation et l'information des travailleurs sociaux ont été transférés dans les régies régionales et affectés à des fonctions plus élargies. Cela signifie une perte au plan du soutien à l'expertise pour les travailleurs sociaux en milieu hospitalier – à moins qu'ils ne se mobilisent eux-mêmes au sein des conseils multidisciplinaires de leurs nouveaux employeurs, prévus par la Loi afin de contribuer au développement et à la formation des ressources humaines (Ibid.). Même ce soutien devient alors du cas par cas, selon l'implication des travailleurs sociaux à ces conseils. Ensuite, la gestion par programme tend à fragiliser elle aussi l'identité professionnelle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier. En effet, dans de nombreux hôpitaux, les départements des services sociaux ont disparu et les fonctions d'une direction du service social ont été abolies (Berthiaume, 2008). Cela signifie que, dans ces cas-ci, le travailleur social rattaché à un programme ne relève plus d'un responsable de la même discipline, ce responsable étant généralement de formation médicale. L'impact sur l'identité professionnelle est non-négligeable. Selon les recherches de Berthiaume,

Il est opportun de souligner les effets néfastes sur le sentiment d'appartenance, l'affaiblissement du soutien par les pairs, un potentiel de déprofessionalisation des

services et de la pratique en général. Les risques d'insatisfaction et d'épuisement professionnel sont accrus et la gestion par programmes renforce le pouvoir médical et affaiblit le champ social. Les sentiments d'isolement et d'effritement ou d'absence de leadership sont ressentis au quotidien (Ibid., p. 9).

Au CHU de Sainte-Justine, l'instauration des programmes-clientèle ne s'est pas accompagnée de la disparition du département de service social. Cependant, le risque d'effritement de l'unité des travailleurs sociaux est quand même présent. Rappelons que le CHU emploie présentement un peu plus d'une cinquantaine de travailleurs sociaux. Même s'il existe un département de service social, chaque travailleur social est affecté à un programme et relève administrativement du gestionnaire clinico-administratif et, professionnellement, du chef de sa discipline (Beaulieu et coll., 2007, p. 347). Certaines prises de décision concernant les travailleurs sociaux se font donc conjointement entre la direction du programme et la personne à la tête du département de service social. Par exemple, le chef du service social procède à la sélection des nouveaux travailleurs sociaux, mais la direction du programme décide du nombre de travailleurs sociaux qu'elle peut employer et a le dernier mot quant à l'embauche définitive d'un employé à la fin de la période de probation. Par ailleurs, l'appartenance à un programme peut amener le travailleur social à accomplir des tâches administratives qui relèvent plus des valeurs et des besoins des responsables du programme qu'à l'exercice du travail social en tant que tel, entraînant parfois des conflits de loyauté entre les demandes du programme et les valeurs du service social. Par exemple, les travailleurs sociaux du CHU doivent rendre compte des activités effectuées pendant la semaine en remplissant un formulaire, afin que ces données puissent servir au calcul de statistiques sur les services rendus par programme. Ce procédé permet au programme de répondre à sa logique de rationalisation et de recherche d'efficacité des services. Durant le stage, nous avons entendu plusieurs travailleurs sociaux exprimer une réticence face à une telle pratique. Selon eux, rentrer les activités des travailleurs sociaux dans des cases afin de rationaliser la pratique ne correspond pas aux valeurs fondamentales du service social. La résistance à une telle demande a pu se manifester par le refus de soumettre le formulaire ou de dépasser les délais permis<sup>45</sup>. Enfin, quant à la localisation des travailleurs sociaux, la situation du CHU est particulière en ce sens qu'une partie des travailleurs sociaux ont leur bureau au département du service social, une autre partie ont leur local au sein de l'unité de soins à laquelle ils sont rattachés, et donc disséminés dans l'ensemble de l'hôpital, et enfin, une partie d'entre eux se situent au Centre de Réadaptation Marie-Enfant (CRME), qui est administrativement relié au CHU, mais qui en est géographiquement éloigné. Cette répartition des travailleurs sociaux en différents lieux n'aide pas au sentiment d'unité de la profession. Cela se manifeste notamment par l'absentéisme fréquent d'un certain nombre de travailleurs sociaux lors des réunions administratives et cliniques du département du service social. Dans le cas du CRME, l'éloignement géographique et l'identification au type de clientèle que le CRME dessert font du service social au CRME une entité presque à part entière<sup>46</sup>. En fait, dans l'ensemble, l'organisation du service

---

<sup>45</sup> Dans l'ensemble, toutefois, les travailleurs sociaux semblaient accomplir cette tâche.

<sup>46</sup> En guise d'illustration, une travailleuse sociale a pris l'initiative de faire une commande de rubans portes-clefs avec mention du service social afin de stimuler un sentiment d'appartenance. Les travailleurs sociaux du CRME aurait décliné la proposition et préféré porter un ruban porte-clé au nom du CRME qu'ils portaient déjà et auquel ils s'identifiaient plus.

social au CHU entraîne la constitution de plusieurs sous-groupes. Ainsi, les travailleurs sociaux du CHU n'échappent pas, de par l'organisation de leurs services, à un potentiel d'effritement de l'unité et de l'identité professionnelle.

### *L'impact sur les rôles et les fonctions*

Selon certains auteurs, une manière de réduire la crise d'identité professionnelle qui menace la profession est de mieux définir le rôle des travailleurs sociaux en milieu hospitalier (Berthiaume, 2008). Leur place dans cet établissement ne semble pas contradictoire en principe, puisque, traditionnellement, ils ont joué un rôle de charnière important entre l'hôpital et la communauté. Dans le contexte actuel où les pouvoirs publics délestent certaines responsabilités des centres hospitaliers vers des services plus légers et communautaires, les habiletés des travailleurs sociaux « font d'eux des acteurs de choix pour réaliser harmonieusement le transfert d'une partie des soins vers le milieu de vie des personnes » (APSSMSQ, 1996, p. 184). Cependant, les changements dans l'organisation du système de la santé dont nous avons parlé précédemment rendent l'accomplissement de ce rôle quelque peu difficile. En effet, la tâche est devenue plus complexe dans le contexte structurel actuel, car elle est partagée par d'autres professionnels des équipes interdisciplinaires de l'hôpital, telles les infirmières, mais également par d'autres professionnels de diverses disciplines du réseau de la santé. Cela présente ainsi « un risque d'enchevêtrement et de duplication » des rôles qui « ouvre la porte à l'interchangeabilité de la profession, rendant caduque la présence (des travailleurs sociaux au sein des hôpitaux) » (Berthiaume, 2008, p. 11). Cela soulève notamment la problématique liée à la collaboration entre les travailleurs sociaux de l'hôpital et les CLSC. Le rôle du travailleur social consiste en effet à effectuer une évaluation de la situation psychosociale et à l'établissement d'un plan d'intervention qui sera réalisé en grande partie en collaboration avec les services du milieu, dont les CLSC. En 1996, l'Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec notait que « la communication, la transmission de l'information et la poursuite du plan d'intervention sont souvent l'objet d'un processus lent et lourd entre le centre hospitalier et le CLSC » (APSSMSQ, 1996, p. 188). La réussite d'une telle collaboration nécessite l'implication des travailleurs sociaux de part et d'autre, une implication qui peut faire la différence entre « une récupération réussie ou un état de santé qui périclité » (Ibid.). Aujourd'hui, l'observation des pratiques lors de notre stage nous amène à dire qu'une collaboration efficace pour le client n'est pas une garantie dans l'état actuel des choses, et ce, malgré la mise en place de protocoles inter-établissements qui tentent de faciliter le transfert d'information, comme par exemple, les Demandes de service inter-établissement (DSIE)<sup>47</sup>.

Le rôle du travailleur social est aussi affecté par d'autres phénomènes qui sont des conséquences directes des récentes restructurations du système de santé. La réorganisation du réseau amène, comme nous disions précédemment, à orienter les services hospitaliers vers des services spécialisés et ultraspecialisés. Ce que cela signifie pour le travailleur social, c'est que « la clientèle hospitalisée, qui sera dirigée vers le service social, sera la plus lourde au point de vue de l'état de santé et de l'autonomie

---

<sup>47</sup> Nous aurons l'occasion d'en discuter plus amplement dans le chapitre 3 dans la partie consacrée à l'intervention périnatale au CHU Sainte-Justine.

fonctionnelle, présentera un haut degré de complexité au plan de la dynamique et de la problématique ou sera plus vulnérable sur les plans affectif, familial et social» (APSSMSQ, 1996, p.182). Cela se traduit souvent par des charges de travail supplémentaires. En outre, la pression de « libérer des lits » pour répondre aux exigences du virage ambulatoire donne moins de temps aux travailleurs sociaux de procéder à une évaluation psychosociale complète (Berthiaume, 2008). La recherche dans les centres hospitaliers montre que « les travailleuses sociales trouvent que leurs cas sont plus énergivores, plus exigeants en matière de travail à fournir et que, de façon générale, leur travail est soumis à un plus grand stress » (Ibid., p. 9). Si l'évaluation psychosociale, qui est au cœur du rôle de planificateur de sortie, « bat de l'aile », pour reprendre l'expression de Berthiaume (Ibid.), qu'en est-il des autres rôles généralement attribués au travailleur social? En effet, selon cet auteur, « des recherches récentes mettent en lumière un effritement des rôles de *counselling* et de soutien et de défense (*advocacy*) au détriment (*sic*) de tâches plus utilitaires sous l'égide de la planification des sorties, confirmant une tendance vers une technicisation des tâches : notamment de remplir des formulaires, d'agir en tant que courtier entre le patient et des ressources sans pour autant toujours pouvoir procéder aux évaluations qui s'imposent » (Ibid., p. 10). La structure actuelle d'organisation du système de santé et des centres hospitaliers tend en effet à hypertrophier certaines tâches du travailleur social en milieu hospitalier, aux dépens d'autres responsabilités et affectant ainsi son niveau de satisfaction et son identité professionnelle. En somme, selon Berthiaume,

Bon nombre d'auteurs qui se sont intéressés ces dernières années au rôle et à la place de la pratique professionnelle du travail social médical sont d'avis que, de toutes les disciplines professionnelles présentes en milieu hospitalier, c'est le travail social qui a le moins bien réussi à établir son statut professionnel et qui n'arrive pas à conquérir une telle reconnaissance. Le rôle de la travailleuse sociale en milieu hospitalier continue à être peu ou mal compris. (Ibid., p. 9)

Malgré ce constat d'une réalité plutôt pessimiste de la situation des travailleurs sociaux en milieu hospitalier, les auteurs que nous avons mentionnés dans ce chapitre proposent des pistes de solutions afin que les travailleurs sociaux en milieu hospitalier relèvent le défi de faire valoir leur juste place au sein des centres hospitaliers. Plusieurs histoires à succès dans des centres hospitaliers en Amérique du Nord montrent qu'une intégration réussie et satisfaisante des travailleurs sociaux en milieu hospitalier est possible. À titre d'exemple, relevons avec Berthiaume la situation dans un centre hospitalier de la ville de New York (États-Unis), où les travailleuses sociales ont pu contrer leur marginalisation, maintenir leurs effectifs et se positionner de manière centrale dans toutes les étapes du séjour des patients, en renforçant et renouvelant leurs rôles de soutien et de défense. Leur *leadership* a été à ce point intégré au niveau des équipes interdisciplinaires que, dans plusieurs unités, le fonctionnement par référence a été aboli : elles sont impliquées auprès de tous les patients (Berthiaume, 2008). Ce que cet exemple tend à prouver, c'est que le sort des travailleurs sociaux en milieu hospitalier dépend aussi d'eux. Les auteurs que nous avons cités font état d'au moins deux aspects de leur travail où les travailleurs sociaux peuvent améliorer leur situation, et ce, tout en respectant les exigences imposées par les restructurations récentes du système de santé. En premier lieu, les travailleurs sociaux doivent « consolider des alliances avec les acteurs internes et externes à l'établissement » (Berthiaume, p. 11). Ils sont invités à

prendre le *leadership*, entre autres, lors de la préparation et de l'animation de discussions de cas et de rencontres familiales, de la liaison avec les ressources et la communauté ainsi que lors du suivi post-hospitalisation (Ibid.). En second lieu, les circonstances actuelles de l'exercice de la profession en milieu hospitalier peuvent faire valoir l'expertise des travailleurs sociaux en matière d'intervention en situation de crise ou de courte durée. En effet, l'Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec écrivait déjà en 1996 que « le premier défi du service social consistera à développer davantage des modèles d'intervention où l'évaluation allie, à la fois la brièveté dans le temps et la précision dans la saisie de l'état émotif et social du système-client, tout en permettant d'établir rapidement la relation avec lui » (APSSMSQ, 1996, p. 188). Ce défi est toujours à relever aujourd'hui. La contribution de ce présent rapport d'analyse de pratique espère aller dans ce sens.

## **2.2. La périnatalité au Québec, étude de la construction d'un champ d'intervention**

À l'heure actuelle, au Québec, l'intervention psychosociale auprès des mères est un domaine partagé entre les différents services offerts en milieu hospitalier, en CLSC ou encore dans les organismes communautaires. Le choix du lieu du suivi psychosocial dépend normalement de l'endroit où la mère désire ou parvient, selon la disponibilité des services et les besoins de santé de celle-ci, à obtenir un accompagnement médical durant sa grossesse. Mais, l'offre de suivi en périnatalité dépend également de la structure actuelle des services de santé au Québec. En fait, la périnatalité est un domaine d'intervention qui est déterminé socialement et politiquement. Elle inclut plusieurs dimensions : physiques, psychologiques, sociales et économiques. L'importance accordée à chacune de ces dimensions va dépendre des circonstances sociales et politiques d'une époque et d'une société, et va influencer la place et le rôle des diverses professions impliquées en lien avec ces différentes dimensions. L'objectif de cette deuxième section sera alors de préciser les caractéristiques du champ d'intervention en périnatalité en territoire québécois. Pour se faire, une première sous-section sera consacrée à la construction du champ de la périnatalité au Québec. Un bref retour historique s'avère d'abord nécessaire, car il révèle comment ce champ s'est construit au travers des années, notamment depuis l'intervention de l'État dans ce domaine dans les années '70. Pour effectuer ce retour historique, nous reprendrons les directives gouvernementales explicitées dans la Politique de périnatalité de 1973 et celle de 1993. L'intérêt de ce retour historique est également d'évaluer l'impact du virage ambulatoire, dont nous avons déjà parlé plus haut, sur l'offre des services en périnatalité depuis les années '90. L'étude d'un document publié par la Fédération des CLSC en 1995 sur la périnatalité et le virage ambulatoire nous éclairera sur le sujet. Ensuite, nous verrons que les services offerts en périnatalité aujourd'hui sont tributaires de cette évolution, comme le montrera l'étude du Bilan de la politique de périnatalité de 1993 et la nouvelle politique en la matière de 2008-2018.

### **2.2.1. La construction du champ de la périnatalité au Québec : un point de vue historique**

Dans cette section, nous nous intéresserons à la construction du champ de la périnatalité au Québec depuis les années '70. Un certain nombre de documents écrits à ce sujet ont été publiés par le gouvernement et d'autres instances administratives du domaine de la santé. Un regard sur ces documents administratifs permet de constater comment, selon les époques, les pouvoirs publics définissent la périnatalité et leurs priorités en la matière. Ces documents officiels sont intéressants à étudier parce qu'ils nous montrent comment, au travers les années, les objectifs en matière de périnatalité ont évolué et parce qu'ils expriment la philosophie derrière l'organisation actuelle des services de la santé et des services sociaux. Cela permet donc de mieux comprendre le contexte social et historique qui encadre nos interventions dans le domaine aujourd'hui.



### 2.2.1.1. La politique de périnatalité de 1973

La première politique de périnatalité dont s'est doté le Québec date de 1973. L'implication des pouvoirs publics dans un domaine aussi privé que la naissance est le reflet de l'émergence de l'État Providence au Québec depuis les années '60 et de la prise en charge par celui-ci du réseau sociosanitaire (Mayer, 2002). En effet, avec l'adoption de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en 1971, l'État assume désormais l'entière administration des services sociaux et des soins de santé. S'ensuit une série de législations et de politiques, dont celle qui nous concerne, la politique de périnatalité adoptée par le Ministère des Affaires sociales (Ibid., p. 281). Cette politique s'inscrit également à une époque où le milieu hospitalier devient un secteur doté d'une médecine de pointe avec multiples spécialisations et technologies perfectionnées et un lieu de recherche. L'hôpital devient notamment le lieu pour accoucher, c'est-à-dire un milieu « où la mère et le nouveau-né seront assurés des soins les meilleurs grâce à la présence de personnel spécialisé et d'équipement de soins intensifs » (Ministère des Affaires sociales, 1973, p. 66). La conjonction de ces deux phénomènes « met de l'avant une 'rationalité technique' afin de modifier sensiblement la gestion et l'organisation des soins tout en favorisant une 'logique de régulation centrale et administrative' » que nous retrouvons dans les objectifs et la formulation de cette première politique de périnatalité (Mayer, 2002, p. 67).

Ainsi, la politique de 1973 se fixe comme premier objectif de réduire la mortalité maternelle et périnatale ainsi que la morbidité périnatale (Ministère des Affaires sociales, 1973, p. 9). À cette époque, les progrès de la médecine, conjugués avec l'amélioration des conditions de vie et l'accès gratuit aux services hospitaliers, ont permis au Québec d'afficher un taux de mortalité maternelle et infantile en baisse constante. Cependant, les pouvoirs publics québécois de l'époque s'inquiètent d'observer que cette baisse « accuse un retard de 6 à 7 ans » en comparaison avec celle des pays qui ont atteint des taux relativement bas, dont la Suède (Ibid., p. 21). L'intérêt que l'État accorde aux circonstances médicales de la naissance est aussi d'ordre financier. Bailleurs de fonds de la santé publique, l'État fait face à une crise fiscale importante causée, en partie, par la crise économique mondiale qui sévit dans les années '70 (Mayer, 2002, p. 281). La recherche d'économies budgétaires se fait sentir dans la formulation de la politique de périnatalité. Nous pouvons y lire, par exemple, que « le coût de l'entretien à vie d'un déficient mental profond est de l'ordre de \$500,000, alors que le coût des soins pour un accouchement à risque élevé est de \$2,500 et que celui du traitement d'un nouveau-né dans une unité de soins intensifs est de \$3,200 » (Ministère des Affaires sociales, 1973, p. 15). Alors, afin d'accroître la qualité des soins maternels et infantiles lors de la période périnatale et rationaliser les budgets qui y sont consacrés, les pouvoirs publics proposent une réorganisation du réseau des services d'obstétrique. Les pratiques médicales changent également pour répondre aux objectifs de sécurité de cette politique<sup>48</sup>. Enfin, l'accent est mis sur la prévention. Des services se sont développés pour assurer la sécurité

---

<sup>48</sup> Des interventions telles que le rasage du périnée, lavement, monitoring du cœur fœtal, installation de la mère sur le dos se généralisent (Laverdière et coll., 2008, p. 1).

des mères et de leurs nouveau-nés<sup>49</sup>. Il est à noter que la prévention prévue par cette politique est essentiellement de « nature obstétricale » (Ibid., p. 16). Il n'est aucunement mention de prévention et d'intervention psychosociale dans le texte. Cette politique reflète sans conteste « la prédominance de la profession médicale dans la division du travail sanitaire » (Mayer, 2002, p. 309).

### **2.2.1.2. La politique de périnatalité de 1993**

Des voix s'élèvent dans les années 70 et 80 pour décrier la prédominance des interventions médicales autour de l'accouchement. Alors que les avancées scientifiques se poursuivent, plusieurs réclament une plus grande humanisation des services et un plus grand respect du processus physiologique naturel qu'est l'acte de donner naissance. (Laverdière et coll., 2008, p. 2). En 1980, le Ministère des Affaires sociales et l'Association pour la santé publique du Québec organisent une série de colloques sur le thème « Accoucher ou se faire accoucher ». Le titre de ces rencontres en dit long sur la perception et le désir de nombreuses femmes de reprendre en main leur accouchement. Cette mobilisation entraînera une remise en question des pratiques dans le domaine de la périnatalité. Le gouvernement autorisera notamment la pratique des sages-femmes dans les années '90 (Ibid.). C'est dans ce contexte qu'une deuxième politique de périnatalité est adoptée au Québec en 1993. La manière dont elle est intitulée met en évidence la nouvelle orientation dans laquelle elle s'engage : « Protéger la naissance, soutenir les parents : un engagement collectif ». Cette politique se base sur quatre convictions (Valentini et coll., 1993, p. 14 et 15) :

- La grossesse, l'accouchement, la naissance et l'allaitement sont des processus physiologiques naturels;
- La parentalité constitue une réalité multidimensionnelle tributaire d'un ensemble de facteurs psychologiques, socioculturels et économiques;
- Les mères et les pères sont compétents;
- Devenir et être parents fait appel à une solidarité et une responsabilité collectives.

Ainsi, forte des gains apportés par la médecine au cours des années passées, cette politique maintient ces objectifs médicaux, notamment concernant la prévention de la prématurité, l'insuffisance de poids à la naissance et les anomalies congénitales (Ibid., p. 47). Cependant, elle tente également de mettre l'accent sur d'autres éléments déterminants pour la santé durant la période périnatale, comme le contexte socio-économique des parents et de saines habitudes de vie. Contrairement à celle qui la précède, cette politique élabore sur des problématiques psychosociales précises, comme la négligence, l'abus envers les enfants et la violence conjugale. Elle adresse aussi le phénomène en augmentation des grossesses à l'adolescence et la pauvreté (Ibid., p. 23-32). L'accent est mis sur la famille. Selon Couillard et Boyer, « c'est la famille nucléaire qui inspire les auteurs du texte et la monoparentalité, qui n'est pas considérée comme un 'facteur de risque', est tout de même traitée comme telle dans les 'problèmes d'abus et de négligence envers les enfants' surtout si elle est accompagnée 'de pauvreté et d'isolement

---

<sup>49</sup> Entre autres, nous retrouvons des services qui offrent : informations et conseils donnés à la mère au cours de l'intervention clinique, suivi prénatal assuré par un médecin, instauration du programme de vaccination, etc. (Ibid.).

social' » (Couillard et Boyer, 2000, p. 177). Ainsi, la deuxième politique québécoise de périnatalité tient un discours plus psychosocial que la première en encourageant la réduction des écarts sociaux et la valorisation des compétences parentales.

### **2.2.1.3. Le virage ambulatoire et la question de l'organisation des services en périnatalité**

Le virage ambulatoire dont nous avons parlé plus haut affecte aussi le domaine de la périnatalité. En effet, la tentative de réduire l'occurrence des hospitalisations et la durée des séjours à l'hôpital touche progressivement les départements d'obstétrique au Québec. Selon Couillard et Côté,

Dans le cas de la périnatalité, la Fédération de CLSC (FCLSC) rappelle que les pays industrialisés connaissent une diminution constante de la durée de séjour en centre hospitalier après un accouchement vaginal ou césarienne. De 1970 à 1992 par exemple, les États-Unis ont réduit la durée de séjour de 3.9 jours à 2.2 jours (46%) après un accouchement vaginal et de 7.8 à 4 jours (49%) après une césarienne. Au Québec, ce mouvement, amorcé depuis le début des années 1990, serait beaucoup plus lent. Pour l'année 1992-1993, la durée de séjour pour un accouchement dit « normal » était de 2.6 jours et de 4.3 jours en cas de complications. Avec le virage ambulatoire, le Québec cherche à égaler les standards américains. (Couillard et Côté, 2000, p. 35)

Plus récemment, les statistiques du Ministère de la Santé et des Services sociaux indiquent que la tendance se poursuit : la durée de séjour est de 2.4 jours pour un accouchement par voie vaginale et de 4.1 jours pour les accouchements par césarienne (Ministère de la Santé et des Services sociaux, site Internet, consulté le 10 décembre, 2010). La réduction de la durée de séjour à l'hôpital a un impact direct sur l'offre des services auprès des femmes qui viennent d'accoucher. Un constat s'impose : puisque ces femmes restent moins longtemps à l'hôpital, les services habituellement offerts à cette clientèle en ce lieu ne pourront plus l'être, ou en tout cas, pas en totalité. Une question s'ensuit : qui va s'assurer que ces femmes vont recevoir le suivi, tant au niveau de la santé, qu'au niveau psychosocial, dont elles ont besoin? Pour répondre à cette question, la Fédération des CLSC (FCLSC) publie, en 1995, un document sur le virage ambulatoire et la périnatalité. Le contenu de ce texte nous renseigne notamment sur comment la Fédération envisage la division des tâches entre les différents dispensateurs de service en matière de périnatalité et met de l'avant le rôle pivot des CLSC dans l'offre des soins en périnatalité.

Historiquement, les CLSC sont familiers avec l'intervention en périnatalité puisque, depuis les années '70, ils ont développé une gamme de services en la matière rejoignant l'ensemble de la population de leur territoire et contribuant ainsi au dépistage des situations à risque, médicales et psychosociales. Les services en CLSC en période périnatale visent notamment « l'adoption de saines habitudes de vie, la préparation à la naissance de même que la prévention de la prématurité et de l'insuffisance de poids à la naissance (ainsi que) le soutien à l'apprentissage du rôle parental, le renforcement des liens d'attachement parents-enfants (et) la croissance et le développement intégral de l'enfant » (FCLSC, 1995, p. 13). Pour ce faire, la plupart des CLSC offrent différents types de services, comme les rencontres prénatales et postnatales de groupe ou en individuel, des programmes de développement de la compétence parentale et stimulation du développement de l'enfant, des programmes intégrés en périnatalité et un système de

référence périnatal auprès des centres hospitaliers, des organismes communautaires et de la DPJ. L'ensemble des services vise à rejoindre la population générale et les populations plus à risque, notamment les femmes socio-économiquement défavorisées (Ibid., p. 15). C'est à ces dernières que s'adressent particulièrement les programmes intégrés en périnatalité. Parmi ces programmes, on retrouve fréquemment les Programmes OLO et Naître égaux et grandir en santé<sup>50</sup>. Ces programmes sont dits « intégrés » parce qu'ils offrent un ensemble de services : évaluation nutritionnelle, suppléments alimentaires au besoin, éducation sanitaire, soutien psychosocial, soutien au développement de la relation parent-enfant, aide à domicile, support matériel et dépannage (Ibid., p. 30). Par conséquent, ces services sont gérés par des équipes multidisciplinaires composées d'infirmières, de travailleurs sociaux, de médecins, d'intervenants communautaires, de psychologues et d'auxiliaires familiales, qui assurent le suivi auprès de ces femmes et leurs familles (Ibid.). Selon la FCLSC, les CLSC ont par conséquent « acquis une expertise et une crédibilité très solide » qui font d'eux un partenaire de choix dans la réorganisation des services dans le contexte du virage ambulatoire (FCLSC, 1995, p. 13).

La FCLSC estime que le virage ambulatoire n'acheminera pas nécessairement une nouvelle clientèle vers les CLSC, mais nécessitera l'adaptation des services existants « pour répondre aux besoins particuliers de cette clientèle dans le contexte du virage » (Ibid., p. 21). La FCLSC distingue trois groupes qui seront concernés par le virage : les mères, les pères et les nouveau-nés; les femmes enceintes ayant une grossesse à risques élevés (GARE) ou à risques psychosociaux; et enfin, les nouveau-nés présentant des problèmes de santé. Le premier groupe concerne la clientèle qui vient d'accoucher. Normalement, l'hospitalisation de la mère et de l'enfant :

permet de dépister certains problèmes liés à l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine, d'évaluer la condition physique et psychologique de la mère de même que son adaptation à son nouveau-né et de faire un enseignement de base aux nouveaux parents qui leur permettra de prendre soin adéquatement de leur enfant lors du retour à la maison. C'est aussi l'occasion d'identifier certains problèmes psychosociaux tels les difficultés d'attachement parents-enfants, l'isolement social, la violence conjugale, etc.

Pour la FCLSC, dans un contexte de réduction de la durée d'hospitalisation des femmes au moment de l'accouchement, « l'établissement d'un congé précoce nécessitera donc la mise en place de services permettant de répondre aux besoins qui jusque-là étaient satisfaits par le séjour hospitalier », c'est-à-dire par l'équipe médicale et les intervenants sociaux de l'hôpital (Ibid., p. 23). Pour le deuxième groupe, la FCLSC remarque que les programmes intégrés des CLSC s'adressent déjà à cette clientèle. Selon la Fédération, « il y donc lieu de diminuer sinon d'éliminer l'utilisation des structures hospitalières pour le suivi de cette clientèle, car ces femmes auraient tout avantage à s'intégrer dans leur communauté et à bénéficier de l'intervention globale du CLSC en continuité avec l'intervention de leur médecin en cabinet privé » (Ibid., p. 24). Pour le troisième groupe, les enfants prématurés, l'hospitalisation est inévitable. Cependant, la FCLSC appuie le transfert du bébé dans un hôpital le plus près du domicile de ses parents dès que sa santé est stabilisée, afin que ceux-ci puissent s'impliquer plus facilement dans l'apprentissage des soins de l'enfant et maintenir un suivi médical à long terme. La Fédération suggère

---

<sup>50</sup> OLO est l'acronyme pour Œufs, Lait, Orange. Le programme OLO offre un support alimentaire et un suivi personnalisé pour la femme enceinte ayant une situation financière difficile (suppléments vitaminiques et coupons pour l'achat d'oeufs, de lait et de jus d'orange).

que « les CLSC pourraient être mis à contribution pour assurer ce suivi » (Ibid., p. 24). Ainsi, avec le virage ambulatoire, la FCLSC anticipe un transfert de certains services de l'hôpital vers le CLSC. Les intervenants de l'hôpital auront moins de temps pour intervenir en périnatalité et devront référer au CLSC pour la continuité des services. Par conséquent, la tâche des CLSC sera de répondre plus rapidement aux besoins des parents, c'est-à-dire dès les premiers jours après la naissance<sup>51</sup>. En somme, « les CLSC devront offrir une gamme élargie de services préventifs à toutes les familles durant la période périnatale et intensifier les services pour les clientèles les plus vulnérables » (Ibid., p. 25).

Cette nouvelle orientation met notamment de l'avant le développement de certains services, dont les visites à domicile, car « toute diminution substantielle de la durée de séjour doit s'appuyer sur des services à domicile » (Ibid., p. 34). La FCLSC remarque qu'en raison de l'évolution récente des mœurs et relations sociales et familiales au Québec, les nouvelles mères peuvent moins souvent qu'avant « compter sur leur mère, une sœur ou une belle-sœur, pour la période des relevailles » (Ibid., p. 26). En outre, nombre de nouveaux parents sont souvent inexpérimentés, « car ils n'ont pas eu l'occasion, en général, de s'occuper d'un nouveau-né ou d'un jeune enfant dans leur milieu familial » (Ibid.). Selon la Fédération, ce constat sociologique justifie d'autant plus la présence de professionnels du CLSC auprès des parents au retour au domicile pour « offrir un programme d'enseignement adapté aux besoins; répondre aux questions et inquiétudes des parents; assurer une surveillance et un soutien adéquat lors des périodes critiques; dépister précocement les situations problématiques tant sur le plan physique que psychosocial » (Ibid., p. 26). Intervenir précocement est essentiel, car la période de la petite enfance est également considérée comme « l'âge d'or » de la prévention (Ibid., p. 9). Ainsi, dans le cadre d'un court séjour en post-partum au centre hospitalier, une visite à domicile est déterminante pour évaluer l'état de santé de la mère et de l'enfant et assurer un suivi global aux femmes qui présentent des risques psychosociaux (Ibid., p 29, 31). La Fédération stipule que le suivi à domicile doit se faire

---

<sup>51</sup> La rapidité de l'intervention est importante, car, selon la FCLSC, « il faut tenir compte des changements physiologiques importants qui se produisent chez la mère et chez le nouveau-né le 2<sup>e</sup> et le 3<sup>e</sup> jours après la naissance » (FCLSC, 1995, p. 22). Ces problématiques physiologiques incluent : la montée de lait, les difficultés liées à l'allaitement, l'ictère physiologique ou jaunisse chez le bébé, les problèmes liés à la suture périnéale ou à la cicatrisation de la plaie de césarienne chez la mère. En plus, la mère doit pouvoir compter sur une période de récupération par la suite, qu'on appelle la période des relevailles. Notons toutefois que les préoccupations liées à la courte durée des hospitalisations semblent être des préoccupations de la part des professionnels du système de la santé qui sont habitués à assurer le suivi de l'état de santé de la mère et du bébé dans les jours qui suivent la naissance. Perdre cette habitude semble préoccuper plus les professionnels de la santé que la plupart des mères. De nombreuses études ont montré qu'il n'y avait pas d'augmentation de complications médicales, ni chez la mère, ni chez le nouveau-né depuis la réduction des séjours hospitaliers après l'accouchement (Hellman, Kohl et Palmer, 1962; Yanover, Jones et Miller, 1976; Burnell et coll., 1982; Thurston, 1985; Lemmer, 1985; Norr, Jones et Miller, 1989; Carty et Bradley, 1990, dans Shorten, 1995, p. 21). La satisfaction des mères semble aussi être positive tandis que la plupart d'entre elles trouvent l'environnement de la maison plus calme et propice au repos et au renforcement des liens familiaux (Ibid.). Une autre étude montre également que les mères qui quittaient l'hôpital plus tôt étaient plus satisfaites de leur suivi postnatal, avec des résultats concernant la morbidité au moins égal qu'avec les séjours hospitaliers plus long (Kenny et coll., dans Ibid.).

par « des infirmières qui détiennent une expertise en obstétrique et en périnatalité » (Ibid., p 30). Le document de la FCLSC ne précise pas clairement le rôle de l'infirmière au niveau du dépistage des problématiques psychosociales. Il est défini dans des termes généraux comme le fait que l'infirmière doit procéder à l'évaluation des parents à leur nouveau rôle (Ibid., p. 27). Le document suggère également qu'il peut s'agir de l'infirmière du programme de périnatalité du CLSC ou de l'unité d'obstétrique du centre hospitalier. Cependant, d'autres auteurs, des infirmières en périnatalité notamment, se sont exprimés sur le sujet et ont précisé le rôle de l'infirmière en périnatalité (Bourassa, 1991; Béland, 1996; Goulet, 2000; Bell et coll., 2004). Selon Goulet,

Durant la période postnatale, les visites systématiques fournissent une occasion de rencontrer tous les parents. Les cliniques de vaccination, les tests de grossesse et le séjour en milieu hospitalier au moment de la naissance du bébé sont autant d'occasions de dépister les parents qui ont besoin d'aide, d'évaluer le genre de soutien requis et d'offrir rapidement cette aide avant que la situation ne se détériore. (...) Par sa formation, l'infirmière tient compte des aspects biopsychosociaux de la personne et établit un lien de partenariat avec les familles. (Goulet, 2000, p. 40)

Ainsi, l'infirmière joue un rôle important de prévention à plusieurs niveaux. En étant présente au domicile des parents, elle peut dépister la présence de problèmes au niveau de la santé physique, mais aussi au niveau des risques psychosociaux. Son rôle sera aussi d'agir rapidement et de la manière « la plus appropriée à leurs besoins », soit elle-même, soit en réfèrent à d'autres partenaires de son équipe ou du réseau élargi de la santé (Ibid., p. 37).

À la lecture de ce document, il appert que chaque intervenant en périnatalité du réseau de la santé publique est un maillon dans la chaîne des services dans ce domaine d'intervention. La FCLSC préconise la centralité des CLSC pour offrir des services plus proches de la population, tout comme le sous-tend la Politique de périnatalité de 1993. Pour assurer la coordination, la complémentarité et la continuité des services, des mécanismes de liaison, ou de partenariat, ainsi que les responsabilités de chacun des partenaires, doivent être clairement définis entre tous les acteurs impliqués (FCLSC, 1995, p. 34). Ainsi, dans le contexte du « virage ambulatoire », la FCLSC définit les responsabilités des CLSC comme étant, entre autres :

- Réception des références, évaluation de la situation globale de la femme enceinte ou de la mère et du nouveau-né et détermination des services requis;
- Suivi de groupe ou individuel selon les besoins des femmes en période prénatale;
- Maintien des liens avec les médecins traitants, les centres accoucheurs, les groupes communautaires et la DPJ, selon les protocoles d'entente;
- Dispensation des services infirmiers, psychosociaux et médicaux;
- Formation du personnel transféré en CLSC;
- Liaison avec les groupes communautaires.

Les responsabilités qui incombent aux centres hospitaliers de courte durée sont :

- Évaluation de l'état de santé de la mère et du nouveau-né et application du programme d'enseignement postnatal;
- Références au CLSC en fonction des critères d'éligibilité;
- Transmission des informations cliniques pertinentes à l'équipe du CLSC;
- Formation du personnel soignant du CLSC;
- Réadmission des mères et des nouveau-nés directement à l'unité de soins si réhospitalisation dans les 7 jours après la naissance.

La FCLSC note également une série d'interventions conjointes entre les centres hospitaliers et les CLSC :

- Évaluation des besoins et des services requis par la clientèle;
- Prévision d'un mécanisme rapide et efficace de communication entre le centre hospitalier et le CLSC;
- Promotion des services dans le milieu;
- Établissement des protocoles.

Pour conclure sur le partage des rôles entre les différents dispensateurs de service, la FCLSC affirme qu'

un véritable partenariat n'est possible que si la clientèle est au cœur des préoccupations de chacun et que les partenaires ont une volonté de travailler ensemble. Le partenariat s'appuie d'abord sur le partage d'une vision commune des besoins de la clientèle, sur une philosophie commune d'intervention ainsi que sur la connaissance et le respect du rôle et de la mission de chacun des acteurs dans l'organisation des services. Les ententes écrites viennent confirmer ces visions communes mais ne peuvent en aucun temps les remplacer. (FCLSC, 1995, p. 37)

Écrit en 1995, le document produit par la FCLSC avait pour objectifs de nommer des principes et élaborer des directions dans l'espoir que ceux-ci s'inscrivent dans la pratique. Nous allons voir dans la section qui suit dans quelle mesure les objectifs de la FCLSC, mais aussi de la Politique de périnatalité de 1993, se sont réalisés.

### **2.2.2. L'orientation actuelle en matière de politique de périnatalité**

Alors que la quinzaine d'années qui a suivi la Politique de périnatalité de 1993 a été marquée par des changements majeurs au niveau de l'organisation des services de santé, le gouvernement s'apprête à publier une nouvelle politique pour la prochaine décennie, 2008-2018. Avant d'entreprendre l'élaboration de cette nouvelle politique, une étude de l'état de la situation en matière de périnatalité au Québec s'est imposée. Un document de soutien au renouvellement de la Politique de périnatalité a donc été publié en 2007 pour faire le bilan des actions posées à différents niveaux administratifs à la suite de la parution de la Politique de 1993. Ce document est fort intéressant en ce qui nous concerne, car il étudie l'impact de la politique de 1993 sur l'offre des services en périnatalité au Québec ces dernières années et permet d'identifier les forces et les lacunes dans le domaine de l'intervention périnatale aujourd'hui au Québec. Dans notre synthèse, nous aborderons davantage les aspects en lien avec notre sujet, c'est-à-dire davantage les aspects psychosociaux et organisationnels que physiologiques.

#### **2.2.2.1. Le bilan de la politique de périnatalité de 1993**

Le Bilan précise que la Politique de 1993 était attendue et a été très bien reçue par les divers milieux liés à la périnatalité et qu'elle a été un outil de référence pour tracer de grandes orientations et guider l'implantation de programmes et la création de services (Théorêt et coll., 2007, p. 4). Toutefois, le Bilan fait ressortir que « cette politique n'a pas fait l'objet d'un suivi formel à aucun des paliers prévus pour son application » bien que les responsables de cette politique aient prévu une mise en œuvre, un suivi et une évaluation de celle-ci (Ibid., p.11). Selon le Bilan, « l'absence de processus de mise en

œuvre et de suivi a fait en sorte que les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs de la Politique, tant humaines que financières, n'ont pas été allouées » (Ibid., p. 30). En plus, le Bilan remarque que la conjoncture qui a suivi l'apparition de la Politique de 1993 n'a pas été favorable à sa mise en œuvre et son application. Des conditions adverses rencontrées par le gouvernement ont été la réforme du système de santé, la transformation du réseau et la recherche de l'équilibre des finances publiques (Ibid., p. 21). Sur ce dernier point, le Bilan constate que le contexte budgétaire a entraîné, notamment lors du plan triennal de 1995 à 1998, « la suppression de nombreux services ou leur réorganisation à partir de ressources humaines et financières réduites » (Ibid.). Dans l'ensemble, le Bilan conclut qu' « on ne constate pas une mise en œuvre réfléchie de la Politique, mais plutôt le développement de 'parties' de la Politique sans trop de préoccupations à l'égard des autres 'parties' » (Ibid., p. 22).

L'objectif principal de la Politique de 1993 était d'améliorer le soutien apporté aux futurs parents et aux parents de très jeunes enfants ainsi qu'aux jeunes enfants présentant des besoins particuliers. Selon le Bilan, « les modifications administratives et organisationnelles (...) ainsi que le manque de ressources humaines et financières n'ont pas permis le virage vers des services universels que visait la Politique » (Ibid., p. 6). Toutefois, « on constate que les années d'application de la Politique ont conduit à des acquis, grâce au travail de l'ensemble des partenaires, pour les familles les plus vulnérables et, de façon incomplète et peu cohérente, pour l'ensemble des femmes enceintes, des pères, des très jeunes enfants et des familles » (Ibid.). Ces acquis ont été initiés à plusieurs niveaux. Au niveau ministériel, en lien avec les orientations de la Politique de 1993, on retrouve : l'autorisation légale et le développement de la pratique des sages-femmes<sup>52</sup>; les Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité<sup>53</sup>; les actions en vue de soutenir l'allaitement maternel; ainsi que la reconnaissance et la stimulation des pratiques communautaires (Ibid., p. 5). D'autres actions ont été également posées au niveau ministériel « dans les domaines de la planification des naissances, des nouvelles technologies de reproduction (procréation assistée), des infections transmises sexuellement et par le sang, des soins intensifs en néonatalogie de même que sur le plan stratégique et des implications sociales et éthiques du diagnostic prénatal » (Ibid.). Alors que la grande majorité des hôpitaux ont réduit la durée de séjour en milieu hospitalier après accouchement, le Ministère de la Santé et des Services sociaux a instauré, en lien avec les orientations de la Politique de 1993, un programme de congé précoce dans la

---

<sup>52</sup> Il est intéressant de noter la remarque de Couillard et Boyer à ce sujet. Malgré la création de centres de naissance où pratiquent des sages-femmes et bien que le virage ambulatoire vienne accélérer la sortie de l'hôpital, selon ces auteurs, « l'acte d'accoucher n'est jamais véritablement pensé 'hors des murs'. Ceci contraste en effet avec ce que nous avons vu (...) concernant la nouvelle vocation de l'hôpital appelé à devenir uniquement un lieu de soins hyperspécialisés. Alors que tout le discours est axé sur le retour à la communauté, que la Politique est elle-même recadrée dans un autre langage et que le virage commande la sortie de tout ce qui ne requiert pas de haute technologie, on peut se demander alors pourquoi l'accouchement demeure une enclave protégée à l'intérieur de cette institution » (Couillard et Boyer, 2000, p. 179).

<sup>53</sup> Le Programme SIPPE est le résultat de l'intégration de trois programmes en 2004, soit : Naître égaux – Grandir en santé, le Programme de soutien aux jeunes parents et les activités de soutien éducatif précoce (Ibid., p. 22).



plupart des centres hospitaliers accoucheurs du Québec afin d'assurer la sécurité de la mère et de l'enfant lors de leur retour au domicile (Ibid., p. 38). Enfin, le Bilan constate toutefois que les actions du ministère en matière de périnatalité « semblent avoir peu de liens entre elles et présentent même parfois des aspects contradictoires » (Ibid., p. 22). C'est le cas notamment du programme de congé précoce après l'accouchement qui laisse peu de temps à l'enseignement et à la réduction des difficultés associées à l'allaitement au sein de l'hôpital. En fait, l'avènement du congé précoce est venu « limiter les ressources offertes en périnatalité » (Ibid., p. 4). Pour assurer la continuité des services lors de l'implantation du congé précoce, les CLSC, dans l'ensemble, ont pris en charge la responsabilité des services et des soins postnatals immédiats (48-72 heures après l'accouchement)<sup>54</sup>. Cependant, le Bilan constate que « cette continuité est réduite ou non existante après le contact initial avec les clientèles non vulnérables » (Ibid., p. 23). Ainsi, le Bilan formule plusieurs critiques face au manque de mise en œuvre de la Politique de la part du ministère, dont les suivantes :

- À l'exception des programmes qui visent les clientèles qui présentent des problèmes particuliers, peu d'actions ont été menées pour rejoindre les familles, déterminer leurs besoins et attentes et trouver les manières efficaces d'y répondre;
- Les secteurs qui rendent des services de première ligne aux familles avec un nouveau-né se sont trouvés avec un accroissement de leur tâche sans que les ressources nécessaires soient ajoutées;
- Divers programmes ont souffert de l'implantation du congé précoce, dont les programmes qui exigent des ressources importantes, tels les SIPPE (Ibid.).

Au niveau régional, les actions en lien avec la Politique de 1993 ont été nombreuses et diversifiées. Certaines de ces réalisations sont associées au développement du continuum de services pour les femmes enceintes, les très jeunes enfants et les familles (Ibid., p. 5). Des initiatives ont été prises en fonction des grandes divisions de la période périnatale : la période préconceptionnelle, la période prénatale, la période périnatale et la période postnatale (Ibid., p. 43). Mais, puisqu'au niveau ministériel, il n'y a pas eu une volonté concrète d'assurer l'universalité des services en périnatalité, les actions en région n'ont pas reçu le soutien financier et humain pour rejoindre l'ensemble de la population. Ces actions « ont surtout visé à combler des besoins particuliers et se sont soldées par une diminution des services à la clientèle universelle » (Ibid., p. 23). Les réalisations au niveau régional s'adressent essentiellement aux familles vivant en situation de pauvreté : elles incluent les références, les mesures de soutien particulières, les tables sectorielles et régionales, etc. Le Bilan constate par ailleurs une amélioration de

---

<sup>54</sup> Le *Portrait de la situation dans les régions du Québec* (2000) montre que trois modèles de suivi postnatal dans le contexte de congé précoce se dégagent : le modèle centré sur le centre hospitalier qui assure lui-même le suivi postnatal immédiat à domicile; le modèle centré sur la communauté, quand le CLSC assure ce suivi; et le modèle mixte, où les deux institutions offrent le service en fonction des besoins de la clientèle et de la disponibilité des ressources (dans Théorêt et coll., 2007, p. 39). Une autre étude à ce sujet montre qu'une intervention rapide dans les 72 heures suivant le congé a un impact positif sur l'état de santé mentale de la mère, un mois après l'accouchement; que l'absence de complémentarité entre les centres hospitaliers et les CLSC diminue l'efficacité du réseau; et que le niveau d'implication des CLSC a un effet plus important sur l'accessibilité des services et sur la probabilité de continuer d'allaiter que celui des hôpitaux (Ibid., p. 40).

l'accessibilité en CLSC des programmes de soutien aux populations vulnérables, comme Naître égaux – Grandir en santé, puis par la suite le programme SIPPE (Ibid., p. 37). Une étude montre que ces programmes entraînent des gains importants pour les mères de milieu défavorisé, notamment sur le plan des symptômes dépressifs, de l'anémie postnatale, de l'allaitement maternel et du soutien social<sup>55</sup>. Toutefois, le Bilan constate que le déploiement des programmes de soutien aux populations vulnérables « demeure inégal, et les équipes de CLSC ne réussissent pas toujours à rejoindre, de façon satisfaisante, la clientèle visée ou encore à offrir l'intensité de service nécessaire, faute de financement » (Ibid.). En outre, certaines régions ont été particulièrement affectées par la diminution et l'arrêt de services sur leur territoire, notamment en raison de « choix de financement, de restructuration, de fermetures de départements ou de manque de ressources humaines » ainsi que de « resserrement de budget, (de) rationalisation ou (de) pénurie de médecins » (Ibid., p. 44). Ceci s'est traduit par la fermeture de départements d'obstétrique, la réduction de personnel dans les cliniques de périnatalité, le transfert des femmes à risque vers une autre région, etc. Ceci est d'autant plus dommageable pour les familles que l'on connaît pour les femmes « les conséquences de l'éloignement et de l'isolement, incluant des coûts émotifs et financiers pour les conjoints et les familles qui doivent se déplacer » (Ibid.). Deux autres champs ont été touchés par cette conjoncture : les visites et/ou téléphones pré et postnatals et les rencontres prénatales. Ces services se sont vus fortement diminués ou arrêtés dans certaines régions, notamment pour la clientèle universelle (Ibid.). Les conséquences pour les familles peuvent être considérables. En effet, selon le Bilan, « de nombreux problèmes entourant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement seraient imputables au fait que les parents sont très mal préparés à vivre ces événements » (Ibid.). Le Bilan rappelle également que « la perte de l'universalité des cours prénataux est exacerbée par le fait que ces nouveaux parents n'ont plus de modèle; plusieurs n'ont jamais pris un bébé dans leurs bras ou donné de soins à un nourrisson » (Ibid.).

Malgré les failles de la mise en œuvre de la Politique de périnatalité de 1993, on observe qu'un ensemble de mesures et d'actions réalisées par d'autres ministères, organismes publics et autres acteurs sociaux ont contribué à affecter de manière positive l'expérience des mères, des pères et des jeunes enfants en période périnatale. Par exemple, des mesures gouvernementales visant à amoindrir les conséquences de la pauvreté sur la santé et le bien-être des femmes enceintes ont été adoptées depuis la parution de la Politique (Ibid., p. 26). Ainsi, on retrouve la prestation spéciale de grossesse, la prestation spéciale d'allaitement, la prestation spéciale de soutien à l'achat de préparations lactées pour les enfants âgés de moins de neuf mois, de programme d'accès aux études pour les jeunes femmes enceintes et les jeunes mères, ainsi que la mesure financière spéciale pour les mineures enceintes. D'autres mesures visant l'amélioration des conditions socioéconomiques des jeunes familles ont trait à la valorisation au travail, à l'amélioration du revenu des individus et des familles, surtout les plus vulnérables, à la bonification de l'assurance-emploi et à des investissements en habitation (Ibid., p. 48). Des actions ont également été réalisées dans le domaine de

---

<sup>55</sup> Cependant, aucune incidence n'a été remarquée sur l'insuffisance de poids à la naissance. Le Bilan note que certains phénomènes physiologiques, comme l'insuffisance de poids ou la maturité, sont encore mal connus au niveau scientifique et sont donc très difficile à contrer (Ibid., p. 6).

l'éducation pour soutenir les jeunes parents dans leur projet de retour aux études (Ibid., p. 46). Ensuite, le déploiement des services de garde a permis de répondre aux besoins de certains enfants et leurs parents. En 2002, une entente-cadre entre diverses instances administratives a été conclue afin de favoriser les collaborations entre les CLSC et les CPE (Ibid., p. 47). En outre, la création du Régime québécois d'assurance parentale en 2006 va aussi dans le sens de soutenir les familles en période périnatale. Enfin, la reconnaissance et la stimulation de certaines pratiques communautaires en lien avec la périnatalité<sup>56</sup> de la part des ministères se sont accompagnées d'une augmentation des allocations financières à leur endroit (Ibid., p. 50).

En somme, au terme de cette étude sur la mise en œuvre de la Politique de périnatalité de 1993, le Bilan constate que l'objectif d'universalité des services n'est pas atteint. Une concentration des réalisations et de mise en œuvre de services auprès des familles les plus vulnérables a été observée dans l'ensemble des régions de la province. Cependant, ce développement est inégal et le manque de ressources humaines et financières oblige plusieurs instances régionales à prendre des décisions en matière de périnatalité qui vont à l'encontre des objectifs de la Politique. Les problématiques soulevées par l'implantation du programme de congé précoce, notamment la difficulté observée de garantir une continuité des soins à l'ensemble de la population dans les jours qui suivent la naissance, révèlent que les logiques de réduction des coûts des soins de santé surpassent les logiques d'accompagnement à la population générale au moment de la naissance. D'autres logiques présentes dans notre société actuelle sont également potentiellement contradictoires. Selon le Bilan, et nous terminerons cette section sur ces mots,

- Deux courants principaux, parfois opposés, se partagent l'espace social de la périnatalité :
- D'une part, la science ainsi que les technologies médicales et pharmacologiques occupent un terrain de plus en plus grand sur les plans socioéconomique (ressources humaines et matérielles investies dans les techniques et les immobilisations) et symbolique (visibilité et représentations publiques quant à la capacité à traiter efficacement de plus en plus de conditions médicales extrêmes ou chroniques);
  - D'autre part, l'humanisation des soins (moins d'interventions médicales durant la grossesse et à l'accouchement, choix éclairé, contrôle de la douleur, allaitement, soutien aux familles, choix de l'intervenant) relève plus de la sphère privée des choix individuels et ne bénéficie pas de la même visibilité ni de la même reconnaissance sociopolitique que les techniques issues des sciences médicales.

Ces deux courants occupent le même espace social, et le partage est inégal en matière de représentations symboliques et de ressources humaines et financières. (Ibid., p. 24)

#### **2.2.2.2. La politique de périnatalité, 2008-2018**

Pourquoi une nouvelle politique de périnatalité? La Politique de 2008-2018 justifie son existence comme suit :

Les avancées scientifiques, le développement technologique, la transformation en cours de l'organisation des services de santé et des services sociaux et l'évolution de la société

---

<sup>56</sup> Il s'agit notamment des organismes à rayonnement provincial, tels le Dispensaire diététique de Montréal, la Ligue La Leche, AVAC Montréal et le Regroupement Naissance-Renaissance (Ibid., p. 49).

nous obligent à nous donner un nouveau cadre, à revoir nos façons de faire et à adapter nos besoins et les services pour être en mesure de répondre aux besoins diversifiés de la population actuelle. (Laverdière et coll., 2008, p. 2)

L'essor des méthodes de procréation, la diminution de la durée de séjour en centre hospitalier après l'accouchement, la diversification des environnements familiaux (unions de fait, familles monoparentales et recomposées) et l'appauvrissement d'une proportion notable d'adultes et d'enfants touchés par la rupture des couples sont en effet parmi les caractéristiques du contexte social actuel – un contexte « différent de celui du début des années 1990 » – qui nécessite la reformulation d'une vision commune en matière de périnatalité (Ibid., p. 3).

La Politique de 2008-2018 est divisée en trois parties : la première est consacrée à ses fondements, la deuxième à l'organisation générale des services de périnatalité et la troisième à l'action collective à l'intention des enfants et des familles. Dans ce qui suit, nous ne retiendrons du contenu de cette politique que ce qui nous semble pertinent dans le cadre de notre présent travail. Notamment, nous regarderons comment la nouvelle politique se distingue de sa prédécesseur et tente de répondre aux critiques formulées par le Bilan.

Les fondements de la Politique de 2008-2018 diffèrent en peu de choses des fondements de la précédente. En ce sens, nous pouvons dire que la nouvelle politique s'inscrit en continuité avec la précédente. Ainsi, la femme enceinte, l'enfant et sa famille, mais aussi sa communauté et la société sont au cœur de l'intervention (Ibid., p. 7). La nouvelle politique s'inscrit donc dans une perspective écosystémique déjà amorcée par la politique précédente. La nouvelle politique reprend la même définition de la période périnatale que sa prédécesseur, c'est-à-dire : « la période périnatale s'étend du moment de la prise de décision d'avoir un enfant ou, dans certaines circonstances, du moment de la conception, jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge d'un an » (Ibid., p. 8). Avant et pendant la grossesse, la politique propose des interventions afin que la prévention occupe une place de choix. Après l'accouchement, l'intervention doit mettre l'accent sur le développement d'un attachement sécurisé chez l'enfant et le renforcement des habiletés parentales (Ibid.). Deux autres approches théoriques supportent donc les orientations de la nouvelle politique : la théorie de l'attachement et l'*empowerment* des parents<sup>57</sup>. Notons qu'à l'instar de la politique de 1993, la nouvelle politique promeut la lutte contre la pauvreté, et précisant davantage l'orientation de sa prédécesseur, la nouvelle politique insiste sur le développement du soutien à la paternité (Ibid., p. 11).

La deuxième partie de la politique consacrée à l'organisation et la modernisation du réseau de la santé et des services sociaux tente de répondre à deux critiques fondamentales issues du Bilan : la question de l'universalité et de l'accessibilité des services en matière de périnatalité. Ainsi, selon la politique de 2008-2018, l'organisation des services de périnatalité doit reposer sur deux principes fondamentaux : « la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services » (Ibid., p. 17). La responsabilité populationnelle fait référence au mandat des intervenants du système

---

<sup>57</sup> Le concept d'*empowerment* peut être défini comme suit : « un processus par lequel une personne, qui se trouve dans des conditions de vie plus ou moins incapacitantes, développe, par l'intermédiaire d'actions concrètes, le sentiment qu'il lui est possible d'exercer un plus grand contrôle sur les aspects de sa réalité psychologique et sociale qui sont importants pour elle et pour ses proches » (LeBossé et coll., 1993, dans Martin et Boyer, 2000, p. 14).

public, c'est-à-dire des CSSS, d'assurer l'amélioration de la population de leur territoire, notamment par l'accessibilité aux services. Cette préoccupation tente d'harmoniser les services entre les diverses régions de la province (Ibid., p. 70-75). Pour sa part, la hiérarchisation des services prévoit une division selon les services de première ligne, à vocation générale, les services de deuxième ligne ou spécialisés, et enfin les services de troisième ligne ou ultraspecialisés. La nouvelle politique formule la question suivante : comment la hiérarchisation devrait-elle se traduire dans les services de périnatalité? Pour répondre à un objectif d'universalisation des services, les services de première ligne, dont font partie les services généraux en périnatalité, sont dorénavant « considérés comme 'la porte d'entrée' du réseau de soins et de services » (Ibid.). Cela nécessite que les professionnels des services de premières lignes, tels les médecins omnipraticiens et les sages-femmes, soient en nombre suffisant pour répondre aux situations de grossesse et d'accouchement qui se déroulent normalement, « soit la très grande majorité » (Ibid.).

La politique de 2008-2018 détaille les orientations qu'elle juge nécessaires pour chacune des étapes de la période périnatale, soit la période prénatale, la période périnatale, la période postnatale. Pour la première période, les objectifs des orientations proposées par la nouvelle politique sont doubles : l'emphase est sur la prévention et continuité des services. Pour ce faire, la politique suggère le développement de la pratique des sages-femmes, qui garantit la continuité relationnelle d'un professionnel durant toute la grossesse jusqu'à quelques semaines après l'accouchement. Même s'il a été constaté que le recours aux services d'une sage-femme se fait essentiellement parmi les femmes plus favorisées et plus scolarisées, la politique propose que des actions soient posées pour que les femmes vivant dans un contexte de vulnérabilité psychosociale aient également accès à l'expertise des sages-femmes (Ibid., p. 27). La nouvelle politique propose que la pratique déjà existante de 'l'avis de grossesse' soit généralisée. L'avis de grossesse permet au professionnel traitant d'orienter la femme enceinte vers le CSSS de son territoire afin qu'elle bénéficie d'information sur les ressources locales existantes ou de services appropriés à ses attentes, à ses besoins ou à sa situation. (Ibid., p. 30). L'intervention auprès des femmes enceintes permet également d'adresser des aspects liés à leur santé, telle la promotion d'une alimentation saine, d'un mode de vie actif, sans tabac, ni alcool, ni drogue, et de comportements sexuels responsables. Ainsi, par l'intervention prénatale, la politique vise à promouvoir l'information sur les habitudes de vie favorables à l'enfantement et à permettre, à travers les services de premières lignes, à effectuer un dépistage et une intervention précoce en lien avec certaines problématiques pouvant compromettre le bien-être de la mère et de l'enfant (Ibid., p. 38).

Pour la période périnatale, la politique est essentiellement concernée par l'intervention obstétricale. Les mots d'ordre sont alors « pertinence, sécurité et humanité » (Ibid.). La politique s'inquiète notamment de l'augmentation du taux de césariennes, qui entraînent souvent une hospitalisation prolongée, ou encore de l'utilisation d'anesthésiant ou le recours au déclenchement artificiel de la naissance pouvant avoir des effets secondaires sur le déroulement de l'accouchement (Ibid., p. 44-53). La politique remarque que « les différents acteurs en périnatalité s'accordent quant à l'importance de la période prénatale pour renseigner les femmes et accroître leur désir de donner naissance de façon naturelle » et « qu'il ne fait aucun doute que l'organisation des soins au cours de la période de travail et de l'accouchement est déterminante pour la

réduction du nombre d'interventions obstétricales » (Ibid., p. 52, 53)<sup>58</sup>. Alors que, pour la période périnatale, l'emphase de la politique est au niveau obstétrical, les préoccupations de la politique lors de la période postnatale se situent au niveau de la continuité des soins et l'universalité de l'approche. Selon la politique, étant donnée la réduction de la durée de l'hospitalisation à l'accouchement,

Il est donc essentiel d'offrir un continuum de soins et de services sans failles après le congé postnatal. La nécessité d'offrir à toutes les femmes, qu'elles fassent ou non partie d'une population considérée comme vulnérable, une visite postnatale dans les délais prescrits, s'impose encore. Cette visite systématique vise certes à assurer la sécurité de la mère et de l'enfant, mais elle répond également aux convictions qui sous-tendent la définition des services de périnatalité, en offrant une présence rassurante dans le milieu de vie du nouveau-né et de sa famille. (...) De plus, ce contact personnalisé, tant avec la mère qu'avec le père, rend propice l'établissement d'un lien de confiance pouvant favoriser un recours éventuel aux services postnatals offerts par le réseau de la santé et des services sociaux ou encore, une orientation vers les ressources de leur communauté. (Ibid., p. 60).

Enfin, la politique propose que des moyens soient mis en place pour renforcer les aptitudes des parents, et notamment celles du père, à exercer leur rôle et accompagner ceux-ci à toutes les étapes du développement de l'enfant (Ibid. p. 63). Remarquons toutefois que la formulation de la politique quant à ces moyens à mettre en œuvre reste vague. Il faut consulter la partie de la politique concernant les situations particulières pour avoir plus de détails sur l'intervention à adopter.

La politique de 2008-2018 identifie plusieurs situations particulières pouvant survenir en période périnatale et nécessitant des services appropriés. Ces services « doivent être accessibles à partir des services généraux de périnatalité et coordonnés avec ces derniers » (Ibid., p. 79). Parmi les situations particulières identifiées par la présente politique, nous évoquerons brièvement les propositions de la politique concernant les situations de parents en contexte de vulnérabilité, les cas de prématurité et d'extrême prématurité, puis les situations liées à la consommation d'alcool et de drogue, aux abus et à la négligence ainsi qu'à la santé mentale. D'abord, la Politique réaffirme que plusieurs caractéristiques constituent des facteurs de vulnérabilité pour les parents et influent sur leur capacité d'éduquer leur enfant et de lui donner les soins dont il a besoin : les principaux sont la pauvreté, la faible scolarité, la monoparentalité, le jeune âge et l'isolement social. À ce sujet, la nouvelle politique ne diffère guère des objectifs de la politique de 1993. Poursuivre la mise en œuvre des programmes SIPPE semble être la direction à suivre pour continuer à contrer l'effet de ces problématiques (Ibid., p. 82-83). Ensuite, la politique s'inquiète de l'augmentation du nombre de naissances prématurées et des conséquences pour les familles et les enfants. Alors, selon la politique, « les parents concernés doivent être soutenus et accompagnés, notamment dans les moments cruciaux où ils ont à prendre des décisions pour un enfant extrêmement prématuré (et) il est impératif d'intervenir précocement afin d'optimiser le potentiel de développement de l'enfant » (Ibid., p. 91). Ainsi, les soins et services doivent s'organiser pour tenir compte des besoins des enfants, des parents et de la fratrie :

- En consolidant l'approche interdisciplinaire dans les hôpitaux pédiatriques et les services

---

<sup>58</sup> Il est intéressant de remarquer l'appel de cette politique à la modération des interventions médicales, une tendance qui contraste avec la logique obstétricale de la toute première politique de périnatalité parue en 1973.

- de pédiatrie régionaux;
- En adaptant les différents lieux où des soins et des services sont offerts : chambres d'accommodation ou de transition et chambres réservées aux parents, en vue de favoriser la relation d'attachement entre l'enfant et ses parents et de faciliter chez ces derniers l'apprentissage des soins qu'ils devront fournir à leur enfant;
- En organisant des services de garde pour la fratrie;
- En renforçant le lien affectif des parents envers l'enfant et l'attachement sécurisant de ce dernier par l'utilisation de diverses méthodes (méthode kangourou, contact peau à peau, etc.);
- En transférant l'enfant le plus près possible de son milieu de vie, et en veillant à ce que les conditions de transfert soient adéquates et sécuritaires;
- En offrant des services le plus près possible du milieu de vie de l'enfant, que ce soit en zone urbaine ou en région;
- En donnant accès aux nourrissons à des programmes de stimulation précoce visant à intervenir, à dépister et à traiter les problèmes de développement. (Ibid., p. 91)

Enfin, en ce qui concerne les problématiques liées à la consommation, à la prévention de l'abus et de la négligence et à la santé mentale, les mots d'ordre sont le dépistage et la précocité des interventions pour répondre aux besoins des femmes enceintes et protéger les enfants, ainsi que l'accessibilité et la continuité des services (Ibid., p. 100, 107, 110). Selon la politique, la détection de ces problématiques constitue toujours un défi. La visite postnatale systématique à domicile doit permettre la détection précoce de ces problématiques. La politique estime également que la continuité des soins, l'accessibilité aux ressources communautaires et le partenariat avec la Direction de la protection de la jeunesse peuvent contribuer à réduire les effets de ces diverses problématiques (Ibid., 111, 107).

Ce bref parcours de la nouvelle politique nous permet de constater l'importance attribuer à l'identification des besoins des femmes enceintes, dans leur ensemble, au dépistage des situations à facteurs de risque, à la prévention par le biais d'interventions précoces, et à l'efficacité des interventions assurée par la continuité des soins et la collaboration entre les différents partenaires du réseau. Si ces orientations sont clairement définies par la nouvelle politique, celle-ci, en revanche, reste vague sur le rôle des divers intervenants et le partage des tâches entre les diverses professions ou dispensateurs de services. Notons que si des précisions sont parfois apportées sur le rôle des médecins ou des infirmières, il n'est jamais mention dans le texte du rôle de travailleurs sociaux et d'autres intervenants en périnatalité. Ceux-ci semblent être inclus dans la dénomination vague et générale d'« équipe interdisciplinaire ». En outre, la politique semble prôner une formation continue sur la détection des facteurs de risques à « tous les professionnels travaillant en périnatalité » (Ibid., p. 111). Ainsi, l'intervention périnatale, en tout cas certains de ses aspects, comme le dépistage de facteurs de risque et l'évaluation des besoins de nouveaux parents, sont des prérogatives partagées. Pour éviter l'enchevêtrement des rôles et favoriser la collaboration entre les différents partenaires, une tentative de clarification à ce niveau nous semble nécessaire. Dans la section suivante, nous tenterons de mettre en évidence le rôle spécifique du travailleur social de l'hôpital en matière de périnatalité.

### **2.3. L'intervention périnatale des travailleurs sociaux en milieu hospitalier**

L'intervention périnatale en milieu hospitalier se trouve à la croisée de deux champs d'intervention que nous avons présentés dans les deux sections précédentes, soit l'intervention en milieu hospitalier et l'intervention en périnatalité. En fait, la double tâche de répondre aux besoins de la clientèle et en même temps de répondre aux contraintes du milieu de pratique peut s'avérer complexe et parfois frustrante, pour le travailleur social. La littérature sur le sujet montre que le rôle traditionnel du travailleur social périnatal est, depuis quelque temps, bousculé par un ensemble de choix administratifs et financiers qui affectent l'organisation des services en milieu hospitalier et dans la communauté. Le facteur ayant le plus d'impact, nous l'avons vu, est la réduction de la durée des hospitalisations. L'objectif de cette section est dans un premier temps de préciser le rôle traditionnel du travailleur social périnatal et en quoi consiste la singularité de sa pratique. Dans un deuxième temps, nous étudierons l'impact de la réduction de la durée des hospitalisations dans les départements d'obstétrique et de néonatalogie sur ses fonctions. Dans un troisième temps, nous présenterons une analyse de nos activités de stagiaire en service social aux cliniques d'obstétrique et néonatalogie au CHU Sainte-Justine, à la lumière des éléments dégagés dans les deux sous-sections précédentes.

#### **2.3.1. Les divers rôles du travailleur social périnatal en milieu hospitalier**

L'intervention périnatale en milieu hospitalier comporte plusieurs aspects, allant de l'offre directe de service à la clientèle, au travail avec le système, à la capacité de prendre soin de soi (Bachman et Lind, 1997a, p. 13). Les services directs comprennent : l'évaluation, la planification, l'intervention et le soutien au congé. Le rôle du travailleur social en lien avec le système inclut la coordination avec le personnel de la santé, le soutien au personnel et l'enseignement. Dans ce qui suit, nous présentons ces rôles traditionnels de manière plus détaillée. La description de ces rôles est inspirée de la pratique dans les départements d'obstétrique principalement. Nous incluons dans le texte les aspects de l'intervention psychosociale à l'unité néonatale de soins intensifs quand cela nous semble nécessaire de souligner les particularités de cette clinique<sup>59</sup>.

##### **2.3.1.1. L'évaluation**

Généralement, les services auprès des parents en période périnatale débutent avec une évaluation initiale de leur situation. Cette première évaluation permet d'observer les dynamiques familiales qui se dessinent le plus clairement et d'obtenir de l'information sur leur histoire sociale et médicale. Elle doit permettre de comprendre la situation de la famille, ses forces et certaines de ses stratégies d'adaptation. En effet, ceci est d'autant plus important qu'en milieu hospitalier, la famille est habituellement en crise (Ibid., p. 14). Ensuite, dans les rencontres subséquentes, le travailleur social doit procéder à une collecte de données plus en profondeur, qui inclut l'histoire psychosociale de la famille ainsi que l'évaluation de sa réponse émotionnelle et cognitive à la situation (Ibid.).

---

<sup>59</sup> Nous proposerons quelques citations en anglais où l'expression *NICU* est utilisé. *NICU* est l'acronyme pour *Neonatal Intensive Care Unit*.



D'abord, les diverses composantes de l'histoire psychosociale de la famille comprennent l'histoire générale de la famille, une discussion sur les stress spécifiquement vécus en lien avec la situation, l'expérience de la personne de situations similaires dans le passé, et l'évaluation des ressources de la famille. Les ressources incluent les amis, la famille élargie, l'appartenance à des groupes sociaux, tels une communauté religieuse, les ressources financières, les possibilités de faire garder les enfants, le logement, le transport et la santé mentale (Carlton, 1984, dans Ibid.). Ensuite, l'évaluation de l'état émotionnel et cognitif de la famille nécessite l'évaluation des facteurs suivants : les perceptions de la famille du problème qui les a amenés à l'hôpital; la compréhension de la famille ou de la patiente elle-même de ce qui lui arrive; la capacité d'ajustement des divers membres de la famille à l'hospitalisation, quand c'est le cas; puis les perceptions des membres de la famille concernant l'arrivée de l'enfant dans le cercle familial (Ibid.). Lors d'une intervention à l'unité néonatale de l'hôpital, Bachman et Lind rajoutent que :

*Because the NICU system is a more closed system than the Perinatal unit (i.e. limited access, longer average hospitalizations, rigid rules and homogenous staff attire), the assessment may be affected in several ways. First it may focus on family adjustment to the system itself, second it may be done over a somewhat longer period of time, and third, the staff may offer more input.* (Bachman et Lind, 1997b, p. 29)

### **2.3.1.2. La fratrie**

Les autres enfants du système familial sont généralement absents du contexte hospitalier. Néanmoins, ils peuvent tout autant subir les effets de l'hospitalisation de leur mère ou du nouveau-né. L'évaluation de leurs réactions face à la séparation de leur mère, au changement des dynamiques familiales et de l'ajout ou de la perte d'un membre de la famille est donc nécessaire (Bachman et Lind, 1997a, p. 14). L'évaluation est rendue difficile par le fait que les hôpitaux ne permettent pas toujours la visite de la fratrie. C'est le cas notamment des unités néonatales de soins intensifs. Le travailleur social devra donc évaluer la situation de manière indirecte, notamment à travers le regard des parents. Le risque est que les parents, s'ils sont eux-mêmes dans un processus de déni de leurs propres émotions, en fasse autant avec leurs enfants. Le travailleur social devra donc intervenir en aidant les parents à identifier leur sentiment par rapport à la situation afin d'encourager leurs enfants à le faire également (Ibid.). Si la séparation devient problématique parce qu'elle se prolonge, des visites devront être arrangées. D'autres moyens, comme la thérapie par l'art, l'utilisation de livres pour enfant décrivant la naissance d'un enfant aux soins intensifs néonataux, peuvent être utilisés (Ibid.).

### **2.3.1.3. L'intervention**

Une fois l'évaluation effectuée, l'intervention peut s'effectuer à plusieurs niveaux. Les différents mandats de la profession de travailleur social ont été explicités dans le modèle proposé par Compton et Galaway, en 1994 (dans Bachman et Lind, 1997a). Il est intéressant de noter que ce modèle a été repris à plusieurs occasions par des auteurs étudiant certains aspects de l'intervention périnatale (Bachman et Lind, 1997a; Sun, 2004). Nous reprenons donc ici les divers rôles identifiés par Compton et Galaway

afin de préciser le genre d'intervention que le travailleur social périnatal en milieu hospitalier est amené à effectuer. Ces auteurs identifient cinq rôles : le courtier, le facilitateur, l'enseignant, le médiateur et le défenseur<sup>60</sup>. Nous en rajouterons un sixième ensuite.

Dans son rôle de courtier, le travailleur social réfère les familles aux ressources communautaires pour du soutien additionnel. Les références vont se faire en fonction des ressources disponibles et des besoins des parents. Par exemple, dans les situations impliquant un enfant prématuré, les parents peuvent être référés à des groupes de soutien avec des parents partageant la même situation, des services d'aide à domicile, des services pour l'entretien de la maison ou la garde des enfants (Bachman et Lind, 1997b, p. 30).

Dans son rôle de facilitateur, le travailleur social va mettre l'emphase sur les forces de la famille ou d'autres ressources pouvant la motiver à trouver des solutions à ses besoins. Par exemple, le facilitateur encourage les parents à identifier des problèmes de communication et trouver des alternatives. Il propose aux parents de discuter leurs sentiments, en lien avec la situation médicale ou autre, tout en apportant soutien et encouragement (Bachman et Lind, 1997a, p. 15).

Dans son rôle d'enseignant, le travailleur social informe les familles sur les ressources communautaires, les droits du patient hospitalisé et les risques liés à leur situation. Par exemple, le travailleur social intervenant auprès d'une mère toxicomane remplira son rôle d'enseignant en l'informant sur les conséquences de la consommation sur le fœtus (Sun, 2004, p. 383). Il a été observé que la qualité et la clarté de l'information à un impact généralement positif sur la diminution de certains sentiments, comme la culpabilité et l'anxiété (Ibid.).

Dans son rôle de défenseur, le travailleur social aide les parents en les représentant auprès d'autres professionnels. Le travailleur peut servir d'intermédiaire entre les parents et les agents de la Sécurité du Revenu, par exemple, ou auprès des membres de l'équipe médicale. Le travailleur social pourra faire valoir les droits de l'enfant ou des parents auprès de l'institution médicale (Bachman et Lind, 1997a, p. 16).

Dans son rôle de médiateur, un rôle assez proche du précédent, le travailleur se positionne entre les parents et une tierce partie lorsqu'il y a conflit. Dans les unités intensives néonatales, le travailleur social peut également assister les familles et le personnel médical lors de la prise de décision difficile concernant l'arrêt d'un traitement (Bachman et Lind, 1997b, p. 30).

Par ailleurs, un autre rôle a été souligné dans une autre étude, notamment auprès des femmes vivant dans un contexte de pauvreté économique et sociale : le rôle de soutien social. Selon Perreault et ses collaborateurs, le soutien de l'intervenante peut s'actualiser de différentes façons : le soutien informatif, émotionnel, instrumental, le soutien à la modification des habitudes de vie, le soutien récréatif ainsi que la disponibilité du soutien (Perreault et coll., 1998, p. 163). Il a été observé que le soutien social aide les femmes « à garder un bon moral, à les rassurer, à les valoriser et à favoriser l'intégration de la grossesse et la croissance personnelle » (Ibid., p. 178). Pour bien comprendre comment agit le soutien social, il est important de prendre en compte la

---

<sup>60</sup> Ceci est une traduction approximative des termes utilisés par Compton et Galaway (1994), qui sont, en anglais, *social broker*, *enabler*, *teacher*, *mediator* et *advocate* (dans Bachman et Lind, 1997a, p. 15; dans Sun, 2004, p. 383).

complexité du processus relationnel entre l'aidante et l'aidée. En effet, le contexte, la source du soutien, le type de soutien et la nature des interactions influencent la satisfaction envers le soutien (Ibid., p. 179). En outre, c'est la perception du soutien plutôt que le soutien réel qui semble déterminante pour la réalisation de ses effets positifs (Barrera, 1981; House, 1981, dans Perreault et coll., 1998, p. 165). Par exemple, la disponibilité du soutien est aussi déterminante que le soutien lui-même. Enfin, Perreault et ses collaborateurs concluent que l'établissement d'« une relation de confiance entre une femme enceinte défavorisée et une telle intervenante est possible et nécessaire pour que l'intervention soit perçue comme aidante par la femme enceinte » (Ibid., p. 179). Nous pouvons estimer que ce qui vient d'être nommé pour la femme enceinte est également juste pour la femme qui vient d'accoucher et dont le bébé reste à l'unité néonatale.

#### **2.3.1.4. La protection de la jeunesse**

Tout professionnel de la santé, dans les pays qui offrent des services de protection de la jeunesse, est tenu par la loi de signaler aux instances responsables toute situation qui porte à croire qu'il y a existence ou risque d'abus ou de négligence (Bachman et Lind, 1997b, p. 31). Ceci est notamment le rôle du travailleur social rattaché à l'unité néonatale de soins intensifs de l'hôpital. Plusieurs raisons peuvent amener le travailleur social à signaler une situation : les enfants nés avec le syndrome d'alcoolisation fœtale, ou souffrant de symptôme de retrait suite à la consommation de la mère pendant sa grossesse, un passé d'abus ou de négligence chez les parents ou encore l'adoption d'enfants abandonnés ou difficiles à placer (Ibid., p. 32). La présence de facteurs de risques sociaux élevés peut également alerter le travailleur social. Certains comportements de la part des parents sont à prendre en considération : le manque d'attachement des parents envers l'enfant, l'absence ou le peu de visites au bébé hospitalisé de la part des parents, leur faible capacité à comprendre les besoins médicaux de l'enfant et à se préparer pour le retour au domicile (Ibid.).

Dans ces situations, l'ensemble de l'équipe médicale participe à l'évaluation des capacités parentales du père et de la mère, afin qu'une décision commune soit prise. Les parents doivent être informés qu'un signalement sera ou a déjà été placé. Une telle annonce peut provoquer de fortes réponses émotionnelles, tels la colère, l'hostilité ou le désespoir. Le travailleur social est présent pour accueillir ces réactions. Dans les cas impliquant les services de protection de l'enfance, « *the NICU social worker may (also) act as a liaison with the state child welfare agency, hospital staff and parents to assist the family in coping with hospitalization, investigation and discharge plans made for the baby* » (Ibid.).

Bachman et Lind identifient trois catégories d'intervention possible à effectuer dans ces situations. D'abord, le travailleur social identifie les ressources de la communauté pouvant aider les parents et aussi leurs enfants. Si les parents sont réceptifs à cette proposition, le travailleur social dirige les parents vers des programmes de traitement liés à la consommation, des programmes pour les enfants de 0 à 3 ans, la visite d'une infirmière du réseau public, etc. (Ibid.). Ensuite, un accord de sortie de l'hôpital<sup>61</sup> (avec le bébé) peut être signé entre les parents et le personnel de l'hôpital. Ce document

---

<sup>61</sup> L'expression anglaise utilisée dans le texte original est *discharge agreement*.

écrit permet d'inclure « *the specific expectations to be met by the parents in order to demonstrate they are skilled in providing safe care for the child prior to discharge home* » (Ibid., p. 33). Après la signature du contrat, une visite de 24 heures des parents à l'hôpital est organisée. Pendant cette visite, la famille est seule responsable du bébé. Ainsi, ce document est un outil important pour le travailleur social qui décide de signaler, « *since (...) it is difficult for the state child welfare agency to found a report of neglect if a baby has never left the hospital* » (Ibid.). Enfin, les situations impliquant les services de protection de l'enfance peuvent affecter émotionnellement les membres du personnel qui participent aux soins du bébé. Des réactions telles la colère, la tristesse ou l'accusation peuvent surgir; « *they may question the discharge plan, offer themselves as foster parents and/or even treat the family inappropriately* » (Ibid.). Dans ces cas, le travailleur social peut être amené à passer autant de temps avec les membres du personnel afin qu'ils identifient leurs émotions et rétablissent leur objectivité qu'avec la famille (Ibid.).

En somme, selon Bachman et Lind,

*Protective service cases represent some of the most complex and time-consuming cases as they involve high risk infants of multiproblem families. The difficult case material, the need for close monitoring of the family, the increased needs of the staff, the possible acting out by family and the lack of resources all add to the difficulty of these cases which have in the past few years represented a higher proportion of the NICU workers' cases.* (Ibid., p. 34)

### **2.3.1.5. La planification du congé et du suivi**

Les patientes enceintes qui prennent congé après un séjour à l'hôpital peuvent ressentir de l'ambivalence. Le rôle du travailleur social est donc d'aider les familles à identifier leurs sentiments et les préparer au retour à la maison de la mère. Le travailleur social peut entre autres référer les parents à des ressources de la communauté qui offrent des services de soutien non médicaux. Le travailleur social peut également vérifier que la mère aura l'équipement médical nécessaire pour son retour au domicile. Le travailleur social peut poursuivre le suivi psychosocial initié à l'hôpital jusqu'à la naissance de l'enfant, selon les circonstances. Si l'enfant est acheminé vers l'unité néonatale de soins intensifs, le travailleur social peut continuer son intervention auprès des parents (Bachman et Lind, 1997a, p. 16).

Dans les cas d'enfants prématurés, lorsque vient le temps pour eux de rentrer au domicile avec leurs parents, une évaluation au cas par cas est nécessaire pour identifier les besoins de chaque famille (Bachman et Lind, 1997b, p. 34). Plusieurs types de services peuvent être alors offerts :

*Generally speaking, the services may be grouped into three types : discharge planning needs for strictly medical problems (Example : skilled medical facility), discharge planning for development follow-up (Example : 0-3 programs, occupational or physical therapy) and discharge planning for social welfare needs (Example : state child welfare agency). One child may receive all three types of home care services.* (Ibid., p. 34, 35)

Le suivi post-hospitalisation va dépendre de la situation de la famille qui a fait l'expérience de l'unité néonatale. Mais, selon Bachman et Lind,

*For most parents the experience of having a child in the NICU is very disturbing and disorienting. Most families develop strong feelings (positive or negative) for the staff with whom they work during such a stressful time. It may take some time to resolve the feelings whether they be intense anger or intense dependency and a member of the staff*

*should be available for this work. The social worker is well trained for such tasks, is usually sensitive to these issues and is more likely to be able to follow cases longer than other staff members who have less autonomy. Follow-up cannot be indefinite, however, and referrals to appropriate supportive community resources should be made as needed. (Ibid., p. 35)*

### **2.3.1.6. Le travail en équipe interdisciplinaire**

De par son contexte de travail, le travailleur social est amené à travailler de près avec une variété de professionnels de l'hôpital, comme les administrateurs, l'équipe légale, les médecins, les infirmières, les conseillers spirituels, les divers thérapeutes, les techniciens de laboratoire, les secrétaires et le personnel de transport (Bachman et Lind, 1997a, p. 16). Un des rôles principaux du travailleur social, selon Bachman et Lind, est un de coordination et de communication avec les autres membres de l'équipe, « *because the social worker does not rotate off service, is a skilled listener and observer and sees the system itself as a client* » (Ibid.). Au sein de l'équipe, le travailleur social offre son soutien aux autres membres quand cela s'avère nécessaire. Il informe également le personnel médical au sujet de considérations psychosociales, de politiques sociales, de ressources communautaires et du développement humain en lien avec sa pratique. Enfin, il peut mettre à contribution sa conscience éthique au sujet de la confidentialité ou le droit du patient à l'autodétermination (Ibid., p. 17). Dans l'unité néonatale, le travailleur social doit aider les membres du personnel à maintenir un niveau d'objectivité adéquat. Il arrive que des professionnels se mettent à juger une famille en fonction de leur propre standard. Selon Bachman et Lind,

*If such a judgmental attitude exists, it clouds the staffperson's ability to contribute to the assesment or treatment of the family. The social worker will often find him/herself working intensively with staff to prevent or ameliorate such a loss of professional objectivity. If the medical and nursing supervisor is cooperative, then the job is manageable, but in nurseries where their judgmental attitudes or overidentification with families is allowed to continue unchecked, families and staff alike suffer. (Bachman et Lind, 1997b, p. 36)*

### **2.3.1.7. Prendre soin de soi**

La charge de cas du travailleur social périnatal en milieu hospitalier est généralement intense. Selon Bachman et Lind, « *while objectivity and professionalism are essential in any social work position, the life and death issues dealt with daily in the perinatal setting demand an acknowledgement of the intensity of the case material and a need for support and healing* » (Bachman et Lind, 1997a, p. 17). Cela nécessite que le travailleur social prenne du temps pour partager ses sentiments et ses questions au sujet de cas difficiles auprès de ses pairs. Les auteurs encouragent également les travailleurs sociaux exerçant dans ce contexte de vivre une vie équilibrée avec des moments de rupture avec la pratique, comme la pratique d'activités personnelles, du repos régulier et du ressourcement professionnel par l'intermédiaire de formations notamment (Ibid.). Nous pensons également qu'un travail thérapeutique personnel aide à rencontrer les émotions que la pratique en ce milieu réveille en nous et à dépasser les difficultés relationnelles issues de notre propre histoire, afin de pouvoir s'engager auprès de la

clientèle sans que cela mène à l'épuisement professionnel.

### **2.3.2. L'impact de la réduction de la durée d'hospitalisation sur le rôle du travailleur social périnatal en milieu hospitalier**

La réduction de la durée de l'hospitalisation est un phénomène observé dans l'ensemble des pays (Sulman et coll., 2002, p. 316). À notre connaissance, aucun article ne traite spécifiquement de l'impact de la durée des hospitalisations en obstétrique et en néonatalogie sur le rôle du travailleur social en milieu hospitalier, au Québec. Cependant, un article a été publié sur cette situation aux États-Unis dans la revue *Social Work in Health Care*. Nous choisissons d'en présenter les grandes lignes dans ce qui suit, pour pouvoir ensuite nous guider dans l'analyse de la situation au CHU Sainte-Justine, dans la prochaine sous-section.

#### **2.3.2.1. L'identification des problématiques liées au contexte**

La réorganisation des services hospitaliers met l'emphase sur une gestion plus efficace des services et une réduction des coûts d'opération, qui se traduit par une réduction de la durée des séjours. Selon Sulman et ses collaboratrices, cette situation « *demande innovante approches to the delivery of social work service* » (Sulman et coll., 2002, p. 315). Même si aucun programme hospitalier n'est épargné par cette tendance, les départements d'obstétrique ont été particulièrement touchés en terme de réduction de la durée de séjour et des coûts par cas, comme nous l'avons vu plus haut dans ce chapitre.

##### *La participation des travailleurs sociaux à la réduction des séjours*

Plusieurs études ont étudié le rôle que peut jouer le travailleur social dans la réduction des durées de séjours. En identifiant rapidement les patients dont le séjour risque de se prolonger, le travailleur social peut contribuer à réduire la durée de séjour de moitié en intervenant précocement (Rehr, et coll., 1980, dans Sulman, Ibid., p. 318). En effet, une autre étude montre qu'il existe une relation significative entre la sévérité des situations psychosociales des patients et de leur durée de séjour à l'hôpital (Lechman et Duder, 2009, p. 495). Ces auteurs relèvent que le travailleur social de l'hôpital a une expertise à résoudre les situations de congé complexes, « *a process involving the facilitation of appropriate and necessary health services needed by patients to help them make the transition from hospital to community* » (Ibid., p. 496). Cependant, l'insuffisance de ressources dans la communauté, le manque de dispensateurs de services publics en dehors de l'hôpital, et le temps requis pour négocier avec eux ont un impact négatif sur le rôle de planificateur de sortie du travailleur social.

##### *La compétition interprofessionnelle sur certains aspects de l'intervention psychosociale*

Selon Sulman, le réaménagement des services dans les centres hospitaliers

contribue à la compétition entre diverses professions pour les rôles de « *counselling, discharge planning and community liaison* » au point qu'il y ait « *a real threat to the viability of the acute care hospital as a setting for social work* » (Sulman et coll., 2002, p. 319). Cette compétition peut se produire entre les infirmières et le travailleur social de l'hôpital. Selon notre observation, la clarification des tâches de chacun est rendue complexe alors que les patients sont incités à retourner dans leur communauté dès que leur santé physique est stabilisée. Toutefois, le congé de l'hôpital ne signifie pas de nos jours que la santé est rétablie. Nombre de patients auront encore besoin d'un suivi médical ou bien de retourner à leur domicile avec de l'équipement médical, une transition qui nécessite l'expertise et la référence des infirmières. Si ces patients ont également des difficultés psychosociales ou si leur situation de santé leur en cause, le travailleur social devra également participer à la planification des sorties. La ligne démarquant les responsabilités des deux professions est ténue et facilement franchie. Il va de soi que la collaboration et la bonne entente sur les rôles de chacun au sein des équipes interdisciplinaires sont nécessaires pour éviter les conflits interprofessionnels. Certains auteurs, d'ailleurs, concluent à la nécessité de former les travailleurs sociaux qui s'impliquent dans la préparation des congés des patients à la collaboration interdisciplinaire « *in order for them to develop the skills required in a rapidly changing health care system* » (McAlynn et McLaughlin, 2008, dans Lechman et Duder, 2009, p. 496).

#### *L'augmentation du stress liée aux conditions de travail.*

En plus de la compétition des rôles, le travailleur social de l'hôpital subit la pression du besoin du système hospitalier que la durée de séjour ne se prolonge pas au-delà du nécessaire, d'un point de vue médical. Selon Sulman, ce contexte « *add headache to the heartache that social workers feel for patients* » (Sulman et coll., 2002, p. 319). La réalité de l'organisation des services rajoute du stress également au travailleur social qui doit intervenir « *by helping clients deal with frustration, with initially unacceptable choices, with disagreements among family members and with the necessity to choose among limited options for care* » (Ibid.). Une conséquence est que la pratique du travailleur social de l'hôpital a tendance à devenir « *shorter term, focused, solution-based and episodic* » (Mailick and Caroff, 1996, dans Ibid., p. 320).

#### **2.3.2.2. Des stratégies d'adaptation pour une pratique à volume élevé et de courte durée**

Les changements structuraux dans les hôpitaux ne sont pas toujours bien reçus par les membres de la profession. Le travailleur social peut subir la pression de donner priorité aux demandes de l'organisation aux dépens des besoins de sa clientèle, que sont notamment la « *self-determination, (the) right of choice, and a holistic view of the client and family* » (Sulman et coll., 2002, p. 320). Des voix se sont exprimées pour dire que l'expérience de travail en ce contexte est devenue moins satisfaisante en raison du rôle accru de la planification des sorties. D'autres se sentent dévalués ou sous-utilisés (Ibid., p. 320). Selon Sulman, « *what is clear is that, within the context of managed care, the profession must not lose its unique ability to view individuals and families within their*

*social environnement* » (Ibid.). En se basant sur ses recherches dans les milieux de pratique, Sulman suggère plusieurs stratégies d'adaptation que les travailleurs sociaux des milieux hospitaliers doivent prendre en compte dans le contexte actuel. Des exemples concernant l'intervention en obstétrique sont donnés.

#### *La création de rôles clés pour le travailleur social travaillant en équipe*

L'objectif de cette stratégie est d'affirmer la place du travailleur social au sein des équipes disciplinaires en précisant en quoi leur contribution est unique. Malgré la variété des situations, Sulman identifie une série de rôles qui font la particularité du travailleur social en contexte hospitalier (Ibid., p. 321) :

- *Rapid response to crisis referral;*
- *Culturally sensitive practice;*
- *Continuity of care over time;*
- *Establishing and maintaining communication links;*
- *Systems intervention;*
- *Dealing with behavioural management issues;*
- *Patient advocate role;*
- *Providing support to team members.*

La reconnaissance de ces rôles peut également promouvoir la pratique, peu courante, mais souvent réclamée par la profession, que les travailleurs sociaux sélectionnent eux-mêmes la clientèle à desservir, plutôt que d'être tributaire des références des médecins (Ibid.). La perspective que l'intervention en service social ait un impact positif sur la diminution de la durée de séjour peut être considérée comme un argument supplémentaire en faveur de cette pratique (Ibid.). En ce qui concerne les départements d'obstétrique, Sulman dit ceci :

*In the high-risk fetal assessment unit, (...) women often have a combination of serious medical and social risk factors. A unique feature of crisis referrals on this service is that there are time limitations for certain procedures such as fetal surgery and pregnancy termination for fetal abnormalities. This necessitates intensive work with patients and families on short notice. An additional key role has been social work's use of feedback from follow-up programs such as the bereavement group and parent group as research and quality improvement opportunities.* (Ibid., p. 322)

#### *Le dépistage précoce des facteurs de risques et la planification des sorties*

La tendance vers une charge de cas volumineuse et une réduction de la durée de l'intervention nécessite que la profession maximise à la fois l'information obtenue lors des entrevues pré-admission et la capacité d'intervenir dès ce moment. Selon Sulman,

*In the high-risk fetal assessment unit, the social worker identifies risk factors for child protection through routine use of a high-risk screening tool that can be also used as a referral form. Another key component is the establishment of realistic goals and expectations with patients and families about the course of treatment and potential outcome. In addition, anticipatory grief counselling makes a major contribution to shortening length of stay as patients feel more emotionally prepared for their impending loss.* (Ibid., p. 323)

Au sujet de la protection de l'enfance, plusieurs articles font mention de la nécessité qu'un dépistage se fasse précocement (Britton, 1998; Haglund, 1998; Wilson et



coll., 1996). Selon Britton,

*In attempting to address the question of appropriate length of the postnatal hospital stay, the medical community has been forced to re-evaluate its goals and objectives for the perinatal period. One goal that has emerged is the need to provide adequate opportunities for assessment of psychosocial risks and provision of parenting education. In its most recent statement on the hospital stay for healthy term newborns, the Committee on the Fetus and Newborn of the American Academy of Pediatrics states that an assessment for family, environmental, and social risk factors should be completed prior to discharge, and a safety plan for the infant should be formulated if any risk factors are identified.* (Britton, 1998, p. 453)

Il est intéressant de noter que dans cet article, l'auteur insiste sur l'importance de la pratique d'un dépistage précoce, mais, curieusement, il n'est nullement mention de savoir quel professionnel est responsable de cette tâche. L'article n'est pas publié dans une revue de service social. Nous ne pouvons donc pas facilement déduire que l'auteur en attribue la responsabilité aux travailleurs sociaux. Ce flou quant à l'attribution des rôles de certaines interventions en périnatalité est fréquent dans la littérature que nous avons consultée pour ce travail. Nous suggérons que ceci est sans doute le reflet d'un flou qui existe dans les milieux de pratique et que l'attribution des rôles va varier d'une équipe à l'autre. Sans nier le fait que le dépistage nécessite la participation de toute une équipe, c'est-à-dire de tous les professionnels qui sont en contact avec les parents, nous pouvons conclure que la formation du travailleur social, et les outils qu'il a en main, le prédispose à accomplir cette tâche de dépistage précocement et avant le congé des patients (Haglund, 1998, p. 418).

#### *Des interventions brèves centrées sur les solutions*

Étant donné le haut volume des charges de cas et la brièveté des séjours, le travailleur social est souvent amené à évaluer la situation des patientes en une seule rencontre, généralement elle aussi de courte durée. Sulman suggère que des techniques empruntées aux approches d'intervention brève et centrée sur les solutions soient pratiquées, comme les questions permettant aux patients d'identifier leurs forces et leurs stratégies d'adaptation. Sulman donne plusieurs exemples de questions (Sulman et coll., 2002, p. 325) :

- *How have you managed in the past when you were faced with tough situations?*
- *What do you suppose your partner would say about your strengths in this situation?*
- *How have you found the courage to cope with this situation?*
- *I'm interested in those times of the day when you feel better;*
- *On a scale of 1-10, where are you today? What would it take for you to go from 3 to 4?*

#### *Le développement de partenariats avec la communauté*

La réduction de la durée d'hospitalisation doit s'accompagner de partenariat avec les ressources en dehors de l'hôpital, afin d'assurer la continuité des services. Un des rôles principaux du travailleur social de l'hôpital étant l'organisation du transfert des patients vers sa communauté, la présence de services communautaires répondant à leurs

besoins et en nombre suffisant est essentielle. Si des services font défaut, selon Sulman, « *it is no longer enough for social workers to be consumers of services on behalf of patients, they need to be proactive in designing the content and delivery of services* ». Par exemple, en obstétrique, Sulman rapporte la situation où :

*The worker developed and continues to maintain strong links with maternal and fetal health organizations, and promotes on-site meetings of these organizations. As well, the worker cultivated a relationship with a not-for-profit home help agency that provides low-cost emergency child care services for high-risk patients. This service enables mothers to stay home on bed rest rather than having to be admitted to hospital. (Ibid., 326)*

La qualité et la quantité des services offerts par la santé publique en dehors de l'hôpital sont aussi déterminantes pour faciliter la planification de sortie. En effet, selon Lechman et Duder, le développement de ressources communautaires en dehors de l'hôpital, tels les CLSC au Québec depuis les années '90, permet de contrer la lourdeur de la tâche (Ibid., p. 497). Cela peut même avoir un impact positif sur les autres rôles du travailleur social. Pour reprendre les mots de Lechman et Duder,

*Social workers do more consultation and collaboration because there is now more emphasis on care in the community. Assesments are done faster and more time is spent in discussing the discharge plan. Social workers now play more of a brokerage role between the hospital and community. In 2002 they were more reluctant to press for care in the community as compared to now when they are expected to refer out to CLSCs for ongoing psychosocial care. Hospital social workers are no longer left scrambling to find resources. Longer status in hospital no longer mean more social work activities because once the discharge plan is complete the social worker moves on to a new case while the patient awaits transfer out of hospital. (Ibid., p. 502)*

Pour conclure sur l'impact du virage ambulatoire sur le rôle du travailleur social périnatal en milieu hospitalier, il appert que depuis plusieurs années, la profession est sujette à un remodelage de ses fonctions. Devant l'inévitabilité des changements structuraux au niveau de la gestion des services hospitaliers, certains auteurs insistent pour que les travailleurs sociaux deviennent les architectes de ce processus, en donnant forme à leur mandat et à la position de leur profession dans ce contexte en mouvance (Berger et coll., 1996, dans Sulman et coll., 2002, p. 318). Dans tous les cas,

*A strong social work specialist in the academic teaching hospital is one who is not easily overwhelmed by organizational complexities, who is sophisticated around the state of the art medical care and who is able to be flexible, creative and a leader in service delivery, both in the hospital and in the community. (Berkman et coll., 1996, dans Ibid., p. 326)*

Selon Sulman, le défi que les travailleurs sociaux en milieu hospitalier aujourd'hui sont appelés à surmonter est d'assurer la permanence des valeurs et de l'engagement du service social auprès de la clientèle dans un contexte d'impératifs budgétaires (Ibid., p. 318). Enfin, la collaboration entre les services de l'hôpital et les autres dispensateurs de services en matière de périnatalité semble, davantage que dans d'autres domaines de la santé physique, atténuer les effets négatifs du virage ambulatoire sur la pratique du service social hospitalier en périnatalité. Comme Berthiaume le souligne,

Bien que vécu de façon inégale selon les diverses spécialisations où les praticiennes sont affectées, soulignons toutefois une tendance à contre-courant dans les secteurs de l'obstétrique, de la néonatalogie et de la gynécologie où des recherches mettent en lumière, non seulement l'absence d'effritement des rôles de soutien et défense et de

counselling, mais un renouvellement et un renforcement de ceux-ci (Gupton et MaKay, 1995; Shorten, 1995; Sulman, Savage et Way, 2001(*sic*)). (...) Le fait que le travail des praticiennes qui y oeuvrent ne se limite pas au séjour en milieu hospitalier à lui seul, mais est, plus souvent qu'autrement, jumelé à des interventions post-hospitalisation et parfois pré-hospitalisation, donc un travail à la fois en amont et en aval, n'expliquerait-il pas ce rayonnement clinique plus prononcé et, de surcroît, objet d'une plus grande reconnaissance? (Berthiaume, 2008, p. 10)

### **2.3.3. L'intervention psychosociale périnatale au CHU Sainte-Justine**

À la lumière des divers éléments identifiés dans le courant de ce chapitre, nous allons maintenant présenter une brève analyse de la pratique en périnatalité au CHU Sainte-Justine. Cette analyse se base sur notre expérience personnelle en la matière lors d'un stage en service social effectué à la clinique de gynéco-obstétrique et de néonatalogie en 2010. Notre analyse est nécessairement partielle et ne prétend ni à l'exhaustivité ni à la complétude. Toutefois, elle vise plutôt à identifier certaines forces et limites de la pratique que nous avons observées afin d'initier d'éventuelles démarches pour bonifier l'offre de services. Dans cette section, l'analyse reste générale. Dans le prochain chapitre, l'analyse des études de cas permettra d'approfondir et d'illustrer certaines problématiques. Dans un premier temps, nous décrirons les types de clientèle rencontrés. Dans un deuxième temps, nous présenterons le processus d'intervention. Tout au long de cette section, nous identifierons les forces et les limites de la pratique selon notre regard.

#### **2.3.3.1. Les types de clientèle rencontrés:**

Au CHU Sainte-Justine, les médecins ont la responsabilité d'identifier les personnes nécessitant, ou susceptibles de nécessiter, le recours aux services sociaux de l'hôpital et de faire acheminer les requêtes au département de service social (par facsimilé). Les requêtes des médecins sont généralement rédigées de manière très brève : elles contiennent l'âge de la mère, le nombre de semaines de gestation, s'il y a naissance prématurée ou non, le nombre d'enfants, et la problématique psychosociale principale. Par exemple, les motifs de la requête peuvent être exprimés comme suit : *mère anxieuse, manque de ressources, consommation soupçonnée, trouble de la personnalité, immigration récente*, etc.

Les services sociaux sont requis dans deux sortes de cas. D'abord, il y a requête quand il y a une condition d'ordre physique pouvant entraîner des difficultés psychosociales. C'est le cas notamment des grossesses gémellaires ou multiples. Le travailleur social est systématiquement appelé dans ces cas-ci à procéder à une évaluation pour s'assurer que la famille dispose de ressources suffisantes pour assumer son rôle parental. C'est le cas aussi des naissances prématurées avec présence ou anticipation de complications physiologiques. Le travailleur social peut être appelé, selon les cas, à évaluer les ressources et les capacités des familles à traverser cette période difficile. Bien souvent, même si la période suivant la naissance d'un enfant prématuré est chaotique pour toute famille, la présence d'un travailleur social sera requise surtout quand il y a présence de difficultés psychosociales. Le travailleur social peut aussi être appelé à

intervenir lors d'un deuil périnatal. Notons que, dans ces cas, nous avons observé un manque de clarté dans le partage de cette tâche entre différentes professions. Pour les deuils, deux professions sont habilitées à intervenir : les psychologues et les travailleurs sociaux<sup>62</sup>. Dans le département de gynéco-obstétrique, il n'était pas toujours clair à savoir laquelle des deux professionnelles devait être appelée à intervenir. La situation psychosociale de la mère, la disponibilité des professionnelles, les tensions interprofessionnelles et interpersonnelles ainsi que les préférences des médecins et le manque d'une ligne directrice claire de la part de la direction étaient, à notre avis, autant de facteurs influençant la distribution des requêtes entre une professionnelle ou l'autre. L'enchevêtrement des rôles professionnels dans les cas de deuil a également été observé à la clinique de néonatalogie. Il semblerait toutefois que, lorsque le travailleur social est déjà impliqué dans le dossier d'une patiente, si le décès de l'enfant survient, il va de soi que cette professionnelle assure le suivi de deuil.

Ensuite, les services d'un travailleur social sont requis quand il y a présence de signes de perturbation ou de détresse chez la mère, signes d'abus ou de violence, signes de négligence ou de malnutrition, signes de dépendance à l'alcool et aux drogues, isolement social et absence de soutien d'un réseau, pouvant amener à des difficultés majeures dans l'adaptation parentale. Les signes d'ambivalence par rapport à la grossesse pouvaient également justifier une requête. Ainsi, nous avons pu intervenir auprès de femmes et d'hommes d'âge varié, québécois, immigrés ou autochtones présentant un ou plusieurs de ces signes. Dans certains cas, comme avec les mères souffrant d'anxiété, plusieurs intervenantes non médicales pouvaient être impliquées dans le dossier, comme la psychologue ou l'art thérapeute. Dans ces cas-ci, il a été observé une possibilité d'enchevêtrement des rôles entre les professionnelles, notamment concernant le rôle de *counselling*. Lorsque les interventions des professionnelles étaient cloisonnées et non collaboratives<sup>63</sup>, il nous a semblé que l'enjeu était plutôt de protéger leur chasse gardée que de servir la clientèle. Lorsque d'autres professionnels non médicaux sont impliqués et prennent en charge le *counselling*, le travailleur social semble alors être perçu plus exclusivement dans son rôle d'aide organisationnelle et matérielle que dans la globalité des services qu'il peut offrir.

### 2.3.3.2. Le processus d'intervention

Ce que nous avons présenté dans la première partie de cette section sur les rôles du travailleur social périnatal s'applique dans son ensemble à la situation au CHU Sainte-Justine. Nous ne reprendrons donc pas tout le processus d'intervention en détail pour éviter la répétition. Cependant, nous souhaitons présenter dans ce qui suit ce qui nous semble différent ou nécessaire d'approfondir afin de mettre en évidence la particularité de ce milieu de pratique.

---

<sup>62</sup> Notons que d'autres intervenants peuvent aussi être impliqués : les infirmières, les conseillers spirituels et les professionnels des soins palliatifs. Nous ne les incluons pas dans notre discussion, faute d'information pertinente à apporter.

<sup>63</sup> Le manque de collaboration peut se faire sentir lorsque les professionnelles se montrent peu enclines, par exemple, à participer à des discussions de cas ou à formuler des notes de dossier suffisamment détaillées pour que les autres professionnels soient au courant de leurs interventions.

### *L'évaluation et l'intervention*

À la clinique de gynéco-obstétrique, nous avons observé deux types de suivi psychosocial. Le premier type de suivi se fait auprès des femmes enceintes qui effectuent leur suivi médical de grossesse au CHU Sainte-Justine<sup>64</sup> et dont le dossier nous a été référé en raison de difficultés psychosociales. Dans ces cas-ci, l'intervention s'étend sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois, jusqu'à la naissance de l'enfant. La longueur du suivi permet de rencontrer la mère à plusieurs reprises, selon les besoins, avant la naissance. Une évaluation plus en profondeur de la situation psychosociale de la femme enceinte est donc possible. L'intervention peut également commencer dès les premières rencontres et ainsi mieux préparer la mère, au niveau psychosocial, à l'arrivée du bébé. Dans ces situations, la travailleuse sociale est principalement amenée à jouer les rôles de facilitateur, d'enseignant, de courtier ainsi que de soutien social.

Le second type de suivi nous amène à intervenir auprès des femmes qui viennent d'accoucher. La plupart du temps, elles ne sont pas connues du département de service social de l'hôpital, sauf celles, bien entendu, qui y bénéficiaient d'un suivi psychosocial. Certaines ont été suivies par une intervenante sociale en CLSC ou dans un organisme communautaire; d'autres, non. Étant donné la courte durée de l'hospitalisation suite à un accouchement, le travailleur social doit intervenir auprès de la mère dans les 24-48h. Le mandat du travailleur hospitalier au CHU Sainte-Justine se termine théoriquement lorsque la patiente prend congé, puisque des services existants dans sa communauté peuvent prendre le relais. La responsabilité de la travailleuse sociale sera donc principalement d'informer la patiente de ces services avant son départ de l'hôpital ou de la référer à son CLSC. Une aide immédiate et concrète peut aussi survenir par l'intermédiaire d'une aide financière ponctuelle pouvant prendre la forme d'un billet de taxi, de coupons repas pour le conjoint, ou d'une carte-cadeaux pour l'épicerie. Une commande de layette pour le nouveau-né peut également être faite auprès des services de bénévoles. Dans ces situations, la travailleuse sociale joue essentiellement un rôle d'évaluation des facteurs de risque psychosociaux ainsi qu'un rôle de courtier. Les rôles de facilitateur, d'enseignant et de soutien social sont présents, mais toutefois limités par la courte durée de l'intervention.

À la clinique de néonatalogie, la première rencontre se fait généralement quand les parents sont en situation de crise. Nous avons déjà décrit dans la section dédiée aux problématiques de la prématurité, dans le chapitre 1, les étapes d'adaptation des parents à la situation. Le travailleur social se doit de les accompagner dans le franchissement de chaque étape. La prématurité nécessite l'hospitalisation de l'enfant, pendant quelques semaines, voire quelques mois, dépendamment des situations. La longueur de l'hospitalisation permet un suivi psychosocial sur un plus long terme. Un travail plus en profondeur avec la famille va être possible. La travailleuse sociale pourra alors jouer l'ensemble des rôles identifiés plus haut : facilitateur, enseignant, médiateur, défenseur, soutien social et courtier.

---

<sup>64</sup> Qu'il s'agisse d'une grossesse à risque élevé ou d'une grossesse qui se déroule normalement.

### *La Direction de la protection de la jeunesse (DPJ)*

Un des rôles de la travailleuse sociale est d'évaluer les capacités parentales des nouveaux parents et de dépister les facteurs de risques psychosociaux pouvant mettre en danger le processus d'adaptation parentale et le développement de l'enfant<sup>65</sup>. Ce qui a été dit au sujet de l'intervention avec les services de la protection de la jeunesse dans la première section s'applique à la situation du CHU Sainte-Justine. Nous n'avons pas besoin de le répéter ici.

Notons toutefois la particularité d'une collaboration avec le Centre Jeunesse de Montréal – Institut Universitaire, suite à l'implantation d'un nouveau programme appelé *Main dans la Main*<sup>66</sup>. Ce projet est particulier en ce sens qu'il permet à la DPJ d'établir un contact avec la clientèle toxicomane avant la naissance. Habituellement, lorsqu'il y a présence à la naissance de substances abusives dans l'urine du bébé, l'équipe médicale doit procéder à un signalement auprès des autorités de protection de la jeunesse. Il a été observé que l'arrivée des intervenants de la DPJ quelques heures après l'accouchement – une rencontre pouvant se solder par le placement de l'enfant – provoquait un traumatisme pour les mères qui venaient de donner naissance. Le projet *Main dans la Main* permet d'atténuer les effets de choc de ces mères en leur offrant la possibilité de rencontrer les intervenants de la DPJ avant la naissance. Les rencontres peuvent aider la mère à se positionner dans son rôle de mère, à se préparer à l'éventualité d'un placement et de se familiariser avec l'intervenante qui prendra en charge son dossier si un signalement se fait. La participation au projet est volontaire et ne signifie aucunement que l'enfant sera placé. La participation au projet est proposée à la patiente par la travailleuse sociale de l'hôpital lors de son suivi de grossesse et les rencontres se font également en présence de celle-ci.

Nous n'avons pas personnellement eu la chance de mettre en pratique ce projet, mais nous avons suivi les séances de formation lors de notre stage. Devant l'intérêt suscité auprès des intervenantes de part et d'autre, nous émettons l'idée que ce projet inspire le développement d'autres programmes permettant un contact précoce entre la DPJ et les mères ayant des problématiques psychosociales autres que la consommation. Nous suggérons également qu'un tel projet puisse se développer dans les cas particuliers d'un placement d'un enfant prématuré n'ayant jamais quitté l'hôpital. Notre argument est que les mois d'hospitalisation correspondent sur certains aspects aux mois de grossesse non complétés et que la sortie de l'hôpital revêt une forte valeur symbolique, que l'enfant

---

<sup>65</sup> Il est intéressant de noter que, dans la perception de certaines familles, les travailleurs sociaux sont vus comme les professionnels pouvant retirer la garde de l'enfant à ses parents. Nous avons observé à plusieurs reprises que notre présence éveillait de l'inquiétude chez les patientes à qui nous rendions visite. Nous prenions soin de préciser la pluralité des services que nous, en tant que travailleur social de l'hôpital, pouvions rendre. Nous avons même quelquefois eu besoin de préciser que nous n'étions pas mandatée par la DPJ. Ceci étant dit, dans quelques cas, il a été également notre rôle d'annoncer qu'un signalement avait été fait auprès de la DPJ, puisque là est notre mandat quand la situation le justifie.

<sup>66</sup> Pour en savoir plus sur les fondements de ce projet, consulter le chapitre 6 « Facteurs-clés d'une collaboration réussie entre les parents, le CHUM et la DPJ en contexte de toxicomanie parentale » dans Morissette, P. et Venne, M., (2009), *Parentalité, alcool et drogues, Un défi multidisciplinaire*. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.

soit né à terme ou non. En effet, un contact avec la DPJ pendant la période charnière de l'hospitalisation d'un enfant prématuré pourrait permettre de mieux préparer le parent dans l'éventualité d'un placement.

### *La planification des sorties de l'hôpital*

Lorsque la travailleuse sociale est impliquée dans un dossier, la patiente ne peut prendre congé avec son enfant sans son autorisation. Ainsi, sa sortie de l'hôpital avec le bébé est conditionnelle au congé médical *et* social. Les cas qui nécessitent une attention particulière sont les situations nécessitant l'intervention de la DPJ. Le congé social n'est donné dans ces cas-là seulement quand les services de protection de la jeunesse, suite à l'évaluation de la famille, en donne l'autorisation. Selon les cas, il s'agira d'un retour au domicile avec les parents ou d'un placement en famille d'accueil. Dans ce dernier scénario, la famille d'accueil sera impliquée dans les préparatifs précédant le congé.

À la clinique de néonatalogie, il est fréquent qu'à sa sortie, l'enfant ait besoin d'un suivi médical et d'équipement spécifique, comme la bonbonne d'oxygène. La planification de ces aspects médicaux de la sortie de l'hôpital est prise en charge par l'infirmière attitrée à cette tâche. Lorsque la travailleuse sociale est impliquée dans un dossier, la planification de sortie nécessite une collaboration. Notre deuxième étude de cas permettra d'illustrer cet aspect.

### *Le travail interdisciplinaire*

Tant à la clinique de gynéco-obstétrique qu'à la clinique de néonatalogie, des rencontres entre les divers professionnels s'organisent régulièrement pour discuter des situations des patients. Est-ce que ces rencontres permettent de maximiser les bienfaits de l'approche interdisciplinaire? Nous n'en sommes pas si certaine. À l'unité de néonatalogie, la principale critique que nous apportons à ce sujet est un manque de cohésion entre les professionnels. Notre point de vue se base sur l'observation de deux facteurs principaux observés pendant notre pratique. D'abord, il y a un problème de régularité de présence des membres de l'équipe – un phénomène qui est inhérent à la gestion du personnel médical en milieu hospitalier, mais toutefois préjudiciable à un sentiment d'appartenance au sein d'une équipe. Habituellement, les horaires des équipes médicales sont en rotation régulière, contrairement aux horaires de la travailleuse sociale, la psychologue et l'intervenante spirituelle qui s'inscrivent dans un cadre hebdomadaire stable (du lundi au vendredi). Cela signifie que lors de la rencontre interdisciplinaire hebdomadaire, nous nous retrouvons, d'une semaine à l'autre, en présence de médecins, externes, infirmières praticiennes différents. Pour pallier cette réalité, les réunions sont coordonnées par un autre membre de l'équipe, l'assistante infirmière chef, dont l'horaire est stable. Malgré cela, la rotation du personnel médical rend difficile le fait d'assurer un suivi cohérent d'une semaine à l'autre et de coordonner un plan d'action qui implique l'ensemble des professionnels. Ensuite, nous avons noté un manque d'intérêt parmi certains membres du personnel médical pour cette réunion à teneur davantage psychosociale. Par exemple, il est arrivé à plusieurs reprises que la réunion soit annulée à la dernière minute, et parfois même sans que la psychologue, la travailleuse sociale et l'intervenante spirituelle aient été averties, et que des membres de l'équipe médicale ne

se présentent pas ou en retard. Il y a également, dans le milieu hospitalier, le fait que le personnel médical, selon ses fonctions, doit répondre à des urgences et s'occuper à plusieurs tâches en même temps. L'utilisation du téléavertisseur permet à chaque professionnel de l'hôpital d'être contacté à tout moment, même pendant une réunion d'équipe. Ceci est inévitable dans ce milieu et on peut s'attendre à ce que quelqu'un quitte l'équipe pour répondre à l'appel. Cependant, est-il toujours nécessaire de répondre à l'appel du téléavertisseur au moment où d'autres professionnels s'expriment sur le cas discuté? Face à la récurrence du phénomène, nous nous sommes sincèrement posé la question sur les motivations profondes d'une telle pratique. En tout cas, nous constatons qu'il ne suffit pas que divers professionnels soient assis dans une même pièce pour qu'un décloisonnement professionnel s'opère. Pour véritablement parler de travail interdisciplinaire, une construction mutuelle de l'intervention auprès de la clientèle nécessite que chacun fasse sa part pour écouter la contribution de chaque professionnel. Sur cet aspect, nous pensons qu'il y a place à l'amélioration. En revanche, nous avons fait l'expérience, à d'autres niveaux, d'une collaboration spontanée et efficace avec les infirmières de l'unité néonatale, notamment lorsqu'il s'est agi de collaborer en vue d'évaluer les capacités parentales d'une mère et de préparer le congé de son enfant. Cette situation sera illustrée lors de la deuxième étude de cas du prochain chapitre.

#### *La prestation et la continuité des services*

La prestation des services nécessite l'existence de ressources pour adresser les besoins de la clientèle. Là aussi, bien sûr, il y a toujours place à l'amélioration. Au niveau de l'accessibilité des ressources, nous avons été confrontée à plusieurs problématiques. Premièrement : *l'absence de ressources*. Ceci a été le cas pour les mères et les familles nécessitant du transport pour se rendre au CHU Sainte-Justine afin de rendre visite à leur nouveau-né ou pour les visites médicales post-hospitalisation. Les patientes qui sont suivies par le service social sont généralement dans des situations économiques peu favorables. Elles n'ont souvent pas de véhicule et habitent dans des quartiers éloignés du CHU. Chaque déplacement en transport en commun avec ou sans bébé peut être particulièrement pénible, voire impossible. Le recours au taxi peut difficilement se faire en raison des frais que cela implique. Il nous a été difficile d'aider les familles concernées par cette problématique à trouver des solutions en raison du peu de ressources à ce niveau. Le CHU Sainte-Justine ne dispose pas d'un service de transport pour ces situations. Le département de service social peut offrir des billets de taxi, mais seulement de manière ponctuelle. Les services communautaires offrent divers services de transport (pour personnes âgées, pour se rendre au CLSC, pour les personnes atteintes du VIH), mais aucun service, à notre connaissance, n'était offert pour les mères ayant besoin d'aller dans une institution non locale visiter, comme le CHU, pour visiter leur bébé hospitalisé. Deuxièmement : *le caractère limité des ressources*. Nous avons eu la chance d'une bonne collaboration avec l'organisme Jeunesse au Soleil. Cet organisme permet de dépanner les personnes prises avec des difficultés financières. Cependant, les demandes auprès de cet organisme ne peuvent se répéter et l'on sait que les situations de pauvreté ne peuvent se régler par une aide ponctuelle. Troisièmement : *la non disponibilité des services*. Parfois, la ressource existe, mais elle affiche complet. Nous avons vécu cette situation notamment pour l'obtention de logement à prix modiques. L'accès à ces



ressources peut prendre jusqu'à 7 ans d'attente!

En ce qui concerne la continuité des services, nous avons fréquemment eu recours à la pratique de distribuer une liste de ressources aux patientes pour les aider à trouver du soutien en dehors de l'hôpital. Cette liste a l'avantage de rassembler dans un même document un certain nombre de ressources communautaires concernant la périnatalité. Elles nomment, entre autres, des organismes qui offrent à prix modique du matériel pour le bébé, qui offrent du soutien pour l'adaptation parentale ou encore qui offrent des services d'aide aux soins du bébé. Cette liste est mise à jour régulièrement. Malgré l'utilité évidente d'un tel document, nous nous interrogeons toutefois sur l'efficacité de la pratique de donner cette liste aux patientes. Nous avons observé à plusieurs reprises que les femmes à qui on le donnait n'en faisaient pas nécessairement usage. Ce geste présuppose que la personne qui reçoit la liste soit, d'une part, intéressée à recevoir des services, d'autre part, suffisamment autonome et sécurisée pour contacter des organismes, énumérés sur une feuille de papier et qu'elle ne connaît pas. Or, ce n'est pas souvent le cas des personnes prises avec des difficultés psychosociales, en raison, entre autres, d'une faible estime de soi ou d'un manque de motivation pour aller chercher du soutien. Pour que cette intervention soit plus efficace, il nous semble nécessaire qu'en tant qu'intervenante, nous soyons familière avec les ressources mentionnées afin de pouvoir mieux expliquer la teneur de leurs services, les rendre moins étrangères aux patientes et indiquer celles qui seraient le plus utiles pour répondre à leurs besoins. Nous pensons que cela nécessite même dans certains cas que nous accompagnions la mère dans une ressource qui l'intéresse afin de la sécuriser dans cette démarche et pour que ce document ne reste pas lettre morte.

La qualité de la continuité des services dépend également de la qualité de la collaboration entre les dispensateurs de service. Un système de référence inter-établissement a été élaboré au Québec pour permettre la transmission rapide d'une demande de service d'un établissement à l'autre. Il s'agit d'une Demande de service inter-établissement (DSIE) qui s'envoie par méthode informatisée, ou par facsimilé, le cas échéant. Au CHU Sainte-Justine, la DSIE est utilisée quand la travailleuse sociale estime que la patiente nécessite un suivi psychosocial (ou psychologique) auprès de son CLSC lors de son retour au domicile<sup>67</sup>. Nous nous sommes posé la question de l'efficacité de cette mesure. La froideur du procédé, lorsqu'il ne s'accompagne pas au minimum d'une communication de vive voix, lui permet-elle d'atteindre son objectif? Nous avons en effet observé que la DSIE ne s'accompagnait pas, ou très rarement, d'une discussion de cas entre les intervenants de l'hôpital et ceux qui prennent le relais. En plus, l'utilisation d'un tel protocole nécessite que l'institution qui reçoit la demande soit en mesure d'y répondre. Notre première étude de cas fait part d'une situation où la réponse du CLSC, sans toutefois qu'on en connaisse les raisons, nous a semblé tardive, c'est-à-dire quelques semaines après le congé de l'hôpital. Cette situation ne nous a pas non plus semblé exceptionnelle. Si le mandat du travailleur social auprès de la patiente et son enfant se termine quand celle-ci prend congé, que se passe-t-il si les services qui sont censés prendre le relais tardent à le faire? Qui, pendant ce laps de temps, assure le suivi de la patiente, alors qu'elle est dans une période de vulnérabilité et une période cruciale

---

<sup>67</sup> Rappelons qu'au Québec, de nos jours, les mères venant de donner naissance sera contactée par une infirmière en périnatalité de son CLSC. Celle-ci peut aussi faire la demande de services pour la patiente, selon ses besoins.

de son adaptation parentale, comme nous l'avons vu dans le premier chapitre?

Au terme de ce chapitre, rappelons ce que Berthiaume suggérait par rapport aux services en périnatalité. Malgré le virage ambulatoire et ses effets restrictifs sur l'offre de service en milieu hospitalier, Berthiaume notait une tendance à contre-courant dans les services de gynéco-obstétrique et de néonatalogie « mettant en lumière l'absence d'effritement des rôles de soutien et défense et de counselling », en raison notamment d'interventions « en amont » et surtout « en aval » des murs de l'hôpital dans ce domaine (Berthiaume, 2008, p. 10). Nous l'avons vu avec l'étude de la construction du champ de la périnatalité au Québec, des efforts ont été produits ces dernières années pour mettre sur pied un ensemble de ressources en périnatalité, tant dans les CLSC que les services communautaires, et pour tenter d'assurer un suivi continu auprès des mères et leurs familles. Toutefois, nous proposons de nuancer les propos de Berthiaume. De notre point de vue, il appert que le travail de continuité « en aval » nécessite d'abord une amélioration dans la collaboration et dans la continuité avec les services de première ligne avant que l'on puisse parler de « rayonnement clinique plus prononcé et, de surcroît, objet d'une plus grande reconnaissance » de la pratique périnatale au CHU Sainte-Justine (Ibid.). Le travailleur social en périnatalité à l'hôpital est un maillon de la chaîne des services dans le domaine. Son travail doit s'imbriquer dans le travail des autres maillons pour qu'il prenne toute sa valeur. Sa participation dans des processus de partenariat avec les autres dispensateurs de service est essentielle. En effet, il ne doit pas attendre que les autres fassent les premiers pas. L'implantation du programme *Main dans la Main* avec la DPJ est un exemple de ce qui peut être fait avec succès. Notre analyse de la pratique périnatale au CHU Sainte-Justine nous permet donc de souligner qu'il y a amplement matière pour que les travailleurs sociaux en périnatalité s'impliquent davantage dans leur rôle de médiateur, de défenseur et d'architecte du réseau de ressources – afin que le virage ambulatoire ne pénalise pas ceux qui en ont le plus besoin : les mères, leurs enfants et leur famille.



## **CHAPITRE 3**

### **L'applicabilité d'un modèle d'intervention de crise dans le contexte d'intervention périnatale en milieu hospitalier**



Dans le chapitre précédent, nous avons circonscrit le mandat du travailleur social qui exerce en milieu hospitalier auprès de mères en période périnatale. Précisons encore que le mandat du travailleur social en milieu hospitalier se termine lorsque le nouveau-né prend congé de l'hôpital. Dans un souci de continuité des services, ces patients sont alors référés à d'autres dispensateurs de service du réseau de la santé québécois, quand cela s'avère nécessaire. Dans un contexte hospitalier, l'intervention auprès des mères aura tendance à se faire dans un laps de temps relativement court, même si ce moment est néanmoins crucial pour le futur de la mère, l'enfant et la famille. Dans le premier chapitre, nous avons aussi mis en relief le potentiel de vulnérabilité qui caractérise la période périnatale. Nous avons vu que, lorsque les facteurs de risque s'accumulent et les facteurs de protection sont déficients ou absents, les risques que ces mères plongent dans une détresse psychologique les empêchant d'assumer leur nouveau rôle adéquatement augmentent. Il est alors fréquent que le travailleur social oeuvrant en périnatalité à l'hôpital ait à intervenir en situations de crise. C'est en raison de la brièveté du suivi et du potentiel de crise de notre champ de pratique que nous nous tournons vers les approches de gestion de crise pour trouver un cadre théorique permettant d'appuyer et de guider l'intervention en périnatalité en contexte hospitalier. Nous tenterons ainsi de répondre au défi en travail social hospitalier – que nous avons déjà nommé dans le chapitre 2 – qui consiste « à développer davantage de modèles d'intervention où l'évaluation allie, à la fois la brièveté dans le temps et la précision dans la saisie de l'état émotif et social du système-client, tout en permettant d'établir rapidement la relation avec lui » (APSSMSQ, 1996, p. 188). Nous proposons dans un premier temps de présenter les principales caractéristiques du modèle classique de l'intervention de crise. Puis, nous présenterons un autre modèle d'intervention de crise, proposé par M. Fondaire, S. Larose et leurs collaborateurs, qui offre un regard sur la crise quelque peu différent et qui nous semble pertinent pour l'intervention périnatale en milieu hospitalier. Dans un troisième temps, nous tenterons de tester l'applicabilité de ce cadre théorique pour le contexte d'intervention qui nous concerne au travers de l'analyse de deux études de cas.

### **3.1 Une présentation du modèle classique d'intervention en situation de crise**

#### **3.1.1. Une définition de la crise**

Le dictionnaire Larousse 2008 donne plusieurs définitions au mot 'crise'. Ces définitions varient selon le contexte d'utilisation du mot. Nous retenons trois d'entre elles qui nous permettent d'avoir un premier aperçu de ce qu'est une crise. D'abord, une crise peut être entendue comme *un changement subit, souvent décisif, favorable ou défavorable, du cours d'une maladie*. Ce mot peut aussi être employé pour dire *accès bref et violent d'un état nerveux ou émotif*. Enfin, la crise peut se définir comme *une période décisive ou périlleuse de l'existence*. Ces trois définitions permettent de mettre en relief certaines caractéristiques fondamentales d'une crise : la crise est provoquée par un changement soudain, elle provoque de fortes émotions, elle est un phénomène que toute personne peut s'attendre à vivre lors de son existence, et l'issue de la crise peut être favorable ou défavorable.

On peut aussi ajouter que le mot ‘crise’ dérive du mot grec ancien *krisis* signifiant « point tournant » ou « décision » (Poirier, 2007, p. 20). Cela résonne avec le double sens que le mot revêt en chinois : l’idéogramme ‘crise’ est symbolisé par deux signes qui représentent le danger et l’opportunité (Ibid.). Les racines du mot ‘crise’ révèlent ainsi la créativité que peut inspirer une période de crise. En effet, l’inconfort causé par la crise est un facteur motivant la personne affectée à trouver des solutions. Cependant, une crise n’est pas toujours propice à la créativité ou à poser des gestes adéquats. Selon M. Poirier, « penser qu’une crise est toujours une occasion de croissance est un mythe » (Ibid.) En fait, l’issue d’une crise varie d’une personne à l’autre. Pour certains, il s’agit d’un moment où l’on peut faire certaines prises de conscience, faire appel à de nouvelles ressources ou habitudes de vie et sortir grandi de l’expérience. Pour d’autres, « les souffrances et les déséquilibres outrepassent largement les ressources et les capacités d’adaptation » (Ibid., p. 21).

Parmi les signaux de détresse qui montrent qu’une personne ne peut résoudre sa crise par elle-même, on retrouve les affects et comportements suivants : des idéations suicidaires ou homicides, l’abus croissant d’alcool ou de drogues (y compris les médicaments), des problèmes de violence ou d’impulsivité (et donc avec la justice), des difficultés à maîtriser ses affects et ses comportements, de la difficulté à utiliser adéquatement l’aide naturelle qui est disponible (Ibid.).

Ainsi, au cœur de la crise, la personne affectée vit une détresse psychologique croissante qui envahit son quotidien et un déséquilibre prononcé dans son mode de vie et son fonctionnement social. On peut dire qu’une personne est en état de crise quand celle-ci ressent des sentiments de peur, de panique ou de détresse en rapport avec son déséquilibre. C’est à ces affects que la crise réfère, plutôt qu’au déséquilibre comme tel (Ibid.).

### **3.1.2. L’*é*tiologie de la crise**

Selon un des premiers théoriciens de la notion de crise, G. Caplan, qui a développé ses concepts dans les années ‘60, une crise est « le résultat d’un déséquilibre soudain dans le fonctionnement social d’un individu en lien avec le fait que celui-ci ne peut résoudre ce déséquilibre en ayant recours à ses moyens habituels de résolution de problème » (Poirier, 2007, p. 25). Lydia Rapoport, qui développa ses recherches sur la crise dans la lignée des travaux de Caplan, identifie trois facteurs qui jouent un rôle dans l’apparition d’une crise (Ibid.) :

- Un événement précipitant qui déstabilise la personne ;
- La perception d’une menace ou d’un risque par la personne ;
- Une incapacité à résoudre les problèmes éprouvés.

Reprenons chacun de ces facteurs pour les développer plus en détail.

#### **3.1.2.1. L’*é*vénement précipitant**

Les événements pouvant déclencher une crise sont variés. Un état de crise peut survenir à la suite d’un événement majeur : l’annonce d’un diagnostic, la perte d’un être cher, avoir subi ou été témoin d’un acte violent, etc. Il peut aussi s’agir d’un événement transitionnel dans la vie d’une personne : la naissance d’un enfant, un mariage ou un

divorce, une perte d'emploi ou un changement de carrière, etc. Enfin, un événement qui peut paraître anodin peut déstabiliser une personne, car il s'inscrit dans une série d'événements difficiles ou bien il survient dans un moment où celle-ci se trouve dans un état de vulnérabilité. Mais, selon les théoriciens de la crise, la force de l'événement ou l'accumulation d'événements critiques au cours d'une vie ou d'une période ne suffit pas en soi à déclencher une crise. Il faut surtout prendre en considération la perception que la personne a de cet événement.

### **3.1.2.2. La perception d'une menace ou d'un risque**

Selon Séguin, Brunet et LeBlanc, « la crise résulte toujours d'une interaction particulière entre un événement et l'évaluation qu'en fait une personne » (Séguin, *et al.*, 2006, p. 4.). L'état de crise apparaît quand la personne *perçoit* que l'événement représente une menace à son équilibre psychique et social et quand la personne *perçoit* que la difficulté est insurmontable. Les théoriciens de la crise s'accordent pour dire que cette perception n'est pas aléatoire : « elle dépend du style cognitif de la personne, c'est-à-dire de la manière qu'a chacun d'interpréter et d'utiliser les informations qui lui parviennent » (Poirier, 2007, p. 33). Selon un de ces auteurs, R. Lazarus, lorsque qu'un événement se produit dans la vie d'une personne, celle-ci procède simultanément à deux niveaux d'évaluation. Lors de l'évaluation primaire, la personne mesure si la situation représente une menace ; lors de l'évaluation secondaire, elle évalue si ses capacités d'adaptation peuvent résoudre la crise. Ces évaluations se renouvèlent à chaque fois qu'une nouvelle donnée entre en jeu (Ibid.). Si la personne perçoit que l'événement est menaçant pour son intégrité, sa sécurité ou son équilibre, et qu'elle se perçoit incapable de surmonter le choc initial, le stress psychologique émerge. Un autre auteur, E. H. Janosik, décrit l'impact néfaste des distorsions cognitives dans le déroulement de la crise (dans Ibid.). Selon lui, une personne peut recourir à certains mécanismes de défense qui l'empêchent d'avoir une perception réaliste de ce qui se passe. Entre autres, elle peut avoir recours à la généralisation, à l'exagération, à la minimisation ou la perception sélective. Cet auteur conclut qu'une aide extérieure est nécessaire pour éviter que ces distorsions empirent la crise. Ainsi, ce n'est pas tant les faits qui causent la crise, mais la perception qu'a une personne de l'événement déclencheur.

### **3.1.2.3. Une incapacité à résoudre les problèmes éprouvés**

En situation d'équilibre, une personne dispose d'un éventail de stratégies d'adaptation (*coping mechanisms*) qui lui permettent de se maintenir dans un état d'homéostasie. Selon Caplan, lorsqu'une crise survient, l'inconfort que cause celle-ci motive la personne affectée à trouver des solutions pour retrouver son état d'équilibre (Poirier, 2007). Cependant, dans une crise, il peut y avoir un paroxysme où la personne sent qu'elle n'a plus accès à ses stratégies d'adaptation habituelles. Sa capacité d'action étant restreinte, l'anxiété continue de croître et constitue elle-même une menace pour l'équilibre psychique de la personne (Ibid.).

En outre, certaines stratégies d'adaptation mises en place par une personne pour tenter de se sortir d'un état de crise font parfois partie du problème. J. Bancroft identifie quatre stratégies d'adaptation (Ibid.). La première, celle qui s'appuie sur des



comportements cognitifs de résolution de problème, semble être la mieux adaptée pour sortir la personne de son état de crise. Mais les trois autres participent à maintenir la personne en déséquilibre : la régression amène celle-ci à recourir à des réactions anciennes inadaptées; le déni conduit la personne à croire que le problème n'existe plus; l'inertie est fondée sur le sentiment qu'à la personne que rien ne pourra améliorer la situation, quoi qu'elle fasse. Nous pouvons aussi rajouter comme réactions possibles qui maintiennent la personne en état de crise : l'utilisation de moyens pour apaiser la souffrance (alcool, drogue, violence) et le développement de convictions rigides et inadaptées (penser que le problème va se résoudre de lui-même, ou accuser les autres excessivement).

Enfin, la crise risque de perdurer si la personne ne parvient pas à aller chercher de l'aide auprès de son réseau social, soit parce qu'elle-même en est incapable, soit parce que celui-ci fait défaut. Il arrive en effet que ce soit le réseau qui soit en crise, car celui-ci a épuisé ses ressources pour venir en aide à la personne, suite à ses comportements de plus en plus problématiques. L'affaiblissement du réseau contribue à précipiter la personne dans un état de crise et à réduire le nombre de personnes fiables pouvant l'aider à s'en sortir (Ibid.).

Il est important de mentionner que, si nous avons identifié différents facteurs permettant l'émergence d'une crise, ces facteurs ne se suivent pas de manière linéaire. Ils interagissent entre eux sous forme de processus.

### **3.1.3. Le processus de la crise et typologies**

Le modèle, présenté par Séguin et ses collaborateurs, se base sur les travaux de Caplan et Lazarus (Séguin, et coll., 2006) et introduit la notion d'état d'équilibre, d'état de vulnérabilité, d'état de crise, et de phase aiguë. Dans *l'état d'équilibre*, la personne, comme tout un chacun, est confrontée à vivre certains 'stresseurs' et utilise ses stratégies d'adaptation pour maintenir son équilibre. Ces stratégies se divisent en trois sortes : comportementales (faire du sport, manger, boire de l'alcool, aller au cinéma, etc.), affectives (exprimer ses émotions, se confier à quelqu'un, etc.), et cognitives (faire un plan d'action, minimiser la situation, trouver un sens à l'événement). Si ces stratégies s'avèrent inefficaces, ou si les 'stresseurs' s'intensifient, la personne en déséquilibre se retrouve en *état de vulnérabilité*. Dans cet état, la tension s'accroît et ses émotions affectent de plus en plus sa perception de la réalité. Dans ce contexte, il suffit que le seuil de tolérance de souffrance soit atteint, ou qu'un nouveau 'stresseur' apparaisse, pour que la personne tombe dans *un état de crise*. Précisons que le seuil de tolérance peut varier d'une personne à l'autre. Comme dit Poirier, « certains ont une tolérance très élevée face au stress et à la souffrance et peuvent gérer des situations qui rendraient folles bien d'autres personnes ; par contre, cette force intérieure peut aussi devenir une faiblesse quand elle conduit la personne à tolérer très longtemps des situations proprement invivables jusqu'au jour où elle craque soudainement, d'un seul coup » (Poirier, 2007, p. 27).

Dans l'état de crise, la personne vit une désorganisation importante qui peut se manifester à plusieurs niveaux : affectif (anxiété, peur, dépression, etc.), cognitif (raisonnement et capacité de jugement en péril), comportemental (modification des activités quotidiennes, agressivité, pleurs, isolement, etc.) et physiologique (fatigue,

tension musculaire, perte d'énergie, etc.). Lorsque la personne s'enlise dans ses échecs et que la souffrance devient vraiment insupportable, elle peut entrer dans la phase aiguë de la crise. La tension vécue pendant cette phase peut provoquer un passage à l'acte (*acting out*) qui « permet au surplus de tension d'être évacué, subitement et de manière explosive » (Séguin, et coll., 2006, p. 6). Cela peut prendre la forme d'une fugue, d'un comportement agressif envers autrui, d'une tentative de suicide, d'une auto-agression, ou encore d'une décompensation psychotique. D'après ce modèle, la phase aiguë ne peut durer plus de 24h à 72h, et l'état de crise peut s'étendre sur une période de 6 à 8 semaines. S'ensuit une période de récupération durant laquelle la personne recouvrera peu à peu ses moyens. L'issue de la crise pourra être positive, si le fonctionnement de la personne s'est amélioré par rapport à son fonctionnement avant la crise. Elle sera neutre si son fonctionnement reste le même qu'avant. Elle sera négative, si son fonctionnement sera inférieur au niveau initial.

### **3.1.3.1. Une brève revue des différentes typologies de crise**

Les situations de crise peuvent varier d'une personne à l'autre. En effet, les facteurs contribuant à la crise, les réactions des personnes, et l'issue de la crise ne sont pas toujours semblables. Ainsi, connaître les différents types de crise permet une évaluation plus précise des réactions d'une personne et de choisir des interventions plus appropriées. Plusieurs typologies ont été élaborées. Une première typologie, proposée par Baldwin en 1976 et complétée par Burgess en 1995 est construite selon une progression d'intensité sur un continuum stress-crise : on y retrouve en ordre croissant d'intensité la crise somatique, la crise de transition, la crise traumatique, la crise développementale, la crise psychopathologique, la crise d'urgence et la crise catastrophique (Séguin, et coll., 2006). Même si elle met en relief l'éventail de types de crise, cette typologie comporte des limites. D'abord, les catégories ne sont pas mutuellement exclusives, ce qui rend le choix de l'intervention difficile. Ensuite, cette typologie ne tient pas compte de la subjectivité et des différences individuelles dans la réaction au stress.

Une autre typologie proposée par Gilliland et James se base selon le type de 'stresseurs'. Ainsi, il y a les crises transitionnelles liées aux cycles de vie, comme l'adolescence, la naissance d'un enfant, etc. Il y a les crises situationnelles, quand des événements imprévus ou extraordinaires surviennent : une maladie, un deuil, un accident de voiture, une agression, etc. Enfin, il y a les crises existentielles, qui ont trait aux conflits intérieurs et à l'anxiété et qui remettent en cause les choix fondamentaux d'une personne (Poirier, 2007). L'avantage de cette typologie est de souligner deux types de stresseurs fondamentaux : les stresseurs événementiels et les stresseurs maturationnels. Toutefois, la principale critique que nous pouvons formuler par rapport à cette typologie, c'est qu'elle ne permet pas de rendre compte adéquatement de la situation des personnes sujettes à des crises à répétition ou sujettes à des problèmes de santé mentale.

Il existe aussi la typologie proposée par Séguin et ses collaborateurs. Ces auteurs se basent sur trois principes pour élaborer leur typologie. Ils prennent en compte qu'un événement est perçu différemment d'une personne à l'autre, que l'impact de cet événement va varier d'une personne à l'autre et que chaque type d'événement exige des interventions spécifiques (Séguin et coll., 2006). Sur la base de ces trois principes, ces

auteurs distinguent trois types de crises : les crises psychosociales, les crises psychopathologiques et les crises psychotraumatiques.

### **3.1.4. Les bases de l'intervention en situation de crise selon le modèle classique**

#### **3.1.4.1. L'immédiateté, la brièveté et la directivité**

En quoi l'intervention de crise diffère-t-elle des autres approches, comme l'approche thérapeutique classique, par exemple? Comme il s'agit d'intervenir auprès de personnes en grande souffrance ou détresse, l'intervention en situation de crise cherche d'abord et avant tout à répondre rapidement et efficacement auprès de ces personnes afin de les aider à enrayer la crise et réduire la tension qu'elle cause. Quels que soient les types de crises, les interventions auprès de personnes en crise doivent être immédiates, brèves et directives (Séguin et coll., 2006).

L'intervention en contexte de crise se fait *immédiatement* après la crise, et parfois même, au moment où elle se produit. Elle peut donc se faire en toutes sortes de lieux et selon diverses modalités : en face-à-face, au téléphone, en centre de crise, aux urgences, dans les cliniques de santé mentale, à l'endroit où la personne menace de se suicider, sur les lieux d'un sinistre, etc. Lorsque l'intervention se fait au moment de, ou immédiatement après la crise, l'aide offerte par l'intervenant est généralement acceptée, car la personne peut vivre une telle souffrance qu'elle est prête à tout pour que ça arrête. Cependant, dans le feu de l'action, il peut s'avérer difficile de recueillir des données précises et d'évaluer la situation de manière exhaustive (Ibid.).

L'intervention en situation de crise se démarque également par sa *brièveté* dans le sens qu'elle vise à aider la personne en crise à retrouver rapidement un sentiment de contrôle sur sa situation et l'espoir qu'elle est en mesure de résoudre sa situation. L'intervention de crise a souvent été comparée à la thérapie brève en raison de certaines caractéristiques communes comme, justement, la brièveté de l'intervention et la concentration sur les motifs de la consultation. Cependant, la thérapie brève vise plutôt « à l'élimination des symptômes par la compréhension de la dynamique de certains conflits » (Ibid., p. 34). L'intervention en situation de crise ne prétend pas résoudre l'ensemble des problèmes de la personne en crise, mais d'atténuer la tension que la crise fait surgir chez elle. Les objectifs sont donc différents. La brièveté de l'intervention en situation de crise n'exclut pas la poursuite d'un suivi thérapeutique à plus long terme, si cela s'avère nécessaire, comme c'est souvent le cas lorsque des personnes en crise ont des problèmes de santé mentale.

Enfin, la *directivité* distingue l'intervention en situation de crise d'autres approches thérapeutiques qui prônent la neutralité de l'intervenant. Étant donné qu'une personne en grande souffrance puisse en venir au passage à l'acte, le potentiel de dangerosité exige une certaine directivité de la part de l'intervenant. Cependant, d'après LeBlanc et Séguin, certains intervenants dirigent trop rapidement l'intervention vers l'explication rationnelle ou la suggestion de solution cognitive, car ils ne sont pas à l'aise d'être témoin de tant de souffrance (Ibid.). Cela peut avoir pour effet que la personne en crise ne se sente pas accueillie et cela risque de compromettre le processus thérapeutique. Nous verrons plus en détail dans une section subséquente l'évaluation de la dangerosité

qui doit être faite en situation de crise et l'intervention en cas de risques suicidaire et homicide.

### **3.1.4.2. Les étapes et stratégies**

Selon LeBlanc et Séguin, l'intervenant en situation de crise doit agir à trois niveaux en même temps : créer un lien de confiance avec la personne en crise, recueillir les données nécessaires pour pouvoir faire une évaluation adéquate de la crise, et maintenir l'engagement de la personne en crise dans la démarche thérapeutique (Séguin et coll., 2006). Pour aider les intervenants dans le déroulement de la première rencontre avec une personne en crise, LeBlanc et Séguin proposent un modèle d'entrevue divisé en 7 étapes, que nous choisissons de présenter ici brièvement en raison de son caractère exhaustif. Précisons toutefois que si les étapes sont présentées séparément dans ce qui suit, toutes ces étapes sont menées simultanément pendant l'entretien.

**1. Créer un lien de confiance et susciter l'engagement.** Le lien à créer ne va pas de soi. La personne en crise en général ne connaît pas l'intervenant et peut être habitée par l'idée que personne ne peut la comprendre. De son côté, l'intervenant peut être déstabilisé par la souffrance de l'autre. L'intervenant doit aussi prendre soin de son propre état émotionnel, car la souffrance de l'autre peut faire resurgir des émotions de sa propre histoire. Pour favoriser la création d'un lien thérapeutique, l'intervenant doit avant tout se présenter comme un témoin de la souffrance de la personne en crise, pour que celle-ci se sente moins seule. Si l'événement déclencheur paraît anodin à l'intervenant, celui-ci doit se montrer sans jugement et attentif à la souffrance vécue par la personne en crise. Selon S.C. Shea (Ibid.), cinq éléments favorisent la création d'un lien de confiance : la transmission efficace d'un sentiment d'empathie ; l'aptitude à mettre en place un climat propice à la sécurité ; la faculté de paraître authentique et naturel ; la capacité d'afficher une compétence rassurante ; et l'évaluation de l'alliance.

**2. Évaluer la sévérité des symptômes et la dangerosité.** Tout en maintenant le lien de confiance, l'intervenant doit recueillir les données nécessaires pour évaluer la sévérité et la dangerosité de la situation. La dangerosité concerne la létalité du scénario : la vie d'une personne doit être en danger ou il doit y avoir un risque de blessure pouvant compromettre la santé ou la sécurité de soi ou d'autrui. L'intervenant doit donc poser des questions directes à la personne sur ses intentions et le moyen choisi lors du passage à l'acte. Il doit pouvoir répondre aux questions suivantes : Quel est l'événement déclencheur ? Quelles sont les réactions affectives, cognitives et comportementales de la personne en crise ? A-t-elle des pensées suicidaires ou homicides ? Est-elle en danger ou représente-t-elle un danger pour autrui ? Souffre-t-elle de symptômes psychiatriques ? Les réponses à ces questions orienteront l'intervenant vers une intervention appropriée. L'évaluation de l'urgence permet d'évaluer l'imminence du passage à l'acte et de déterminer les priorités d'action.

**3. Comprendre la situation de crise.** L'intervenant doit d'abord s'appuyer sur la perception que la personne en crise a de sa situation. Cela renseigne l'intervenant sur l'interprétation que la personne fait de l'événement (s'agit-il d'une perte, d'une menace ou d'un défi), sur ses réactions (s'agit-il de réactions d'anxiété, de dépression ou d'espoir), et sur son sentiment d'impuissance. Ensuite, l'intervenant doit se renseigner sur les stratégies utilisées par la personne pour se sortir de la crise. Selon Lazarus (Ibid.),

lorsqu'une personne souhaite modifier les circonstances entourant l'événement stressant, elle tentera d'utiliser des stratégies centrées sur les problèmes et l'action. Si la personne souhaite plutôt réduire la détresse, elle utilisera des stratégies émotionnelles ou d'évitement.

4. *Favoriser l'expression des émotions.* C'est une étape que l'intervenant doit exercer dès le début de l'entretien. Les réactions émotionnelles des personnes en crise sont variées et l'expression des émotions peut être parfois difficile. L'intervenant doit donc être attentif aux messages verbaux et non verbaux de la personne pour mieux comprendre sa réaction. Il est important d'encourager la personne en crise à exprimer ses émotions afin que cela l'aide à clarifier les événements qui lui sont arrivés et diminuer le sentiment de solitude. Pour que les clients se sentent compris, les intervenants doivent être en mesure de cerner correctement au moins une ou deux des émotions intenses vécues par la personne. En outre, le niveau de stress ne diminue de façon significative que si l'intervenant saisit adéquatement les besoins de la personne en crise (Kirk, Stanley et Brown, 1988, dans Ibid.). Cette étape permet à la personne d'être plus disposée à réfléchir sur sa situation et les stratégies d'adaptation qui l'aideront à traverser la crise.

5. *Briser l'isolement.* Il s'agit à cette étape-ci d'explorer le soutien que l'entourage de la personne peut lui offrir. Des études ont montré qu'en l'absence de soutien social, la personne est davantage prise avec des sentiments d'impuissance. Des membres de la famille, des amis ou des collègues de travail peuvent être source de soutien. Cependant, certaines personnes de l'entourage peuvent se sentir épuisées par la situation ou manquer de ressources elles-mêmes. Alors, l'intervenant déterminera avec la personne en crise les personnes les plus aptes à lui venir en aide.

6. *Formuler la crise et le plan d'action.* À cette étape, l'intervenant partage sa compréhension de la situation avec la personne en crise. Il propose des hypothèses permettant de faire des liens entre la nature des événements, l'intensité des réactions de la personne et l'issue possible de la crise. Ces hypothèses doivent prendre en considération la dimension affective de la situation de crise. Il doit également présenter le processus de crise à la personne et la situer dans ce processus. Ensuite, l'intervenant doit planifier l'intervention. Même si cela nécessite une certaine directivité, cela ne signifie pas qu'une collaboration avec la personne en crise est impossible. En effet, la participation de la personne dans le plan d'intervention lui fait entrevoir les moyens qu'elle peut elle-même mettre en place et ainsi nourrir l'espoir qu'elle peut s'en sortir. Pour mettre en place le plan d'action, il importe donc de discuter les limites de l'intervention, négocier les objectifs réalistes à atteindre, se concentrer sur le présent, viser des résultats appropriés, combiner différentes stratégies d'adaptation, adopter un style de communication directe, être prêt à faire face à la résistance des personnes en crise, planifier la fin de la thérapie et du suivi post-crise (Ibid.).

7. *Effectuer le suivi après la crise.* Cette étape permet à l'intervenant de vérifier si la personne a retrouvé son niveau de fonctionnement d'avant la crise. Cela lui permet aussi de voir les éléments du plan d'action qui ont réellement été appliqués et leur efficacité. Cela renseigne l'intervenant sur la qualité de sa pratique.

### **3.2. Un nouveau modèle d'intervention de crise proposé par Marie Fondaire et Suzanne Larose.**

La section précédente nous a permis de décrire les bases du modèle classique de l'intervention en situation de crise et des fondements théoriques qui la supportent. À l'origine des diverses théories de la crise, nous retrouvons le modèle élaboré par Caplan dans les années '60. Bien que ce modèle se soit imposé dans les milieux de l'intervention de crise depuis déjà quelques décennies, certains auteurs et praticiens questionnent aujourd'hui son applicabilité dans notre contexte social actuel et proposent une nouvelle approche permettant de mieux appréhender les situations de crise. C'est le cas notamment de Marie Fondaire et Suzanne Larose, qui, à l'aide de collaborateurs, ont élaboré une grille de lecture plus affinée de la situation de crise dans leur ouvrage *Détresse psychologique en situation de crise* (2007). Cette grille est issue de la pratique en centres de crise au Québec. Dans cette section, nous présenterons d'abord les critiques que formulent ces auteurs à l'égard du modèle classique, puis les fondements et les caractéristiques du nouveau modèle, et enfin, quelques considérations à prendre en compte au niveau de l'intervention auprès d'une clientèle en situation de crise.

#### **3.2.1. Une critique du modèle classique selon Fondaire et Larose**

Fondaire, Larose, et leurs collaborateurs, reconnaissent l'apport indéniable de la théorie proposée par Caplan et de ses développements ultérieurs à propos de l'intervention en situation de crise. Poirier explique que l'approche de Caplan s'appuie sur des fondements théoriques « sérieux et suffisants pour expliquer bon nombre de crises » et qu'elle permet aussi de fournir de « bons repères dans l'intervention » (Poirier, 2007, p. 47). Selon Fondaire et Larose, les principes proposés par Caplan « font encore parfois partie de l'intervention, mais d'une façon plus spécifique, dépendant étroitement de la situation » (Fondaire et Larose, 2007, p. 107). Ces auteurs soulignent que :

La situation de crise primaire, définie par Caplan, correspond au vécu d'un nombre restreint de personnes faisant appel aux services d'intervention de crise. Ces personnes qui possèdent des stratégies d'adaptation adéquates, même si celles-ci sont momentanément inefficaces, seront individuellement capables de se ressaisir assez rapidement, et ce, sans que leur environnement relationnel ait besoin d'être impliqué ou même concerné par la situation. Ainsi, les personnes entourant celle qui est baignée dans la situation de crise font confiance au fait que son développement personnel lui a toujours permis de trouver les moyens nécessaires et efficaces pour traverser les périodes les plus difficiles de sa vie. Et il en sera de même cette fois-ci. L'aide professionnelle extérieure sera un accessoire, utilisé ponctuellement. Et, en effet, la personne retrouvera finalement son équilibre initial qui aura seulement frôlé l'instant d'une crise. Il y a ainsi, à l'intérieur du modèle de Caplan, à la fois un événement porteur de souffrance, qui est la crise, et une apparente simplicité à passer à travers ce vécu. (Ibid., p. 91)

Or, la pratique met plutôt en relief la complexité de la plupart des situations. À la lumière de la diversité des expériences cliniques et avec l'apport de nouvelles connaissances théoriques, il devient de plus en plus évident que le modèle proposé par Caplan et ses successeurs ne suffit pas à lui seul à comprendre toutes les situations de crise et réussir à aider les personnes à les résorber. Fondaire et Larose font état de plusieurs limites liées au modèle classique que nous allons maintenant présenter (Fondaire et Larose, 2007, p. 86-106).

Dans son modèle, Caplan divise la situation de crise en trois périodes : la précrise, la crise et la postcrise. L'élément déclencheur se situe dans la précrise. Durant la crise, la personne affectée ne réussit pas à utiliser ses mécanismes d'adaptation et va chercher de l'aide auprès d'un professionnel. Grâce à cette aide, la personne retrouve son équilibre, ce que Caplan appelle la postcrise. Lorsque la crise est résolue, il y a selon Caplan, une opportunité de croissance personnelle et de changement. Fondaire et Larose reconnaissent dans le concept d'homéostasie, ou état d'équilibre, l'originalité du modèle de Caplan. Cependant, la description mécanique des étapes de la crise leur semble simpliste et reflète peu la réalité des situations rencontrées en centres de crise. Ces auteurs reprochent au modèle de considérer la crise comme une source de croissance et changement et de donner ainsi une « lecture romantique » de la crise (Ibid., p. 86). L'observation des situations en centre de crise permet de voir fréquemment qu'il y a chez les personnes qui consultent un phénomène de répétition de comportements inadéquats qui maintiennent la personne dans un cycle de crises. En outre, l'élément déclencheur, clairement situé dans la précrise dans le modèle de Caplan, « apparaît souvent plus trouble et troublé à l'intérieur des pratiques » (Ibid., p. 96) La répétition des crises après l'occurrence d'un même genre d'événements laisse croire qu'« un événement passé, plus enfoui, (est) le véritable événement déclencheur, inscrit dans le passé de la personne » (Ibid.). Enfin, ces auteurs nous mettent en garde contre l'apparence trompeuse d'une période de soulagement après la crise. Elle ne signifie pas nécessairement la résolution de la crise, mais parfois seulement un apaisement des symptômes. Ainsi, selon ces auteurs, « il devient ardu, voire impossible, de lire l'événement de la crise comme uniquement un déséquilibre soudain dans le fonctionnement social de l'individu » (Ibid., p. 87). D'autres aspects dans la vie de l'individu sont à considérer comme nous le verrons par la suite.

Une autre critique fondamentale formulée à l'encontre du modèle de Caplan est que cette approche est principalement cognitive et axée sur les capacités de résolution de problèmes des individus. Selon le modèle de Caplan, la recherche de solution fait partie intégrante de l'intervention en situation de crise et se fait lors des étapes d'exploration de solutions avec un professionnel, de formulation d'un plan d'action et de son implantation. En fait, le modèle est axé sur la résolution de la crise, sur la nécessité de 'régler' la situation problématique. C'est par conséquent un modèle centré sur l'individu (Ibid., p. 89). Mais pour les personnes qui fréquentent de manière récurrente les centres de crise, cette approche adresse-t-elle la problématique de la crise d'un bon angle? Nos auteurs se demandent à ce sujet s'il est « encore possible, aujourd'hui, de lire une situation de crise sans puiser son sens dans la relation avec l'autre » (Ibid., p. 89). Pour eux, il semble essentiel de tenter de comprendre la situation de crise comme la relation inévitable entre l'histoire de vie de la personne et tous les systèmes relationnels qui l'entourent. Nous abordons en détail le nouveau modèle proposé par ces auteurs dans ce qui suit.

### **3.2.2. Une proposition d'un nouveau modèle d'intervention en situation de crise**

#### **3.2.2.1. Les caractéristiques du nouveau modèle**

Pour Fondaire et Larose, la pratique montre que le modèle de Caplan n'est pas suffisant pour saisir la complexité d'un grand nombre de situations de crise. Le nouveau

modèle qu'ils proposent tente d'apporter des dimensions d'analyse permettant de mieux comprendre le vécu de la crise et donc de mieux intervenir. Le nouveau modèle retient deux concepts élaborés initialement par le modèle classique : l'élément déclencheur et les phénomènes de perception et de représentations. Or, selon Fondaire et Larose, « la pratique soulève aujourd'hui la nécessité de comprendre la situation de crise comme la relation inévitable entre l'histoire de vie et tous les systèmes relationnels qui entourent la personne » (Fondaire et Larose, 2007, p. 91). Ainsi, afin de mieux saisir l'état de la personne avant la crise, la théorisation de la crise doit, selon ces auteurs, faire ressortir deux autres dimensions que sont le *territoire* et la *trajectoire* de la personne. Les auteurs entendent par *territoire* : la position actuelle de la personne dans des systèmes relationnels significatifs, comme sa famille, son réseau d'amis, son milieu de travail, sa communauté d'appartenance. La *trajectoire* permet d'identifier les difficultés vécues par la personne dans l'ensemble de sa vie, à travers son enfance, son adolescence, sa vie d'adulte, qui ont un lien avec la crise actuelle (Poirier, 2007, p. 48). Ainsi, selon Poirier, la crise est le résultat de l'interaction entre quatre facteurs fondamentaux (Ibid.) :

1. l'élément déclencheur, c'est-à-dire l'événement précipitant qui va survolter les capacités de résolution de problème de la personne et générer une anxiété et une souffrance importantes;
2. la perception qu'a la personne de cet élément déclencheur et la représentation globale qu'elle a des causes de sa crise et des moyens qu'elle pourrait mettre en action pour s'en sortir (volet qui peut (...) être l'objet de distorsions cognitives importantes);
3. le territoire systémique de la personne, formé de son milieu familial nucléaire et de son réseau social élargi et qui éclaire les éléments dynamiques interactionnels qui génèrent ou entretiennent la crise et qui permet également de déterminer les possibilités de soutien social pour la personne;
4. l'histoire de vie de la personne, la trajectoire qui l'a conduite précisément à la crise qu'elle vit présentement, avec le retour possible de scénarios de difficultés antérieures et avec une vulnérabilité qui lui est personnelle en fonction de sa propre santé mentale.

En d'autres termes, comme Fondaire et Larose le formulent, « la crise se définira alors comme se situant au carrefour d'une trajectoire et d'un territoire, coincée à l'intérieur des perceptions et des représentations de chacune des personnes concernées et où l'accident de parcours, l'événement déclencheur, met en lumière la nature du processus » (Fondaire et Larose, p. 88). Par conséquent, l'appui théorique de ce modèle se trouve à la croisée des chemins entre l'approche systémique et l'approche psychodynamique, car « la trajectoire et le territoire sont intimement liés, le mouvement de l'un influence celui de l'autre » (Ibid., p. 108). Selon les termes de Fondaire et Larose,

Si l'intensité ou même la violence des comportements laissent entrevoir la tension élevée, en même temps qu'une certaine diminution de la souffrance, il reste cependant que sa répétition nous informe d'une non-résolution interne du conflit. Derrière cette répétition destructive et rassurante, il y a, quelque part dans le passé, un événement ou plusieurs événements qui ont adressé un message ambigu à la personne. Celle-ci, souvent quand elle était enfant, en processus de développement, n'a pas eu la capacité à ce moment-là de sa vie de décoder et de déconstruire ce qui se passait pour elle et autour d'elle. Très souvent, ce ou ces événements se révèlent être des traumatismes importants tels que des abus sexuels, affectifs ou encore le résultat d'une négligence importante. C'est devant une incompréhension profonde d'événements subits que certains comportements autodestructeurs prennent place et se font tristement rassurants. Dès lors, c'est à travers l'exploration de sa trajectoire et de son territoire, les deux intimement liés à l'intérieur des perceptions et des représentations, que la personne s'en fait, que la situation de crise



va révéler son sens caché. La résolution ne pourra donc être immédiate. Il faudra du temps pour découvrir le scénario répété et subversif pour ensuite tenter d'en dénouer les liens personnels dans l'histoire de la personne, imbriqués dans son territoire de relations, et peut-être en déstabiliser les fondements. (Ibid., p. 94)

En effet, l'important, selon ce modèle, est de mieux appréhender où se situait la personne avant la crise, « instant riche d'informations pour la compréhension de la personne et de la crise » (Ibid.). Ainsi, dans cette perspective, l'intervention cherchera d'abord à comprendre, plutôt qu'à agir immédiatement.

### **3.2.2.2. Quatre situations types**

Les auteurs proposent quatre scénarios possibles de situations de crise fréquemment rencontrés dans la pratique. Toutefois, ils ne prétendent pas être exhaustifs, car « la vie et la réalité sont souvent plus complexes qu'un modèle ne pourra jamais les décrire et qu'il reste, par le fait même, incomplet » (Ibid.). Nous choisissons ici de les présenter brièvement afin de mieux nous familiariser avec le modèle et de nous donner des pistes d'analyses pour nos études de cas dans la prochaine section.

#### *Bris dans la trajectoire, un territoire divisé (Ibid., p. 109-112)*

Dans ce genre de situation, avant la crise, la trajectoire de la personne est relativement stable jusqu'à présent. Le territoire, composé de ses systèmes relationnels habituels, est présent et attentif. Il y a présence chez la personne de comportements ou de pensées étranges, voire excentriques, que le territoire perçoit comme un « excès d'originalité ou de créativité » (Ibid., p. 109), mais qui ne lui cause pas d'inquiétudes particulières. Les mécanismes d'adaptation de la personne sont généralement adéquats.

Puis, suite à un événement, les pensées et des comportements bizarres, comme l'isolement, la désorganisation, etc., se rigidifient et empêchent la personne de fonctionner normalement. Les comportements peuvent devenir dangereux pour la personne ou pour autrui et le territoire s'inquiète, se sentant impuissant à résoudre la crise.

Au niveau de la perception, les repères de la réalité deviennent confus. Le territoire est divisé en deux, mélangeant un réel menaçant et un monde imaginaire, pouvant lui aussi être menaçant selon les influences de l'histoire de vie de la personne, mais pouvant également comporter des personnages sécurisants.

L'issue de la crise va varier selon les personnes, leur territoire et leur trajectoire. En général, une possible rechute dans le monde imaginaire reste présente continuellement. L'adaptation à cette nouvelle réalité peut prendre du temps. L'issue dépendra notamment de l'acceptation par la personne de sa nouvelle condition, ou, comme les auteurs disent, de ce « bris dans sa trajectoire ».

#### *Accident de parcours, effritement du territoire (Ibid., p. 112-117)*

Dans ces situations, avant la crise, la trajectoire de la personne est également stable. Elle a pu vivre des moments difficiles, mais dans le cadre de la normalité. Elle a des mécanismes d'adaptation adéquats. Son territoire est composé de systèmes

relationnels plus ou moins significatifs. Elle a déjà bénéficié d'aide lors de ces moments difficiles.

Puis, un stresser survient, suivi d'autres dans son sillage. Il s'agit en général de deuils successifs, de pertes, de maladie, d'accident, etc. Déstabilisée, la personne n'a pas le temps de se ressaisir avant que d'autres événements malheureux l'accablent. Dans un premier temps, le territoire est soutenant. Mais, avec la succession des situations de stress, l'entourage vit un sentiment d'impuissance. Il peut réagir par un surinvestissement, suivi de sentiments d'épuisement. La personne perd peu à peu ses ressources. C'est la crise.

Au niveau des perceptions, la personne se sent incapable de surmonter ses épreuves. Le territoire finit par la percevoir de la sorte également et au bout d'un certain temps, peut retirer son aide. La personne se sent isolée, envahie par des sentiments d'abandon et d'injustice.

Deux issues de crise sont possibles. La personne peut bénéficier d'aide professionnelle qui l'aidera à prendre un certain recul avec sa situation et faire face à ses deuils, pendant que le territoire profite d'un retrait temporaire pour se ressourcer et se réorganiser. Avec le temps, la personne retrouvera un nouvel équilibre, avec un rapport à son territoire modifié. Ou bien, la personne plonge dans un désespoir intense, se sent incapable de s'en sortir et se sent injustement traitée par la vie. Le territoire continue de s'éloigner. Les mécanismes de protection de chacun se rigidifient. L'accident de parcours s'enracine.

*Un parcours accidenté, un territoire brûlé (Ibid., p. 118-125)*

Dans ce cas-ci, avant la crise, le parcours est déjà accidenté, signe d'un ou plusieurs traumatismes passés. Il a pu s'agir d'un premier accident de parcours que la personne n'a su surmonter, d'un effritement du territoire ou de stratégies d'adaptation continuellement inadaptées. Toutes situations peuvent être prétexte au conflit. Le retrait de l'entourage est vécu comme une trahison et génère chez la personne une peur du lien. Pour combler ce vide relationnel, la personne se construit un réseau de soutien composé de professionnels de la santé et d'aidants naturels. Pour maintenir son réseau, la personne va adopter des stratégies d'adaptation répétitives, s'exprimant sous la forme d'actes suicidaire, automutilatoire, agressif ou autres.

La crise est en apparence déclenchée par une rupture d'un lien (amoureux, professionnel, amical, etc.), mais est le reflet d'un scénario répétitif d'échecs relationnels. Paradoxalement, la crise est une zone de confort, car cet état est déjà connu.

Au niveau des perceptions, la personne se sent victimisée. Pour elle, le problème vient forcément de l'extérieur. Comme la personne a besoin d'un territoire conflictuel pour trouver sa zone de confort, elle va rentrer en conflit avec les personnes de son entourage, y compris les professionnels de la santé auprès de qui elle va chercher de l'aide.

L'issue de la crise est incertaine. La personne peut continuer à perpétrer les conflits relationnels comme dans « un continuum d'instabilité rassurant » (Ibid., p. 120). Le territoire ne peut aider la crise, puisque lui-même est en crise et signifie la crise. Il peut y avoir détérioration des mécanismes d'adaptation avec des passages à l'acte de plus en plus dangereux. Les prises en charge par les professionnels se multiplient. Seule une

alliance en relation d'aide sur un mode différent pourra peut-être aider à briser le cycle de la répétition.

*Un territoire de protection, un accident de parcours (Ibid., p. 125-129)*

Avant la crise, un des systèmes relationnels du territoire de la personne va dominer les autres. Il peut s'agir de la famille, d'un groupe religieux ou autre. Le système est hermétique et le contrôle est son mode de fonctionnement principal. On parle alors de système protectionniste. Il est autosuffisant et source d'équilibre. Tout ce qui vient de l'extérieur est potentiellement perçu comme menaçant. La trajectoire de l'individu et celle du groupe sont confondues. Chacun existe pour et grâce à l'autre, de façon pernicieuse. Quand le système fonctionne, tout apparaît calme et serein.

L'élément déclenchant arrive lorsqu'un stresser ne peut plus être géré par le système protectionniste. Quand une personne est en crise, le système est en crise. Elle entraîne les autres dans la crise, comme par ricochet.

Au niveau des perceptions, il est fort possible que la personne identifiée en crise ne soit pas celle à l'origine de la situation. La personne en crise est souvent celle qui ne fait que réagir à une brèche dans le système.

L'issue de la crise dépend des mécanismes d'adaptation du système. Si ceux-ci s'avèrent assez flexibles pour contrecarrer le choc initial, le système pourra reprendre le dessus. Autrement, une aide professionnelle pourra être en mesure d'intervenir, mais ce professionnel sera avant tout le témoin d'une faille dans le système, une fragilité qui pourra se réactualiser dans le futur. Si le système est à bout de souffle, la personne à l'origine de la crise pourra sortir du système, non sans avoir besoin, pour se reconstruire, d'une thérapie à long terme. Pour sa part, le système en sera très fortement ébranlé.

### **3.2.3. Quelques remarques sur l'intervention de crise selon le nouveau modèle**

À la lumière de la pratique en centres de crise, Fondaire et Larose ont énoncé un certain nombre d'enjeux concernant l'intervention en situation de crise. Nous les présentons brièvement dans ce qui suit.

#### **3.2.3.1. Les limites de la recherche de solutions**

Selon Caplan, intervenir en situation de crise implique d'agir le plus rapidement possible sur la situation qui se présente et de se concentrer sur la recherche de solutions (Ibid., p. 99). Or, Fondaire et Larose attirent l'attention sur le fait que « les techniques de recherche de solutions (exploration des solutions de rechange, formulation d'un plan d'action et son implantation) ont comme principale limite de s'adresser quasi exclusivement à des éléments concrets de la vie de la personne, comme une équation mathématique à laquelle nous trouverions *la* solution » (Ibid., p. 101). Si la recherche de solution s'avère inévitable quand la situation présente un danger imminent pour la personne ou autrui, dans d'autres cas, cette démarche n'aboutit qu'à l'atténuation temporaire, mais rassurante des tensions. L'intervenant peut ainsi satisfaire son besoin de

se sentir utile et compétent, mais la problématique sous-jacente de la situation de crise n'est pas fondamentalement adressée. Il arrive aussi parfois même que la personne en crise refuse les solutions proposées. L'intervenant peut alors tomber dans le piège de la surenchère de solutions et adopter un style de relation d'aide de style persuasif (Ibid., p. 103). L'intervenant se sent impuissant et frustré face à l'inertie de la personne, et celle-ci se sent incomprise. À l'inverse, la personne en crise peut réclamer une action directe et une prise en charge de sa situation (Ibid., p. 100). Alors que la prise en charge immédiate peut s'avérer nécessaire dans certaines situations, dans d'autres cas, Fondaire et Larose constatent que le « premier contact ne serait pas nécessairement le meilleur moment pour une intervention, que celle-ci pourrait nécessiter un délai » (Ibid., p. 99). Le délai imposé par l'intervenant permet à la personne de prendre conscience de ses capacités de s'organiser dans la situation immédiate. La pratique du délai, quand elle est judicieusement utilisée, s'inscrit dans une démarche d'*empowerment* de la personne en crise (Ibid., p. 164). Ces auteurs remarquent également que, dans les scénarios répétitifs, le meilleur moment de l'intervention se situe « en dehors de la crise, dans les moments de l'avant ou de l'après-crise » (Ibid., p. 99). Ainsi, la recherche de solutions et l'agir immédiat risque de ne pas adresser adéquatement la problématique profonde de la personne en crise et de contribuer au phénomène de la répétition des situations de crise.

### **3.2.3.2. Comprendre le sens de la crise**

Alors que la répétition des crises « fidélise » la clientèle aux centres de crise et les plans d'intervention tendent, sans grande efficacité, à se ressembler d'une fois à l'autre, Fondaire et Larose se demandent comment sortir de cette impasse (Ibid., p. 103). Ces auteurs proposent plutôt que l'intervention de crise « s'engage dans une approche d'exploration et de compréhension de la situation plutôt que d'action précipitée » (Ibid.). En d'autres termes, c'est la compréhension du *sens* de la crise qui est préalable à sa résolution (Ibid.). Comme ces auteurs l'expliquent,

Si la situation de crise ne peut se comprendre qu'à l'intersection de sa trajectoire et de son territoire, ce sont d'abord et avant tout les perceptions et les représentations que la personne se fait de cette situation auxquelles nous avons accès : quelle signification donne-t-elle à ce qui se passe pour elle ? C'est l'exploration de ses perceptions et représentations qui va permettre de redonner un sens personnel au vécu de crise. Nous le découvrons aussi à travers la diversité impressionnante de situations de crise de toutes sortes, dans le sens où une crise s'exprime dans l'unicité de l'histoire de vie de la personne au sein de ses systèmes relationnels et personnels. Cette unicité est aussi le témoignage d'une lecture toute particulière que la personne fait des événements tangibles de sa vie. En effet, un fait ne devient vécu que parce qu'une personne lui donne un sens, une signification à l'intérieur de son histoire de ses relations. (Ibid., p. 104)

Dans cette perspective, la relation d'aide s'inscrit non plus dans une recherche de solution, mais dans une démarche de compréhension. Il est possible que l'intervention permette de discerner qu'un événement inscrit dans le passé de la personne soit le véritable événement déclencheur, mettant ainsi en évidence la continuité de sa trajectoire. Le travail d'intervention vise alors à amener la personne à découvrir ce qu'elle est à travers la crise. Cela nécessite l'établissement d'une relation significative entre deux personnes, « relation où la personne rencontrée se sent reçue et entendue dans ses perceptions, où la personne qui rencontre celle-ci va se sentir touchée par l'autre et

capable, dans une empathie respectueuse, d'être non seulement à l'écoute, mais aussi de créer une alliance qui permettra à l'autre de se révéler au-delà de ses défenses et où la qualité de l'intimité de la relation thérapeutique crée la confiance nécessaire pour accéder à la compréhension et possiblement au changement » (Ibid., p. 104). En ce sens, la crise peut devenir une occasion de croissance et un potentiel de développement (Ibid., p. 105).

### **3.2.3.3. La capacité de changement**

La capacité de changement de la personne est variable pour chacun et dépend de divers éléments, tels la force de l'élément déclencheur, un moment particulier dans le développement affectif, cognitif et physique de la personne, ou encore, la qualité du premier contact avec le professionnel. Fondaire et Larose mentionnent également que la capacité de changement est conditionnée à ce qu'elles appellent le *timing*, « ce moment propice pour la personne pour ouvrir sur son vécu difficile en lien avec sa trajectoire, son territoire, l'événement déclencheur et ses perceptions et représentations » (Ibid., p. 96). En d'autres termes, « c'est l'ouverture qui va permettre de recréer les liens entre son histoire, ses systèmes relationnels et son vécu de crise actuel; c'est une énergie particulière qui permet d'oser le questionnement avec les émotions qui surgiront » (Ibid.). Selon Fondaire et Larose, les changements, parfois minimes, parfois majeurs, peuvent être perçus comme une épreuve pour la personne en crise et cette perspective peut générer une grande ambivalence chez elle. Ce sont les conséquences du changement qui semblent être déterminantes dans la mobilisation ou non de la personne vers le changement. Mais, selon Fondaire et Larose, « il est crucial de comprendre que ce sont les conséquences subjectives pour la personne qui seront prises en compte dans sa décision, consciente ou inconsciente, et non leur objectivité » (Ibid., p 97). Parfois, les gains secondaires d'une situation, comme recevoir une attention particulière de son entourage ou la prise en charge par les professionnels, peuvent amener une personne en crise à « boycotter l'aide reçue et à répéter les mêmes comportements autodestructeurs pour recevoir les mêmes faveurs » (Ibid.). Ceci peut amener la personne à endurer une situation très souffrante, « parfois au-delà de toute compréhension ». Ironiquement, c'est la rencontre des subjectivités de la personne en crise et de l'intervenant – des subjectivités personnelles à chacun, rarement à l'unisson – qui peut constituer un obstacle à l'intervention. En effet, lorsque la personne en crise rencontre l'intervenant, il y a un croisement de deux trajectoires et de deux territoires qui confronte l'intervenant à sa propre subjectivité. L'intervenant de crise se retrouve face à des souffrances vives et intenses « qui le ramènent inmanquablement à ses propres souffrances » (Ibid., p. 134). Ainsi, pour Fondaire et Larose, « les limites étant subjectives pour tous, il y a ici la nécessité pour le professionnel de se décentrer de lui-même afin d'entendre la subjectivité de l'autre et de l'aider au moment précis où il atteint sa limite particulière » (Ibid., p. 98).

### **3.2.3.4. Écoute, empathie, intuition et créativité**

Plusieurs outils servent l'intervenant dans son travail : il y a bien sûr l'écoute et l'empathie, mais aussi l'intuition et la créativité. L'empathie permet d'être disponible et ouvert à entendre et à recevoir l'émotion de l'autre (Ibid., p. 135). Fondaire et Larose précisent que l'intervention de crise est particulière en ce sens que les situations intenses

qu'elle amène rendent « plus difficile (le fait) de garder une distance avec l'autre », mais, en même temps, permettent de s'approcher du phénomène de résonance affective décrit par M. Elkaim. Selon cet auteur,

Entrer en résonance, c'est entrer en communication au niveau du monde émotif; cela signifie que l'on est en contact avec son propre univers émotif en même temps qu'avec celui de l'autre. Même si ces deux univers sont différents au niveau du contenu, il y a intersection et rencontre de deux mondes émotifs; ces mondes se recoupent (...), car certaines situations sont universelles et touchent tout le monde. (...) Entrer en résonance est une autre façon de parler de la compréhension empathique. Une alliance, un lien de confiance doit se bâtir sur un accueil inconditionnel et un soutien actif face à ce vécu émotif. On parle alors de co-construction, car l'écoute est teintée de nos zones de confort et d'inconfort. Cela exige des intervenants qu'ils puissent faire un retour sur leur propre vécu émotif. La résonance affective crée un processus de réciprocité; si le client se sent compris, il va être spontanément porté à s'ouvrir pour comprendre l'intervenant. Si on ne réussit pas à entrer en résonance, c'est l'impasse. (Elkaim, 1989, dans Ibid., p. 149)

Un autre outil utilisé est l'intuition, « cette aptitude pour 'voir l'intérieur', ce mode de connaissance indépendant de la raison, connaissance soudaine, spontanée, indubitable » (Ibid., p. 135). L'intuition existe de façon variable chez les intervenants et dépend de leur trajectoire, durant laquelle ils auront plus ou moins appris à faire confiance à ce ressenti. C'est cet instinct qui va l'orienter vers certaines pistes d'intervention et d'exploration plutôt que d'autres (Ibid., p. 150). Enfin, il y a la créativité. Selon Fondaire et Larose, « il y a une énergie nouvelle à donner à chacune des personnes qui font appel aux services de crise; les recettes toutes préparées n'existent pas » (Ibid., p. 151). La créativité nécessite « persévérance, engagement et responsabilité, entre autres la responsabilité des succès et des erreurs » (Ibid., p. 151). Un contexte de travail favorisant autonomie et indépendance d'esprit favorisera également la créativité de l'intervenant.

### **3.2.3.5. La collaboration interprofessionnelle**

Les intervenants en situation de crise n'interviennent pas seulement auprès des personnes en crise; ils doivent également interagir avec d'autres professionnels du réseau de la santé. La collaboration avec les différents partenaires professionnels fait partie intégrante du travail de tout intervenant qui n'exerce pas sa pratique en silo. Ceci n'est pas moins vrai en centres de crise. Les intervenants de centres de crise sont amenés à collaborer avec d'autres professionnels, car un nombre élevé d'appels au service de crise sont placés par des collaborateurs (Ibid., p. 146). Les motifs de l'appel peuvent être de trois ordres : une demande de soutien à l'intervention, une demande d'intervention pour une autre personne ou une simple demande d'information (Ibid.). Cependant, Fondaire et Larose, notent que, parfois, le vrai motif de l'appel n'est pas clair. Il peut arriver par exemple que « le référent (mettent) l'accent sur l'autre, alors que celui-ci peut se sentir lui-même dépassé par la situation, sans nécessairement vouloir se montrer ébranlé ou affecté » (Ibid., p. 146). Souvent aussi, la collaboration est limitée par une perception différente de la personne ou la crise et certaines situations amènent des tensions entre professionnels. Par exemple, les rencontres réunissant les divers intervenants impliqués auprès de la personne sont sensées permettre « (la discussion) des points de vue différents des professionnels afin d'unifier le regard posé sur la personne et d'orienter les interventions de chacun » (Ibid., p. 147). Dans la réalité, ce n'est pas toujours le cas.

Fondaire et Larose témoignent de situations où « chacun a alors campé sa perception de l'autre dans son expérience avec celui-ci; entendre un point de vue différent peut-être perçu comme une mauvaise compréhension de la part de l'autre et une aide inadéquate. » (Ibid.). Dans ces cas-là, les points de vue cliniques et théoriques dominent la discussion et « la personne, avec ses besoins, reste en arrière-fond » (Ibid.). Les conflits de territoire dont Fondaire et Larose font allusion ne sont pas l'exclusivité des centres de crise et de leur partenaire. Nous l'avons vu dans l'intervention en contexte hospitalier, le travail interdisciplinaire au sein de l'hôpital et de collaboration avec les professionnels du réseau élargi n'est pas sans confronter le travailleur social dans le même genre de problématiques. Aventurons-nous à dire qu'il s'agit là d'une tendance fondamentalement humaine, notamment parce qu'il s'agit d'aider l'autre, et donc l'autre en soi – une démarche qui potentiellement ravive les blessures et les défenses narcissiques de chacun. Ceci invite donc à la prudence et au regard sur soi, afin d'accompagner au mieux la personne en difficulté.

Au terme de cette section, nous retenons principalement que la crise vécue par une personne émerge à la croisée des chemins de sa trajectoire de vie et son territoire. Les couleurs de sa trajectoire et de son territoire teindront ses perceptions et ses représentations des événements déclencheurs de la crise. Ce modèle permet d'observer un point de vue global de la personne en crise, en prenant en considération son histoire personnelle et sa situation relationnelle actuelle. Ce modèle d'analyse met en évidence la continuité du passé vers le présent et l'influence mutuelle de l'un sur l'autre. Lorsque nous rencontrons, à l'hôpital, des mères en situation de tensions intenses ou de détresse, le poids de leur trajectoire et la faiblesse du territoire sont palpables. C'est pourquoi nous pensons que le modèle proposé par Fondaire et Larose peut aider à établir une analyse pertinente de la situation de ces femmes et offrir des pistes d'intervention intéressantes. Nous proposons dans la section suivante d'évaluer la pertinence de ce modèle et discuter de son applicabilité dans le contexte hospitalier, grâce à la présentation de deux études de cas.

### **3.3. Études de cas**

Dans cette section, les situations qui nous servent d'études de cas ont été rencontrées lors de notre stage effectué au CHU Sainte-Justine. Afin de protéger la confidentialité des personnes dont nous évoquerons l'histoire de vie, nous avons changé les données qui pourrait révéler la véritable identité des personnes concernées, tels le nom de la mère, le nom et le sexe de l'enfant, et certaines lieux. Ainsi, dans ce qui suit, nous présenterons les histoires de Sonia et de Fabienne. Dans les deux cas, l'intervention a été initiée par notre superviseur ou une autre travailleuse sociale, puis le suivi psychosocial auprès de ces femmes nous a été confié. Notre intervention a été l'objet d'une supervision régulière sur chacun des dossiers. Ainsi, les histoires de vie de ces femmes seront relatées au meilleur de nos connaissances, selon les notes que nous avons prises tout au long de l'intervention et celles des autres professionnelles impliquées dans leur dossier. Toutefois, la responsabilité de la marge d'erreur que la narration du vécu d'une autre personne implique nécessairement nous revient personnellement. Notre point de vue est également analytique : les aspects du vécu de ces femmes que nous décidons de relater ont été choisis en fonction de leur pertinence par rapport à notre sujet. Nous espérons que cette sélection, inévitable dans ce contexte, sera faite dans le respect des personnes et rendra tout de même justice à leur vécu. Pour chaque étude de cas, nous présenterons d'abord les circonstances du suivi psychosocial, un résumé de la situation de la mère selon la première évaluation et un résumé des interventions effectuées. Ensuite, nous procéderons à l'analyse de la situation de la mère en fonction du modèle de Fondaire et Larose. Enfin, nous proposerons un retour critique sur l'intervention réalisée en fonction des paramètres du modèle qui nous sert de cadre d'analyse. Une fois, la présentation des deux études de cas terminée, nous discuterons les résultats obtenus et la pertinence du modèle de Fondaire et Larose dans l'intervention périnatale en milieu hospitalier. Plus précisément, nous discuterons de sa pertinence auprès de la clientèle et de son applicabilité dans le contexte actuel d'organisation des services de santé au Québec.

#### **3.3.1. L'histoire de Sonia**

##### **3.3.1.1. La requête**

Nous recevons une requête de la clinique de gynéco-obstétrique pour procéder à une évaluation de la situation de Sonia. La requête nous indique que Sonia est une mère de 29 ans, qu'elle vient de donner naissance à son premier garçon à 39 semaines de gestation, qu'elle n'a pas de conjoint et qu'elle vit beaucoup d'anxiété.

##### **3.3.1.2. Résumé de la première évaluation**

La première évaluation effectuée dans les 48 heures après l'accouchement nous permet d'avoir un meilleur aperçu de la situation de Sonia. Au niveau de ses relations, Sonia nous apprend qu'elle n'est plus en couple avec le père de l'enfant depuis le début de la grossesse. La grossesse n'était pas planifiée, mais, désirant toutefois devenir mère, elle a décidé de garder l'enfant. La mère de Sonia vit dans la même ville et elles se



côtoient régulièrement. Sonia décrit sa relation avec sa mère de manière négative. Sa mère a été longtemps malade et Sonia s'en est beaucoup occupée. Maintenant qu'elle a à son tour besoin d'aide, Sonia ne pense pas que sa mère sera là pour lui en offrir. Un arrangement avec sa mère prévoit que celle-ci viendra habiter chez elle 2 ou 3 jours par semaine pendant le premier mois après l'accouchement. Cependant, Sonia vit de l'ambivalence par rapport à cette aide. Elle dit craindre que sa mère soit très critique de sa manière de s'occuper du nouveau-né. Autrement, Sonia a des frères et sœurs, qui soit habitent à l'étranger, soit sont occupés avec leur propre famille. Elle ne compte pas vraiment sur eux pour une aide tangible. Nous n'avons pas d'information sur son père. Sonia reçoit le soutien d'une amie, qui est présente à l'hôpital au moment de l'entrevue. Au niveau de son statut économique, Sonia occupait un emploi salarié pendant sa grossesse. Elle a pris son congé parental trois semaines avant d'accoucher. Elle a fait sa demande auprès de la RQAP et auprès du gouvernement pour les prestations familiales. Nous estimons, malgré tout, que ses revenus sont faibles. Au niveau de sa préparation à l'accouchement, nous apprenons qu'elle n'a pu suivre qu'un seul des trois cours prénatals offerts à son CLSC. Elle nous dit également ne pas avoir de suivi psychosocial au CLSC. Toutefois, durant sa grossesse, elle a consulté plusieurs fois avec la psychologue de la clinique de gynécologie de l'hôpital.

Lors de cette première entrevue, Sonia dit avoir vécu de l'anxiété durant sa grossesse du fait de l'isolement qu'elle ressent et de l'état de santé physique de son garçon. En effet, lors d'un suivi de grossesse initié dans un hôpital plus proche de chez elle, les médecins ont détecté la présence d'anomalies organiques, dont certaines au cœur et aux reins, ainsi qu'un pied bot. Ceci a justifié le transfert du suivi de grossesse de Sonia au CHU Sainte-Justine. Au CHU, l'équipe précise les diagnostics, mais ceux-ci s'avèrent moins graves qu'initialement anticipés. Face à l'annonce des diagnostics, Sonia dit avoir senti beaucoup d'anxiété. Les notes de la psychologue inscrites au dossier médical mentionnent en effet la présence d'une grande anxiété chez Sonia et l'occurrence d'attaques de panique. La psychologue suggère que l'état émotif de Sonia a pour origine les difficultés vécues dans son enfance et son isolement actuel. Maintenant que l'enfant est né, Sonia dit se sentir moins impuissante, puisque la médecine peut intervenir auprès de son enfant. Toutefois, quand elle en parle, elle est vite émue. Sonia dit également ne pas se sentir à la hauteur pour s'occuper de son enfant. Elle a tendance à s'autocritiquer beaucoup. Cependant, elle sent le besoin d'obtenir de l'aide dans son adaptation parentale, mais ne sait pas comment s'y prendre ni à qui s'adresser.

### **3.3.1.3. Résumé de l'intervention**

À la suite de l'évaluation, nous intervenons auprès de Sonia à différents niveaux. En premier lieu, notre présence et notre écoute semblent lui procurer du réconfort. La nouveauté de l'expérience de la maternité confronte Sonia à de nombreux questionnements, tant au niveau organisationnel qu'au niveau des soins à donner à son bébé. Pour les soins du bébé, nous la confirmons sur la normalité de ses doutes et dans ses capacités d'apprentissage du rôle de parent. Nous l'encourageons à communiquer avec les infirmières, notamment au sujet de l'allaitement avec lequel elle éprouve de la difficulté. Cette problématique nécessite d'ailleurs qu'elle reste une journée de plus à l'hôpital. Après que nous ayons clarifié certains de ses questionnements, notamment au

niveau de la disponibilité des services en CLSC, l'anxiété de Sonia semble se résorber, temporairement du moins. Nous remarquons que l'anxiété de Sonia augmente avec son niveau d'incertitude. Nous prenons donc soin de répondre le plus clairement possible à ses questions tout au long de notre intervention auprès d'elle.

En second lieu, nous l'aidons à identifier les ressources pouvant lui prêter secours. Nous lui donnons un bottin de ressources pour les femmes venant d'accoucher et expliquons les différents services offerts par les organismes énumérés. Nous faisons également une demande de suivi personnalisé auprès de son CLSC par le moyen d'une Demande de service inter-établissement (DSIE).

En troisième lieu, nous offrons à Sonia un billet de taxi pour faciliter son retour au domicile, puisqu'elle n'a pas de véhicule. Sa mère est présente au congé de Sonia et du bébé. Sonia est restée 4 jours à l'hôpital. Le dossier social est fermé à la suite du départ de Sonia.

Une quinzaine de jours plus tard, Sonia nous contacte de nouveau pour une demande de soutien financier et pour une demande d'aide au transport pour se rendre aux visites médicales hebdomadaires pour son enfant qui ont lieu au CHU. En parlant avec Sonia et l'infirmière du CLSC qui s'occupe de son suivi postnatal, nous apprenons que la mère de Sonia quittera la ville dans un mois ou deux et ne participera plus au paiement du loyer comme il était prévu. En outre, Sonia ne parvient pas à allaiter au sein et doit recourir au biberon pour nourrir son bébé. Ceci lui occasionne des frais supplémentaires qu'elle ne peut assumer dans l'immédiat en raison d'un malentendu avec les assurances de son emploi. Enfin, la situation face au transport est d'autant plus difficile dans la situation de Sonia qu'elle habite loin du CHU Sainte-Justine et qu'elle ne peut se déplacer qu'en transport en commun. En raison du pied bot de son enfant (qui porte des prothèses orthopédiques encombrantes), elle ne peut utiliser ni une poussette ni un porte-bébé classique pour se déplacer. Étant la plupart du temps seule, elle ne peut faire le déplacement avec le bébé et les affaires du bébé. Sonia ressent beaucoup d'anxiété par rapport à cette situation.

Nous vérifions auprès d'elle si le suivi psychosocial en CLSC a été initié suite à notre DSIE. Ce n'est pas encore le cas. Nous ouvrons de nouveau son dossier et nous faisons des démarches auprès de Jeunesse au Soleil pour obtenir un soutien financier pour le paiement du lait maternisé jusqu'à ce que la situation avec les assurances de Sonia se règle. La demande est acceptée. Au niveau du transport, il n'existe pas de service permettant d'aider Sonia à aller à ses rendez-vous médicaux. De notre côté, le département du service social du CHU offre des billets de taxi sur une base ponctuelle seulement et ne peut s'engager à défrayer les frais de taxi de manière régulière. Quelques jours plus tard, avec l'aide de l'infirmière en périnatalité de son CLSC, Sonia trouve enfin un porte-bébé en forme de lune qui lui permet de se déplacer avec son bébé plâtré. Elle peut ainsi se rendre au CHU, même si le voyage en transport en commun lui paraît toujours éprouvant.

Devant l'anxiété récurrente de Sonia, nous décidons de rester en contact avec elle jusqu'à ce que les services d'une travailleuse sociale en CLSC commencent. Cela donne lieu à plusieurs échanges téléphoniques et quelques rencontres en personne lors de ses visites à l'hôpital. Au téléphone, à plusieurs reprises, nous trouvons Sonia dans un état très déprimé. Elle remet beaucoup en question ses capacités parentales. Elle se sent très fatiguée et ne comprend pas toujours pourquoi l'enfant pleure. Elle se sent impuissante

face aux coliques du nouveau-né. Sa tâche parentale est d'autant plus alourdie qu'elle doit apporter des soins particuliers au bébé en raison de son pied bot (massage thérapeutique). Lors de ces soins, l'enfant pleure beaucoup. Sonia craint de ne pas savoir s'y prendre et de faire mal à son enfant. En outre, la situation avec sa mère lui fait vivre beaucoup d'anxiété. Celle-ci ne l'aide que de manière sporadique, la critique souvent et ne parvient pas à clarifier la date de son départ. Ce manque de clarté angoisse Sonia, notamment au niveau du paiement de son loyer. En plus, Sonia ne peut bénéficier des services d'une aide auxiliaire du CLSC<sup>68</sup>, car, tant que sa mère séjourne dans l'appartement, Sonia n'est pas éligible au service. Notre intervention consiste à l'écouter, la confirmer dans ses capacités parentales, notamment en soulignant ses forces, et l'aider à trouver des solutions quand des problématiques surviennent. L'intervention semble apaiser Sonia. Lors de ses visites au CHU, Sonia se montre plutôt positive. Nous l'encourageons dans ce sens.

Six semaines après le congé de Sonia et de son bébé de l'hôpital, nous avons une dernière rencontre avec elle. Elle se dit beaucoup moins anxieuse dans l'ensemble. Elle sort plus avec son bébé et l'évolution de sa santé est plutôt positive. Sonia nous dit qu'elle rencontrera la nouvelle travailleuse sociale du CLSC la semaine suivante. Nous lui donnons une carte-cadeau pour l'épicerie et un billet de taxi, nous lui rappelons la fin de nos services et nous fermons le dossier.

#### **3.3.1.4. Analyse de la situation selon le modèle de Fondaire et Larose**

Chez Sonia, la maternité ravive les difficultés de son parcours de vie et les faiblesses de son territoire. Le sentiment de vulnérabilité qui en découle est intense et plusieurs événements survenant en lien avec la maternité et l'adaptation parentale seront perçus comme insécurisant et seront générateurs de profonde angoisse. Regardons plus en détail la situation de Sonia selon les différentes perspectives du modèle de Fondaire et Larose.

##### *La trajectoire*

L'intervention que nous avons effectuée auprès de Sonia ne nous a pas révélé beaucoup de détails sur son parcours de vie. Cependant, Sonia met elle-même en évidence certains événements majeurs de son passé qui ont un lien étroit avec les difficultés qu'elle éprouve dans la période où nous l'avons connue. Nous savons que sa trajectoire est marquée par une relation difficile avec sa propre mère. Cette relation se caractérise notamment par un inversement des rôles, en d'autres termes une parentification de l'enfant que Sonia a été – ce qui a été exigeant et générateur d'angoisse pour elle. En effet, la mère de Sonia souffrait d'une condition médicale qui l'obligeait à fonctionner en fauteuil roulant depuis que Sonia était une jeune adolescente. Sonia nous a partagé qu'elle a dû prendre beaucoup soin de sa mère pendant plusieurs années et que cela lui était difficile. Nous avons vu dans le premier chapitre que la relation à la grand-mère avait un impact positif sur sa fille en période périnatale si la première avait été

---

<sup>68</sup> En CLSC, les services d'une aide auxiliaire sont offerts aux femmes nécessitant leur aide et vivants seules, à raison de quelques heures par semaine. Ce service a pour but d'accorder à la mère un peu de répit.

disponible à la seconde dans le passé (Lederman, 1996). Dans le cas de Sonia, nous nous trouvons plutôt dans une situation inverse.

En outre, la relation entre Sonia et sa mère semble aussi avoir été marquée par une critique constante de cette dernière envers sa fille. Ceci a contribué à limiter chez Sonia le développement d'une estime de soi forte et d'une confiance en ses propres capacités, parentales notamment. Dans ce contexte, il n'est pas étonnant d'avoir entendu Sonia répéter qu'elle ne se sentait pas « à la hauteur ». Nous avons vu dans le premier chapitre que les femmes qui avaient une plus faible estime de soi avaient plus de doutes envers elles-mêmes, étaient plus intolérantes de leurs faiblesses et moins conscientes de leurs forces (Lederman, 1996, p. 232). Nous reconnaissons dans cette description des attitudes plusieurs fois observées chez Sonia. Ainsi, les craintes, exprimées par Sonia, de recevoir les critiques de sa mère après la naissance prennent leur origine dans le genre de relation qui s'est établi avec elle depuis l'enfance. La verbalisation de ces critiques à un moment donné où Sonia se sent particulièrement vulnérable ne fait que raviver ses blessures d'enfance et ses angoisses. Ainsi, nous observons chez Sonia que la maternité réactive les aspects douloureux de sa relation à sa mère. Ceci est d'autant plus important que l'on sait l'impact de la relation mère-fille dans le développement de l'identification au rôle de mère (Lederman, 1996). Les difficultés ressenties par Sonia, alors qu'elle devient mère, en sont un témoignage.

### *Le territoire*

Au moment où nous avons rencontré Sonia, nous avons fait le constat d'un territoire appauvri. Sonia se retrouve peu de temps après la conception de son enfant dans une situation de monoparentalité. En effet, la relation fragile avec le père de l'enfant n'a pas tenu après l'annonce de la grossesse. Si la relation avec le père de l'enfant était source stress et de conflit pour Sonia, la rupture a nécessairement provoqué, d'un certain point de vue, un soulagement pour elle. Cependant, Sonia s'est retrouvée confrontée à la réalité de la monoparentalité et au manque de ne pas avoir un conjoint soutenant, qui aurait pu l'aider dans son processus d'adaptation parentale comme nous l'avons vu dans le premier chapitre (Lederman, 1996). Une des conséquences pour elle est l'accroissement de la responsabilité parentale, un phénomène potentiellement anxiogène chez de nombreuses femmes monoparentales (Keating-Lefler, 2004).

Au niveau de sa famille, seule sa mère semblait être présente. Mais, nous l'avons vu, cette présence était conflictuelle et génératrice d'angoisse. Alors que nous avons noté que la mère de Sonia ne lui était pas très disponible dans le passé, nous avons également observé qu'elle ne l'était pas plus dans le présent (Lederman, 1996). En effet, quelque temps avant que Sonia ne devienne enceinte, sa mère a connu une amélioration significative de sa santé et n'a plus eu besoin de se déplacer en fauteuil roulant. Alors que Sonia était dans l'attente que sa mère, à son tour, l'aide dans cette période difficile qu'est la naissance de son enfant, Sonia nous apprend que sa mère, en ayant retrouvé sa mobilité, rêve de partir voyager. Sonia est déçue par cette relation. En outre, les critiques de la mère envers Sonia laissent présager que la grand-mère ne réagit pas de manière soutenance face à sa fille et qu'elle ne la reconnaît pas en tant que mère, comme le

suggère les études de Lederman. En tout cas, telle est la perception de Sonia<sup>69</sup>. Nous pensons également que le départ de la mère dans un lieu lointain ne signifie pas qu'elle respecte l'autonomie de sa fille, une attitude qui selon Lederman aiderait à l'identification de celle-ci à son nouveau rôle de mère. Cela représente plutôt une forme d'abandon et d'incertitude qui réactivent les angoisses de Sonia. Ainsi, la période périnatale ne semble pas être propice chez Sonia à une réconciliation avec sa mère, comme cela peut parfois arriver (Lederman). Au contraire, cette période semble réactiver les conflits mère-fille et contribuer aux difficultés d'ajustement à la maternité (Breen, 1975, dans Lederman, 1996).

Au niveau des relations familiales, Sonia semble peu bénéficier de soutien tangible. Un de ses frères vit à l'étranger et l'autre trop loin de Montréal pour être une source de soutien concret. Sonia dit bien s'entendre avec sa sœur, mais celle-ci est aussi mère de famille. Sonia ne souhaite pas la surcharger en lui demandant de l'aide. Cependant, elles communiquent au téléphone régulièrement. Sonia nous a très peu parlé de son père, laissant présager pour tout le moins une relation distante. Au niveau de ses relations amicales, Sonia semble avoir peu d'amis. En fait, une seule personne semble être à ses côtés dans les moments les plus difficiles, comme au moment de l'accouchement.

Au niveau socio-économique, Sonia semble bénéficier de la structure rassurante d'un emploi à plein temps, qui lui permet de disposer d'un congé parental rémunéré, des assurances et la perspective d'un retour au travail dans l'année suivant la naissance. Cependant, à part l'encadrement économique que son emploi lui donne, il ne semble pas que l'emploi ait été générateur de relations pouvant la soutenir à un niveau plus émotionnel et organisationnel pendant la période périnatale (amitiés avec des collègues de travail, service de garde, etc.). En outre, les revenus peu élevés qu'offre son emploi sont générateurs de stress pour les raisons que nous avons déjà mentionnées (loyer, lait maternisé, transport, etc.)

Durant la période périnatale, le territoire de Sonia s'est rempli de relations avec les professionnels de la santé en lien avec sa maternité. La rencontre avec le milieu médical lui a permis de créer des liens avec les intervenants du milieu, des liens qui, souvent, se sont avérés ponctuels ou de courte durée (médecin référent, psychologue et travailleuse sociale de l'hôpital, etc.), d'autres qui ont pu s'étendre sur la durée (infirmière en périnatalité de son CLSC, une pédiatre du CHU Sainte-Justine qui lui offre d'effectuer le suivi médical de son enfant, etc.). Dans tous les cas, nous percevons que Sonia est en recherche de soutien, de modèle maternel, auprès de ces professionnels (principalement des femmes) pour apprendre son rôle de mère, illustrant ainsi le fait que les femmes ayant une relation conflictuelle ou distante avec leur mère auront tendance à se tourner vers d'autres femmes pour combler ce vide (Lederman, 1996). Sonia est très participante dans ces relations et semble être reconfortée par la confirmation que lui renvoient les professionnels. Cependant, elle reste très sensible à certaines remarques qu'elle interprète facilement comme une critique ou une dévalorisation de ses capacités. Par exemple, lors d'une visite au CHU pour deux examens médicaux qui a duré plus de 10 heures, Sonia a manqué de couches et de lait pour son bébé, car elle n'avait pas prévu

---

<sup>69</sup> Nous savons de certaines études que ce n'est pas tant l'aide réelle qui détermine si une femme se sent soutenue par son réseau social, mais bien la perception de la qualité et la disponibilité de cette aide (Barrera, 1981; House, 1981, dans Perreault et coll., 1998).

rester si longtemps à l'hôpital. Alors qu'elle demandait à une infirmière si on pouvait lui prêter le nécessaire pour son bébé, celle-ci lui aurait répondu qu'elle « aurait dû prévoir ». Ces mots sont venus réveiller chez Sonia une grande anxiété et un grand sentiment d'incompétence.

### *Les événements déclencheurs*

Nous avons vu dans le chapitre 1 que la plupart des mères qui viennent de donner naissance sont sujettes aux stress physiques, psychologiques et financiers. Cependant, ces stress ne sont pas nécessairement synonymes de vulnérabilité ou de crise. Chez Sonia, nous avons observé dans la période où nous sommes intervenue auprès d'elle, un état de vulnérabilité constant causé par un état émotionnel fragile et un réseau social peu soutenant. En outre, dans le cas de Sonia, son niveau de stress et d'inquiétude était accentué par les complications médicales de son bébé, ainsi que par les complications organisationnelles que cela implique (visites, prothèses, etc.). Étant donné ces trois aspects fragilisants (état émotionnel, réseau social faible, complications médicales), nous avons observé que Sonia se sentait facilement dépassée quand des imprévus survenaient et déclenchaient chez elle des sentiments de perte de contrôle ou de manque de maîtrise (transport, visites plus longues que prévu, etc.). Nous avons aussi remarqué que Sonia vivait de grands moments d'angoisse quand elle percevait que ses capacités parentales étaient remises en question (pleurs du bébé pendant les soins, remarques d'une infirmière, etc.). Ces perceptions étaient tributaires de sa faible estime de soi. Ces moments d'angoisse s'accompagnaient d'une grande difficulté à retrouver la maîtrise de la situation en demandant de l'aide ou en trouvant des solutions alternatives. Ainsi, la période de la naissance à quelques semaines après l'accouchement était marquée chez Sonia par un état de vulnérabilité élevé, ponctué d'épisodes de crise, occasionnant des moments intenses d'angoisse et des attaques de panique.

### **3.3.1.5. Retour sur l'intervention selon le nouveau modèle**

L'analyse de la situation selon le modèle de Fondaire et Larose nous permet de voir que les difficultés de Sonia se situaient à deux niveaux. À un niveau plus immédiat, plus concret, les angoisses de Sonia étaient générées par des circonstances périnatales peu favorables, tels les complications médicales de son enfant et ce que cela implique, les problèmes de transport en raison de l'éloignement de sa résidence par rapport au CHU, le peu de soutien social dont elle bénéficiait et le peu de ressources financières dont elle disposait. Les interventions que nous avons effectuées au niveau organisationnel et matériel (déplacement en taxi, carte d'épicerie, demande d'aide financière auprès de Jeunesse au Soleil, etc.) visaient à répondre aux besoins de Sonia à ce niveau-là. Il était observable que l'aide que nous avons apportée à ce niveau a eu un effet certain sur l'état émotionnel de Sonia et a contribué à diminuer son niveau d'angoisse en l'aidant à se sentir plus en contrôle de sa situation. Cependant, l'effet de cette aide n'avait qu'une durée temporaire, puisque chaque imprévu nouveau générait chez Sonia d'autres crises d'angoisse. Les crises avaient donc tendance à se répéter. Le modèle de Fondaire et Larose nous permet de voir que l'intervention auprès de Sonia ne pouvait se limiter à poser des gestes de sauvetage, à rechercher des solutions à ses difficultés du moment.

L'étude de la trajectoire et du territoire de Sonia met en évidence que la problématique génératrice de crises se situait au niveau du processus d'adaptation parentale. En effet, la maternité venait confronter Sonia avec ce qui a été blessant durant sa trajectoire et notamment au niveau de la relation qu'elle a eue et a encore avec sa propre mère. Ceci est en accord avec ce que décrit Lederman, selon qui les perceptions négatives de la relation mère-fille sont associées avec une plus grande difficulté à s'ajuster à la maternité. Alors que Sonia devient mère, les conflits conscients et inconscients en lien avec sa propre mère sont ravivés. Cela se traduit chez Sonia par un doute profond quant à ses capacités parentales. Par exemple, sa peur de ne pas être « à la hauteur » comme parent est en lien avec les critiques récurrentes de sa mère à son endroit et avec le fait d'avoir eu à s'occuper de sa mère à un âge précoce. Ces conflits intérieurs génèrent une profonde angoisse et amenuisent les capacités de Sonia à s'autoréguler et puiser dans ses forces pour trouver des solutions, notamment en développant un réseau social sur lequel elle pourrait s'appuyer. Il semble en effet que sa relation avec sa mère prend beaucoup de place dans sa vie relationnelle et contribue à la maintenir dans un état d'isolement.

Ainsi, notre intervention visait également à adresser les difficultés de Sonia au niveau de son adaptation parentale, tout en sachant que la courte durée de notre suivi ne pouvait en aucun cas résoudre les diverses problématiques nourrissant ces difficultés. Sachant que les mères en général traversent une période particulièrement difficile dans les semaines qui suivent l'accouchement, en raison de la nouveauté du rôle, de la réorganisation hormonale du corps et du manque de sommeil, et aussi parce que nous avons réussi à établir un lien de confiance avec Sonia, nous avons choisi de poursuivre un suivi téléphonique régulier auprès de Sonia jusqu'à ce que la travailleuse sociale de son CLSC initie son suivi. Nous jouions ainsi le rôle de soutien social qu'a déjà décrit Perreault et ses collaborateurs (1998). L'intervention consistait essentiellement à confirmer Sonia dans ses capacités parentales et à l'aider à se reconnaître dans ses compétences. Il y avait également un travail d'encouragement à prendre une distance face aux critiques de sa mère et un travail d'accueil des émotions causées par la déception qu'elle ressentait dans cette relation. L'objectif était de favoriser une différenciation, pour reprendre une expression psychanalytique, qui serait bénéfique, et pour Sonia, et pour l'enfant qui se trouvait pris dans l'angoisse récurrente de sa mère. Nous étions également en contact avec l'infirmière en périnatalité de son CLSC qui lui assurait son suivi postnatal. Le travail de collaboration avec cette professionnelle a été fructueux et a permis un soutien plus coordonné auprès de Sonia. Mentionnons toutefois que nous n'avons jamais communiqué avec la travailleuse sociale du CLSC en périnatalité et que le suivi a pris plusieurs semaines après le congé de l'hôpital. Enfin, quant à la capacité de changement de Sonia, il nous est apparu que la maternité de cette jeune femme apportait ce *timing* dont parle Fondaire et Larose, c'est-à-dire, rappelons-le, « ce moment propice pour la personne pour ouvrir sur son vécu difficile en lien avec sa trajectoire, son territoire, l'événement déclencheur et ses perceptions et représentations ». Prenant son nouveau rôle très à cœur, Sonia était en recherche de modèles maternels pouvant la soutenir dans ce processus d'adaptation parentale. Sonia semble avoir trouvé réponse à son besoin en la présence de diverses intervenantes qui l'ont accompagnée dans ce début d'aventure maternelle. Les interventions dont elle a bénéficiées semblaient la soutenir dans un processus de croissance personnelle. En ce qui nous concerne, nous étions

consciente de la ponctualité de notre intervention. Bien que notre mandat auprès de Sonia prit fin au bout de quelques semaines, les besoins de Sonia se prolongeaient au-delà de la période où nous l'avons rencontrée. Ainsi, dans un souci de continuité, nous avons encouragé Sonia à poursuivre ses démarches pour obtenir du soutien psychosocial ou psychologique sur le long terme afin d'effectuer un travail plus en profondeur sur son estime de soi, ses angoisses et sa relation à sa mère.

### **3.3.2. L'histoire de Fabienne**

#### **3.3.2.1. La requête**

Nous<sup>70</sup> recevons une requête de la clinique de néonatalogie pour procéder à une évaluation de la situation de Fabienne. La requête nous indique que Fabienne est une mère de 18 ans, qu'elle vient de donner naissance prématurément (25 semaines de gestation) à son premier garçon, et qu'il existe un contexte d'antécédents de consommation chez la mère.

#### **3.3.2.2. Résumé de la première évaluation**

La première rencontre avec Fabienne se fait trois jours après la réception de la requête. Le père de l'enfant est présent à la rencontre. Fabienne insiste pour dire que c'est son ami et non son conjoint, car ils ne se fréquentent plus officiellement depuis quelques mois.

Dès la première rencontre, nous apprenons que Fabienne est connue des Centres jeunesse (CJ). Enfant, elle a été suivie par la DPJ dans un contexte d'abus sexuel intrafamilial et a vécu en familles d'accueil, puis en centres d'accueil de l'âge de 6 ans à 17 ans. Dans son adolescence, Fabienne relate la prise de drogues et des troubles de comportement. Elle fait trois fugues après l'âge de 16 ans et a déjà vécu une période d'itinérance. Elle a consommé sur une base régulière des amphétamines, du cannabis, du hash, de la cocaïne et de l'alcool fort. Elle a dit avoir consommé jusqu'à sa 6<sup>ème</sup> semaine de grossesse, c'est-à-dire au moment où elle a su qu'elle était enceinte et a décidé d'arrêter. Elle a continué la cigarette et a parlé de quelques rechutes de cannabis par la suite. La dernière consommation remonte à quatre jours avant la naissance.

Depuis quelque temps, elle habite seule dans un logement à Salaberry-de-Valleyfield, qui se situe à environ 70 km de Montréal, et reçoit des prestations d'aide sociale. Elle a débuté une démarche en thérapie pendant sa grossesse au Centre Virage, mais n'y est allé que deux fois en raison de l'accouchement prématuré. Elle est également suivie dans le cadre du programme de qualification jeunesse du CJ de la Montérégie. Ce programme consiste à aider les jeunes à intégrer la vie adulte et est basée sur l'autonomie fonctionnelle (logement, revenu, etc.), les qualifications (études, emplois) et le développement du réseau de soutien. Fabienne a également débuté un retour aux études,

---

<sup>70</sup> Nous n'avons pas personnellement initié l'intervention dans ce cas. Nous avons repris le dossier deux mois environ après l'ouverture du dossier en raison d'un congé anticipé de la travailleuse sociale qui en avait la charge. Le « nous » indiqué ici fait référence à cette travailleuse sociale, jusqu'au moment où nous prendrons le relais, comme il sera clairement indiqué dans le texte qui suit.



car elle n'a pas fini son secondaire. Elle n'a pas pu poursuivre de projet d'étude en raison de sa grossesse.

Au niveau du réseau social, Fabienne connaît le père de l'enfant depuis un an. Ils ont été un couple brièvement avant de rompre. Ils demeurent en bons termes et le père souhaite s'impliquer dans la vie du bébé. Fabienne dit apprécier son support. Elle parle aussi de sa mère qui habite à Montréal et dit bien s'entendre avec elle. Elle pense aller s'établir chez elle pendant l'hospitalisation du bébé.

Fabienne n'avait pas planifié de devenir mère pour le moment. Elle n'utilisait pas de contraception, car elle croyait ne pas pouvoir concevoir en raison d'une chirurgie qu'elle a subi, enfant, à la suite des abus sexuels. Elle raconte l'accouchement, mais demeure vague sur ce qu'elle ressent face à la prématurité de l'événement ou face à l'état de santé de son enfant. Elle dit vouloir demeurer positive pour l'enfant et être la plus présente possible pour lui. Fabienne exprime par contre des préoccupations au niveau de l'organisation et de ses ressources financières. Elle ne peut déboursier pour la location d'un tire-lait ainsi que pour le paiement des déplacements.

### **3.3.2.3. Résumé de l'intervention**

L'intervention avec Fabienne a duré près de 5 mois. Cette intervention peut être divisée en trois périodes. Dans ce qui suit, nous les présenterons de manière chronologique et relaterons les événements majeurs et autres éléments pertinents qui se sont produits lors de chaque période. Il nous semble important de présenter la situation dans un certain niveau de détail afin de bien comprendre la complexité de la situation et l'imprévisibilité de certains événements, qui amènent constamment la nécessité de réévaluer les besoins de la mère et de l'enfant et d'ajuster l'intervention en conséquence.

#### *La première période*

La première période a couvert les deux premiers mois de l'intervention. Suite à la première évaluation, un plan d'intervention a établi les objectifs principaux de l'intervention : accompagner la mère pour l'adaptation parentale et l'organisation globale en vue du congé de l'hôpital, accompagner la famille dans la recherche de ressources existantes dans sa communauté et assurer une transmission de l'information entre tous les professionnels. Un soutien immédiat est apporté au niveau financier pour la location du tire-lait et faciliter son transport, par le remboursement des frais de kilométrage par le département du service social du CHU, en attendant qu'une entente de remboursement soit mis en place avec le Centre Local d'Emploi. Quatre jours après l'accouchement, Fabienne obtient son congé et l'enfant, bien sûr, reste hospitalisé en raison de sa grande prématurité, et ce, pour une période indéterminée.

La jeune mère décide d'aller loger chez sa mère et son beau-père pendant l'hospitalisation du bébé, tout en gardant son logement à Salaberry-de-Valleyfield, où elle a l'intention d'y retourner avec son bébé quand sa santé sera stabilisée. Notons que, en raison de la non présence de substances abusives dans l'urine du bébé et de l'hospitalisation qui offre un cadre sécuritaire pour le nouveau-né, nous ne procédons pas immédiatement à un signalement à la DPJ. Cependant, l'évaluation des capacités

parentales de Fabienne est à poursuivre. Notons aussi que Fabienne n'a pas déclaré son ami comme père de l'enfant sur l'acte de naissance.

Dans la semaine qui suit l'accouchement, Fabienne continue à tirer son lait, mais la production est moins grande. Une discussion avec une infirmière de l'unité néonatale nous apprend que Fabienne n'est pas régulière et ne tire pas son lait la nuit.

Une quinzaine de jours après l'accouchement, Fabienne est hospitalisée dans un autre hôpital, car elle souffre d'un mal de jambe qui sera plus tard identifié comme de la fibromyalgie. Pendant ce séjour de deux jours à l'hôpital, un incident, de l'ordre d'un comportement sexuel inadéquat, se serait produit entre son ami, qui l'accompagnait, et la jeune femme. Après le congé de Fabienne de cet hôpital, nous avons une conversation téléphonique avec elle, abordons l'incident et exprimons nos inquiétudes par rapport à son bien-être. En raison de ses difficultés à se déplacer, nous lui rappelons qu'elle pourrait obtenir une chambre à l'hôtel Cachou<sup>71</sup>, si elle veut être plus proche du bébé. Fabienne répond qu'elle préfère aller chez sa mère et éviter les hôpitaux.

Une rencontre entre nous, Fabienne et son éducatrice du programme qualification jeunesse est prévue trois semaines environ après l'accouchement. Cette rencontre, impliquant une autre professionnelle, permet d'approfondir l'évaluation de la situation de Fabienne. L'éducatrice, qui connaît Fabienne depuis 3 ans, dit que celle-ci collabore bien au suivi et accepte l'aide dont elle a besoin. Elle est active dans la recherche de solutions, que son logement est adéquat pour recevoir un bébé et s'occupe bien de la gestion de son budget. Nos récentes rencontres avec Fabienne nous permet de percevoir les mêmes forces : mobilisation de sa part pour les demandes de remboursement de frais à l'aide sociale, visites fréquentes au chevet du bébé, soins donnés au bébé le plus fréquemment possible.

Lors de cette rencontre, nous apprenons que son réseau social n'est pas très soutenant. La relation avec son ami (le père de l'enfant) est ambivalente. Fabienne apprécie le fait qu'il ait un véhicule qui l'aide dans son transport à l'hôpital et qu'il ne consomme pas en sa présence, mais elle n'est pas toujours contente qu'il soit près d'elle. Il demeure également chez la mère de Fabienne et cela occasionne des conflits. Le logement de la mère est très restreint. Selon la suggestion de l'éducatrice, cela ne semble pas être un environnement très adéquat pour elle. En effet, la mère de Fabienne souffre également de fibromyalgie et lui a conseillé de prendre ses propres médicaments, car ils sont plus fortement dosés. Nous soulignons qu'une telle suggestion est imprudente. Cependant, Fabienne ne semble pas du même avis et réaffirme fermement qu'elle souhaite vivre avec sa mère, malgré les conflits qu'elle a déjà vécus avec elle. Fabienne parle également de son père avec qui elle semble avoir une meilleure relation. Cependant, celui-ci vit à Salaberry-de-Valleyfield et ne se déplace pas à Montréal.

En fin de rencontre, nous rappelons à Fabienne qu'elle doit prioriser son fils. Elle se dit d'accord. Elle ajoute qu'elle craint de se faire enlever son enfant (par la DPJ). Nous l'informons sur les raisons qui pourraient nous amener à faire un signalement et que pour le moment, nous n'avons pas de raison d'en faire un. Nous l'aviserons si nous en venons à prendre cette décision.

---

<sup>71</sup> L'hôtel Cachou est une résidence à l'intérieur de l'hôpital qui offre des chambres très sommairement meublées pour une somme modique, aux parents dont l'enfant est hospitalisé et qui souhaitent rester proche de lui.

Quatre et cinq semaines après l'accouchement, plusieurs éléments pertinents à l'évaluation de la situation de Fabienne surviennent. D'abord, Fabienne est difficile à rejoindre et à rencontrer, car elle vient voir son enfant surtout le soir. Cependant, il est possible de la rejoindre sur son cellulaire. Ensuite, plusieurs discussions avec les infirmières de l'unité néonatale révèlent la présence de comportements inadéquats chez Fabienne : en guise de vêtement pour le bébé, la jeune mère a apporté trois ensembles de chandail et pantalon pour poupée; elle négocie le port du masque, alors qu'il est obligatoire pour pouvoir toucher son fils, et s'empêche de prendre son fils pour ne pas porter le masque; elle et son ami se sont disputés à plusieurs reprises au chevet du bébé. Nous apprenons peu de temps après que Fabienne va mettre un terme à la relation avec lui et ne lui permet plus de rendre visite au bébé<sup>72</sup>. Elle se dit satisfaite de la rupture. Nous lui proposons encore une fois de rester au Manoir McDonald<sup>73</sup>. Elle se renseigne, mais la ressource ne lui convient pas. Elle dit que cela fonctionne comme les centres d'accueil de la DPJ et cela lui rappelle de mauvais souvenirs. Elle dit pouvoir compter sur le soutien de sa sœur et de sa mère. Elle habite toujours chez sa mère, à Montréal, et décide de prendre les transports en commun pour se rendre à l'hôpital. Elle demande de l'aide pour le paiement de sa carte de bus. Cependant, la relation se détériore rapidement avec sa mère et son beau-père. Fabienne s'apprête à passer quelques jours à Salaberry-de-Valleyfield pour s'occuper de son logement et continuer à préparer la chambre du bébé. Le soutien financier par l'intermédiaire de remboursement de factures de transport et de coupons-repas se poursuit, dans un contexte où Fabienne épuise ses faibles revenus bien avant la fin du mois.

Six semaines après le début de l'intervention, un changement d'intervenantes s'opère dans le dossier, en raison du départ anticipé de la première. La nouvelle intervenante procède à quelques rencontres et contacts téléphoniques pour tenter de construire un lien de confiance et poursuivre l'intervention. Lors d'une de ces prises de contacts nous apprenons que son beau-père a exigé d'elle qu'elle quitte le logement de sa mère. Fabienne loge désormais chez sa sœur, qui elle aussi habite à Montréal. Étant donné sa situation précaire avec sa famille, nous l'invitons à chercher les services dont elle aurait besoin pour l'aider à son retour à la maison avec son bébé. Fabienne ne semble pas voir la pertinence d'une telle aide. Elle dit pouvoir compter sur elle-même, comme elle l'a toujours fait. Elle se sent capable de s'occuper de son enfant, une fois de retour à la maison. Lorsque nous lui demandons comment elle se sent dans son nouveau rôle de mère, elle se dit bien préparée au niveau organisationnel et matériel. Mais lorsque nous demandons comment elle se sent par rapport à son fils et sa prématurité, elle ne sait trop quoi répondre. Elle mentionne toutefois qu'elle trouve longue l'attente causée par l'hospitalisation de son fils.

Dans notre nouveau plan d'intervention, nous proposons une collaboration étroite avec l'équipe médicale pour nous assurer que Fabienne développe les compétences nécessaires pour prendre soin de son bébé. Nous envisageons également de consolider un réseau d'entraide par l'intermédiaire de ressources en périnatalité de son milieu. Nous prévoyons des rencontres régulières avec Fabienne pour l'accompagner dans le

---

<sup>72</sup> Comme cette personne n'est pas reconnue sur l'acte de naissance comme le père du bébé, la mère peut lui interdire l'accès à l'unité néonatale.

<sup>73</sup> Le Manoir McDonald est une résidence adjacente à l'hôpital permettant d'accueillir à prix modique les parents dont les enfants sont hospitalisés et résident à plus de 70 km de Montréal.

développement de ses compétences parentales. Nous gardons en tête la nécessité de poursuivre l'évaluation des capacités parentales de Fabienne, afin de se positionner face à un signalement de la situation à la DPJ.

### *La deuxième période*

La 7<sup>ème</sup> semaine après l'accouchement est marquée par un événement majeur : l'état de santé de l'enfant se détériore gravement. Il souffre d'une sepsie, une infection du sang<sup>74</sup>. Pendant quelques jours, il est entre la vie et la mort. Les médecins et infirmières de l'équipe médicale tentent de le maintenir en vie en utilisant les méthodes qui sont à leur disposition. L'équipe médicale questionne toutefois la mère à deux reprises sur la nécessité de poursuivre les traitements, car les médecins craignent qu'il subisse des effets secondaires graves. Puisque cela s'est passé pendant une fin de semaine, nous n'étions pas présente pendant ces échanges. Fabienne a demandé aux médecins de faire tout ce qu'ils pouvaient pour sauver son fils, car sa vie n'a aucun sens sans lui.

La détérioration de la santé du bébé affecte beaucoup Fabienne. Elle exprime initialement beaucoup d'inquiétude. Elle répète à maintes reprises à quel point cet enfant est important pour elle et qu'elle a besoin de lui. Pour être plus proche de lui, elle dort dans le salon des parents de l'unité néonatale. Nous comprenons son besoin d'être proche de son bébé, mais informons Fabienne que ce n'est pas un endroit adéquat pour dormir. Nous lui rappelons que plusieurs accommodations lui sont accessibles : l'hôtel Cachou, le Manoir McDonald et la Résidence Maria Goretti. Elle accepte d'aller au Manoir. Cependant, en attendant de trouver un arrangement financier avec son agente de la Sécurité du revenu pour qu'elle puisse rester en ce lieu, nous lui réservons deux nuits à Maria Goretti. Nous apprendrons par la suite qu'elle n'utilisera pas cette accommodation, malgré la réservation. Elle dit qu'elle aurait manqué le dernier métro pour pouvoir rentrer à temps à la résidence. Nous lui faisons part de notre inquiétude quant à ses longues absences du chevet de son fils, d'autant plus que son état de santé est fragile, et quant à la difficulté de l'équipe médicale à la rejoindre. Nous l'interrogeons sur son désir d'être proche de son fils. De son point de vue, elle se dit être présente régulièrement. Elle logera au Manoir jusqu'à la sortie de l'hôpital de son enfant.

L'état de santé du bébé se stabilise. L'enfant est toujours en couveuse et nécessite l'usage de plusieurs machines, pour l'aider à respirer, notamment. Notre préoccupation à ce moment-ci de l'intervention est double : préparer Fabienne au retour à la maison au niveau de ses capacités parentales et préparer un réseau de soutien par l'intermédiaire de ressources locales. Nos observations, combinées avec celles de l'équipe médicale, quant aux capacités parentales de Fabienne sont les suivantes :

Depuis le début de notre suivi, nous sommes attentive à la fréquence, la qualité et la quantité de la présence de Fabienne au chevet de son bébé. Elle voit son bébé plusieurs fois par semaine, mais de manière irrégulière. Dans la période qui nous concerne, une semaine typique ressemble à : une visite de la mère en après-midi et/ou en soirée, 4 à 5 jours semaines. Certains jours où elle ne se présente pas, elle appelle l'infirmière pour prendre des nouvelles. Dans cette période, nous éprouvons de la difficulté à rejoindre Fabienne en matinée, car elle dort jusqu'en milieu de journée. Les notes des infirmières

---

<sup>74</sup> Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, la sepsie est une complication médicale liée à la prématurité.

au dossier et nos propres observations nous informent que Fabienne est capable de tendresse à l'égard de son bébé. Elle lui parle, lui chante des chansons, et quand la condition du bébé le permet, elle le prend dans ses bras et le berce. Quand nous avons l'occasion d'être en sa présence, nous la confirmons dans ces gestes. Elle participe aux soins du bébé, comme le boire, le bain, le changement de couches, etc. Certains jours, les infirmières rapportent qu'elle écoute bien les consignes. Cependant, à d'autres occasions, les infirmières rapportent que Fabienne n'est pas à l'aise avec certains soins, comme changer la couche sale du bébé. Fabienne leur pose des questions sur l'état de santé du bébé, mais à plusieurs reprises, elle ne semble pas toujours comprendre ce qui lui est expliqué, car elles doivent répéter leurs explications. Les connaissances de base de Fabienne, en biologie notamment, ainsi que sa capacité de compréhension sont limitées. Elle ne semble pas toujours savoir reconnaître les signes du bébé. Par exemple, une infirmière rapporte que Fabienne laisse son enfant nu après le bain, alors que celui-ci semble avoir froid. Lorsque l'infirmière le lui dit, Fabienne nie le fait qu'il ait froid et dit qu'il aime jouer avec elle.

De notre côté, nous prenons contact avec des intervenants de la communauté de Fabienne à Salaberry-de-Valleyfield, afin de préparer un réseau de soutien lors de son retour à la maison avec le bébé. Nous avons plusieurs échanges avec l'éducatrice du programme de qualification jeunesse et avec une travailleuse sociale en périnatalité de son CLSC, qui nous confirme que Fabienne fait déjà partie du programme SIPPE et que des ressources existent pour l'aider dans sa situation. Nous proposons de nous rencontrer dans les semaines à venir afin de collaborer à la mise en place d'un plan de sortie pour Fabienne et son bébé. Toutes les intervenantes concernées sont soucieuses d'évaluer les capacités parentales de Fabienne, ainsi que d'assurer la sécurité et le développement de l'enfant. Nous évoquons aussi sa problématique face à la consommation. Nous précisons que Fabienne maintient ne plus consommer, même si à plusieurs reprises, elle nous a mentionné qu'elle « trouve ça dur ». Nous lui avons proposé du soutien à ce sujet, mais elle n'est pas intéressée. Cette rencontre et ce plan d'action n'auront jamais lieu en raison de l'évolution à contre-sens des événements subséquents.

En effet, trois mois et demi après l'accouchement, un médecin responsable de l'équipe médicale qui s'occupe du bébé découvre, lors d'un scanner de routine, que l'enfant a subi une atteinte cérébrale sévère en raison de la sepsie qu'il a contracté et des traitements qui ont tenté de le maintenir en vie. L'équipe médicale anticipe, même si le diagnostic va se préciser avec le temps, que l'enfant aura des problèmes de motricité grave (quadruplégie) et des problèmes de vision (cécité) et peut-être d'ouïe (surdité). L'équipe ne peut encore se prononcer sur son développement intellectuel, qui est tributaire de nombreux facteurs à la fois biologiques et environnementaux. Nous assistons à la rencontre entre le médecin et Fabienne. Le médecin adapte son langage pour s'assurer de la compréhension de Fabienne. Celle-ci est attentive et pose des questions. Le médecin montre l'image du scanner où l'on peut voir les zones d'ombre dans le cerveau de l'enfant indiquant les parties endommagées. Par la suite, Fabienne appellera ces zones d'ombre « des trous dans la tête » de son fils. Dans un premier temps, Fabienne réagit à l'annonce avec choc et tristesse. Puis, elle s'accroche à quelques paroles du médecin qui prévoit que beaucoup de stimulation pourra atténuer quelque peu les handicaps. Le médecin est très clair, pourtant, que cela ne résorbera pas les handicaps.

Mais Fabienne ne semble pas bien entendre ce dernier aspect. Elle se dit alors déterminée à faire le nécessaire pour maximiser le développement de son bébé.

Lors de la réunion interdisciplinaire qui suit la découverte du diagnostic, l'équipe s'inquiète à savoir si Fabienne sera capable de faire face aux multiples handicaps de son fils qui nécessiteront des suivis médicaux réguliers et une stimulation appropriée. De notre côté, nous observons par la suite que Fabienne, malgré son choc initial, conserve un état de bonne humeur et continue à dire qu'elle est prête à tout faire pour améliorer l'état de santé de son bébé. Elle ne semble pas réaliser l'ampleur des handicaps de son fils<sup>75</sup>.

Une semaine après l'annonce du diagnostic d'atteinte cérébrale, l'équipe médicale nous informe qu'un congé médical du bébé risque d'être donné dans « deux ou trois semaines ». Cependant, les absences de Fabienne au chevet de son bébé, qui tendent à se répéter, inquiètent les infirmières. Nous nous mettons d'accord pour clarifier l'enjeu auprès de Fabienne. Nous la rencontrons et lui faisons part des inquiétudes de l'équipe médicale, à la veille d'un congé, quant à ses capacités à s'occuper de son enfant seule. Nous précisons avec elle les attentes de l'équipe : nous lui demandons que, d'ici le congé du bébé, elle se présente à l'heure des boires et des soins du bébé, tous les jours, sauf exception et à condition qu'elle prévienne à l'avance.

Nous prenons soin de lui expliquer que si ces attentes ne sont pas satisfaites, il sera alors nécessaire d'effectuer un signalement auprès de la DPJ. Fabienne réagit fortement à cette annonce et dit qu'elle a beaucoup souffert de l'implication de la DPJ sur sa vie et ne veut pas faire vivre la même chose à son fils. Nous l'accueillons dans sa réaction. Puis, dans la même rencontre, elle nous fait part de son projet de laisser son appartement à Salaberry-de-Valleyfield et de déménager à Montréal. Elle nous annonce également qu'elle est de nouveau enceinte. Elle fréquente un nouvel ami depuis peu, mais elle n'est pas sûre s'il est le père. Elle convient que cette grossesse n'arrive pas à un bon moment, mais elle se dit « contre l'avortement ». Lors de rencontres subséquentes, nous adressons cette situation avec elle plusieurs fois.

Dans les 10 jours qui suivent, nous observons que Fabienne fait des efforts pour être auprès de son enfant plus fréquemment et qu'elle s'implique plus dans les soins du bébé. Nous constatons que certaines de ses absences sont justifiées par sa recherche d'appartement et de ses aller et retour à Salaberry-de-Valleyfield. Cependant, Fabienne ne parvient pas à se lever tôt le matin par elle-même de manière constante et régulière. En plus, d'après les infirmières, elle semble avoir de la difficulté à s'ajuster aux horaires changeants de la routine de son bébé. Nous observons également que Fabienne a de la difficulté à maintenir un horaire régulier pour elle-même. Étant donné le rythme peu fréquent de ses demandes de coupons-repas et nos propres observations, elle ne se nourrit pas de manière satisfaisante. Nous observons également que Fabienne a de la difficulté à mener de front différents aspects problématiques de sa vie. Préoccupée par sa recherche de logement, elle omet de rendre visite à son fils. Nous soutenons Fabienne dans sa recherche de logement. Nous lui proposons dans un premier temps des ressources d'appartements supervisés, conférant une certaine autonomie, mais également offrant le

---

<sup>75</sup> Précisons que les handicaps de son fils ne se perçoivent pas beaucoup pour l'instant en raison de son âge. Physiquement, il est plutôt fort et ressemble à un bébé de 3 mois. Les médecins précisent que les handicaps apparaîtront de manière plus évidente dans les mois qui viennent, alors qu'il ne sera pas capable de franchir les étapes de la position assise, du quatre patte et de la marche.

soutien d'intervenantes sur place. De notre côté, il nous est difficile de trouver des ressources de soutien, car, comme elle n'a pas une adresse fixe à Montréal, nous ne pouvons pas faire de démarches auprès des CLSC, puisque les services de ceux-ci sont rattachés au territoire du lieu de résidence. Cependant, Fabienne n'est pas intéressée par les appartements supervisés. Le mot 'supervisé' lui fait peur. Nous lui proposons d'en visiter ensemble, mais elle refuse. Elle poursuit ses recherches de logement et fait quelques visites, mais ne trouve pas. L'état de la situation nous amène à faire un signalement auprès de la DPJ.

### *La troisième période*

Quatre mois après l'accouchement, nous appelons le Centre Jeunesse (CJ) de la Montérégie pour faire un signalement concernant l'enfant de Fabienne. Bien que Fabienne pense vivre à Montréal, nous devons nous adresser au CJ de la Montérégie puisque son adresse est encore officiellement sur ce territoire. Lors de la rencontre interdisciplinaire du même jour, nous annonçons à l'équipe médicale que nous avons fait un signalement et que nous les tiendrons au courant des développements de la situation. Le lendemain, nous rencontrons Fabienne et nous lui annonçons également qu'un signalement a été placé et retenu. Elle est très fâchée d'apprendre la nouvelle. Nous lui expliquons les raisons du signalement et l'encourageons à rester ouverte aux options que la DPJ lui présentera. Elle reste convaincue que la DPJ lui prendra son bébé, comme elle-même l'a vécu quand elle était enfant. Elle dit ne pas vouloir rencontrer l'intervenante de la DPJ dans deux jours. Nous lui faisons part de nos inquiétudes parce qu'elle n'a toujours pas de logement, et une fois que le bébé est sorti de l'hôpital, elle ne pourra plus rester au Manoir. Elle dit qu'elle ne peut pas en visiter, car elle a perdu sa passe de bus et ne peut en racheter une. Nous lui offrons de l'aider à ce niveau, nous rajoutons que nous continuons de l'accompagner jusqu'au congé du bébé et que nous la soutiendrons dans les démarches avec la DPJ.

Le lendemain, Fabienne vient spontanément nous voir à notre bureau. Suite à une rencontre avec une aide spirituelle de l'hôpital, elle nous dit qu'elle a décidé d'avorter. La prise de décision est difficile, mais dit vouloir le faire pour se rendre plus disponible à son bébé déjà né. Le jour de l'intervention chirurgicale, elle sera accompagnée par son éducatrice du programme qualification jeunesse. Nous abordons la question de la contraception. Elle dit ne pas supporter la contraception avec hormones. Nous l'informons qu'il existe des contraceptions qui n'utilisent pas d'hormones, comme le stérilet. Elle semble intéressée. Au moment de l'IVG, elle acceptera de s'en faire poser un.

Fabienne se présente à la rencontre prévue avec l'intervenante de la DPJ. Nous sommes également présente. L'intervenante annonce d'emblée à Fabienne qu'elle ne pourra pas rentrer à la maison avec son bébé en raison d'un ensemble de facteurs défavorables au développement de ses capacités parentales : son passé, son jeune âge, son manque d'autonomie et de maturité, son manque de logement, son style de vie, sa difficulté à suivre les conseils des infirmières et l'insuffisance de sa présence auprès de l'enfant, et enfin les handicaps particuliers de l'enfant qui demandent une attention particulière. Fabienne n'est pas d'accord sur tous les points et ne se sent pas écoutée. Après la rencontre, nous restons avec Fabienne pour l'accueillir dans sa réaction.

La semaine suivante, l'intervenante de la DPJ nous informe qu'elle a de la difficulté à trouver une ressource pour accueillir l'enfant. En raison de ses handicaps, elle doute pouvoir trouver une famille d'accueil, mais aucune ressource n'existe aujourd'hui pour accueillir un enfant handicapé, de surcroît, un nouveau-né, à temps plein. Les Centres de réadaptation n'offre que des séjours de répit pour les parents ayant un enfant handicapé. L'intervenante dit qu'elle va explorer les ressources à Montréal.

Peu de temps après, l'éducatrice de Fabienne nous contacte pour nous dire que Fabienne a trouvé un logement, mais le loyer (de l'ordre de \$660) n'est pas consistant avec son budget. Nous contactons Fabienne à ce sujet. Elle dit que le loyer est en effet trop élevé. Elle pense emménager avec son petit ami, mais celui-ci, d'après notre conversation, ne semble pas sûr de vouloir faire ce choix. Nous discutons avec Fabienne pour évaluer le réalisme de ce projet. À contrecœur, elle décide de résilier son nouveau bail. Par ailleurs, nous l'encourageons à garder un lien avec son bébé. Depuis l'annonce du signalement, Fabienne vient de moins en moins voir son enfant. Elle réalise peu à peu la réalité des handicaps de son bébé et éprouve beaucoup de difficultés à l'accepter. Elle vit de la culpabilité par rapport aux handicaps de son fils, car elle s'en attribue la responsabilité. Nous l'accompagnons plusieurs fois au chevet de son bébé, pour l'aider à clarifier ce qu'elle ressent par rapport à lui. Cependant, Fabienne traverse une période d'apathie prononcée. Elle reste de longues heures cloîtrée dans sa chambre au Manoir. Elle dit ne pas supporter le regard du monde extérieur. Elle dit ne plus aller voir son bébé, car elle se sent jugée par les infirmières. Les handicaps de son fils lui font peur. Quelques fois, elle ira lui rendre visite tard dans la nuit. En plus, elle vit un moment de désespoir alors que son petit ami ne semble plus vouloir poursuivre leurs rencontres. Il faut parfois qu'elle se déplace pour signer des autorisations de tests et de traitements, mais les infirmières ont de la difficulté à la rejoindre.

Entre temps, l'équipe médicale s'inquiète pour l'enfant. Celui-ci ne reçoit pas suffisamment d'attention et de stimulation. Une infirmière fait appel aux services de bénévoles pour qu'une personne vienne rendre visite à l'enfant. Cependant, les visites sont irrégulières et pas toujours fructueuses, puisque l'enfant dort beaucoup. L'équipe s'impatiente également face à la lenteur des démarches de la DPJ. L'enfant est à l'unité depuis 5 mois. Il est considéré comme un « vieux » bébé et ne peut pas rester dans cette clinique pour beaucoup plus longtemps. Certains médecins parlent de le transférer aux soins intensifs.

Un mois après le signalement, l'intervenante de la DPJ nous signifie que les services d'accès du CJ ont trouvé une famille d'accueil. Cependant, cette famille se trouve très loin de Montréal. Fabienne est mécontente de ce choix, car elle voit, dans la distance, un empêchement à poursuivre un lien avec son fils. L'intervenante de la DPJ lui fait savoir que ses frais de transports seront payés. Il se passe encore une quinzaine de jours avant que le bébé puisse sortir de l'hôpital. La famille d'accueil se prépare à accueillir l'enfant. Elle rend visite au bébé plusieurs fois et se forme aux soins spécifiques, en physiothérapie notamment, qu'il doit recevoir. Fabienne rencontre la famille d'accueil. Une entente cordiale permet d'envisager une certaine flexibilité pour permettre à Fabienne de continuer à voir son enfant. Celle-ci continue à peu lui rendre visite, alors qu'il est encore à l'hôpital. Elle trouve un logement, avec une chambre pour lui, même si elle sait qu'il ne vivra pas avec elle pour l'instant. Une décision au tribunal, auquel nous avons été appelé à témoigner, entérine le placement de l'enfant pour une



période d'un an, avec des droits de visites à toutes les semaines, notamment lors des visites médicales du bébé. Nous mettons en contact l'infirmière en charge des congés avec la famille d'accueil, afin que s'organise la livraison et la mise en marche de l'équipement médical dont le bébé a besoin (oxygène). Une fois le tout préparé, quelques jours plus tard, la famille d'accueil vient chercher le bébé à l'hôpital. Il a cinq mois. C'est la première fois qu'il sort de l'hôpital. Fabienne, la famille d'accueil, l'intervenante de la DPJ et nous-même, nous nous rendons au lieu de résidence de la famille d'accueil. Fabienne tenait à voir où son fils logerait.

Nous rencontrons une dernière fois Fabienne pour faire le bilan de la situation, nous lui rappelons la fin de nos services, puis nous fermons le dossier.

#### **3.3.2.4. Analyse de la situation selon le modèle de Fondaire et Larose**

Chez Fabienne, la maternité vient mettre en évidence la dureté de sa trajectoire et le mélange d'isolement et d'adversité qui caractérise son territoire. Durant cette période, Fabienne semble être dans un état récurrent de déséquilibre que des stratégies d'adaptation inadéquates ne peuvent résorber. Regardons maintenant plus en détail la situation de Fabienne selon les différentes perspectives du modèle de Fondaire et Larose.

##### *La trajectoire*

La trajectoire de Fabienne est marquée, dès la jeune enfance, par une série d'événements traumatiques. Elle est d'abord victime d'un milieu familial inadéquat qui n'a pas su la protéger d'abus sexuels répétés et perpétrés par un (ou plusieurs) membre de la famille. Cet abus a généré d'autres événements qui ont également été vécus par Fabienne de manière traumatisante. Suite aux abus, Fabienne nous a partagé le fait que, quand elle avait 6 ans, elle a dû séjourner à l'hôpital pour une chirurgie. Elle dit y être restée un mois et y avoir attendu la visite de ses parents, qui ne venaient pas la voir ou seulement la nuit quand elle dormait. Elle nous a également rapporté avoir été traumatisée par la séance du tribunal où le juge a déclaré son placement en famille d'accueil. Elle a compris à ce moment-là qu'elle ne retournerait pas vivre chez ses parents, mais elle ne saisissait pas pourquoi. Elle dit s'être cachée dans les toilettes pendant un long moment avant qu'un policier arrive à l'en faire sortir. Elle nous a partagé lors d'une rencontre, qu'elle n'a compris la raison de ses placements que lorsqu'elle avait 9 ans. De 6 à 9 ans, elle vivait dans des familles d'accueil, sans que cela ait du sens pour la jeune enfant qu'elle était. Aujourd'hui encore, alors qu'elle tente de nous dire ce dont étaient accusés ses parents, c'est-à-dire la négligence, elle n'arrive pas à dire ce mot et s'essaie avec d'autres mots qui finissent en « ence », comme ironiquement le mot « indulgence ». Elle nous a aussi confié qu'elle a vite compris dans son enfance qu'elle changerait de familles tous les ans ou presque. Après quelque temps, elle n'osait plus s'attacher, car elle savait qu'elle devrait partir. Nous rapportons ici les perceptions de Fabienne, mais ce qui est important n'est pas tant l'exactitude de l'information qu'elle partage que ce que, elle, croit s'être passé. Nous pouvons ainsi constater que l'enfance de Fabienne est habitée par de multiples sentiments d'abandon.

En ce qui concerne sa relation à sa mère, nous n'avons pas beaucoup de détail, puisque Fabienne n'aimait pas en parler. Elle ne parlait de son passé d'ailleurs que de

manière sporadique<sup>76</sup>. Il ne nous était donc pas aisé de recueillir de l'information sur sa relation avec sa mère pendant son enfance. Mais, nous pouvons déduire, étant donné le contexte d'abus sexuels et de placements répétitifs en famille d'accueil, que la relation à sa mère n'a été ni protégeante, ni soutenante, et très certainement insécurisante<sup>77</sup>. Des auteurs ont déjà souligné l'importance de la relation mère-fille durant l'enfance sur le développement des capacités parentales de celle-ci (Premier Berceau, 2008; Breen, 1975, dans Lederman, p. 107). Selon eux, si la fille a été bien maternée, elle aura plus de facilité à s'adapter à son rôle de mère par la suite. Nous ne pensons pas que c'était le cas avec Fabienne. Ainsi, nous avons perçu dans l'extrême difficulté de Fabienne à prioriser les besoins de son fils et à offrir une régularité et une fréquence adéquates dans les visites au chevet de son fils, une forme de négligence qui rappelle celle dont elle a elle-même souffert. On voit alors l'histoire personnelle de la mère se répéter chez son fils, comme le suggère Pépin (Pépin, 1996). Cette répétition intergénérationnelle des traumatismes prend son origine dans la difficulté de donner, malgré les bonnes intentions, ce qu'on n'a pas reçu pendant l'enfance, à moins de circonstances majeures allant à contre sens ou d'un travail thérapeutique approfondi permettant de dépasser les blessures narcissiques – ce qui n'est pas le cas chez Fabienne.

L'adolescence de Fabienne est marquée par l'émergence de troubles de comportements telles la consommation, les fugues, etc. Cela l'amène à vivre dans des conditions de vie difficiles, associées à la promiscuité, l'itinérance, des comportements sexuels inadéquats, d'autres abus sexuels et des pensées suicidaires. Nous avons vu dans le premier chapitre que les abus sexuels pouvaient mener à la consommation de substances abusives par la suite à l'adolescence (McCauley et coll., 1997; Wilsnack, Vogeltanz, Klassen et Harris, 1997, dans Sun, 2004, p. 389). L'histoire de Fabienne est une illustration de ce lien. En outre, alors qu'elle avance en âge, elle se prépare à sortir du cadre de la DPJ et à voler de ses propres ailes. En effet, quelque temps avant de devenir enceinte, Fabienne participe à un programme de soutien à la transition de l'adolescence à l'âge adulte. Nous l'avons vu, ce programme soutient les jeunes dans l'accès à l'autonomie fonctionnelle, l'accès à l'emploi ou aux études et le développement d'un réseau de soutien social fiable. Fabienne était dans la troisième et dernière année de ce programme au moment de tomber enceinte. Depuis quelques mois, elle vivait seule en appartement et goûtait pour la première fois à la vie sans l'encadrement serré des centres d'accueil. Elle avait repris ses études à l'école pour adultes dans sa communauté en vue d'obtenir son secondaire. Au moment où elle tombe enceinte, elle se trouve alors en plein dans cette phase développementale qu'est l'adolescence, une période de vie propice à la recherche d'une identité personnelle, la recherche d'acceptation parmi ses pairs et à l'adoption de comportements narcissiques et égocentriques, comme certains auteurs l'ont décrit (Adams et Kocik, 1997, p. 89; Barratt et coll., 1996, p. 213). Elle vit sa nouvelle

---

<sup>76</sup> La longueur de l'intervention nous a permis, quand même, de recueillir plus d'information sur son passé qu'avec Sonia, par exemple. Ce constat révèle entre autre une caractéristique, ou selon certains, une limite de l'intervention de courte durée.

<sup>77</sup> Notons que, dans le cas de Fabienne, il est difficile de préciser ce qui incombe exclusivement à la relation à sa mère, puisque Fabienne a également subi une série d'abandon avec d'autres personnes de son entourage, tant dans sa famille qu'en famille d'accueil. Cependant, la place prépondérante de la première relation significative dans le psyché d'une personne fait que nous lui accordons une place d'importance dans notre texte.

liberté en essayant divers comportements, plus ou moins sains, et s'associe à la communauté toxicomane de son quartier. Elle n'a pas le projet de devenir mère. Pourtant, elle tombe enceinte.

Nous pouvons sans doute voir là un geste inconscient pour se donner une valeur personnelle dans un parcours de vie parsemé d'embûches et d'échec. Certains auteurs mentionnent que dans une société où les études, le travail et la famille sont sources de valorisation personnelle, créer une famille est la seule option pour les adolescents qui échouent aux autres niveaux (Children's Defense Fund, 1986, dans Adams et Kocik, 1997, p. 87). Nous pensons reconnaître là la situation de Fabienne, dont les capacités intellectuelles sont limitées et qui, provenant d'une famille dont tous les membres vivent de la Sécurité du revenu, n'est pas habituée à la culture du travail. D'autres auteurs mentionnent également la possibilité qu'il y ait dans la grossesse à l'adolescence, une tentative inconsciente de réparer par l'arrivée du bébé une enfance décevante et traumatisante (Hanna, 2001; Pépin, 1996). Comme nous le verrons plus tard quand nous parlerons de la relation de Fabienne à son fils, nous pensons que c'est le cas avec cette jeune mère. En d'autres termes, la grossesse, bien qu'inattendue, finit par donner un sens à sa vie. Par ailleurs, nous nous sommes également posé la question à savoir s'il n'y avait pas, chez Fabienne, dans le fait de tomber enceinte à ce moment-ci de sa vie, une compulsion inconsciente de répétition des traumatismes intergénérationnels. En effet, étant sexuellement active depuis quelques années, pourquoi tombe-t-elle enceinte au moment où elle commence justement à sortir du cadre de la DPJ, une institution qui symboliquement a servi de mère de substitut? L'arrivée d'un enfant ne serait-il pas un moyen, bien que contraire à ses intentions conscientes, de vouloir y rester attachée? Le dénouement de la situation peut peut-être confirmer cette hypothèse.

Quoi qu'il en soit, les circonstances de vie de Fabienne ne la prédisposent pas à effectuer une transition facile vers la maternité. Nous remarquons chez Fabienne une immaturité cognitive et affective évidente. Son immaturité cognitive se manifeste par une faible capacité à l'abstraction, qui est probablement le résultat de facteurs environnementaux qui ont été peu favorables à son développement intellectuel : insécurité affective, manque de soutien scolaire, interruption de ses études secondaires, etc. Elle ne manque pas d'intelligence cependant, mais sa compréhension de la réalité s'effectue au travers d'une perception très concrète des choses. Par exemple, Fabienne avait beaucoup de difficulté à lire l'heure avec une horloge à aiguilles, mais en était très capable avec un cadran à chiffre<sup>78</sup>. Au niveau de son immaturité affective, celle-ci peut être en partie imputée à son jeune âge. En effet, des auteurs ont déjà remarqué que les adolescentes ont tendance à imaginer leur rôle de mère en fonction de gestes pratiques et concrets, plutôt qu'en terme de relation affective; que les adolescents n'ont en général pas encore développé des aptitudes de résolution de problème; ou encore, qu'ils sont encore incapables de reconnaître les besoins de l'enfant (Mercer, 2004; Kriepe, 1983, Sadler et Catrone, 1983, dans Adams et Kocik, 1997). Ces auteurs remarquent également que cela

---

<sup>78</sup> Ce phénomène peut sembler étrange, à moins que l'on prenne conscience que l'apprentissage de la lecture de l'heure se fait à l'école dans la période où elle a subi des abus sexuels et fut placée en famille d'accueil. L'impact de la présence d'abus sexuel sur le développement cognitif des enfants, pouvant amener de telles situations, a déjà été étudié (Van Gijsegheem, 1992; Haesevoets, 2000). Au niveau de l'intervention, cela implique d'adapter notre langage et nos explications au mode de compréhension de Fabienne.

peut se traduire par un manque de visite si l'enfant est hospitalisé. Nous reconnaissons là des comportements similaires chez Fabienne. En outre, cette immaturité typique de l'adolescence est accentuée chez cette jeune femme par les carences issues de son passé. Nous jugeons pertinent de répéter ici la citation de Pépin mentionnée dans le chapitre 1, tant elle décrit avec exactitude, ou presque, la situation de Fabienne. Selon lui, donc,

Les troubles carenciels regroupent une cohorte de jeunes femmes ayant en commun une enfance vécue dans des conditions précaires, marquée de négligence, de violence physique et psychologique, d'abus sexuels, de désunion des familles d'origine, de placements multiples en familles ou en centres d'accueil. Pauvreté, promiscuité sexuelle, délinquance précoce, mode de vie marginal, toxicomanie et prostitution accompagnent souvent le tableau et prédisposent ces femmes à vivre des grossesses précoces et non planifiées (...). Tout semble ici se conjuguer pour augmenter les risques que se répète avec le bébé l'histoire de la patiente. (Pépin, 1996, p. 74)

Ainsi, la survenue de la grossesse à ce moment précis de sa trajectoire fait vivre à Fabienne plusieurs conflits identitaires qui mettent en compétition ses divers besoins personnels et les besoins de l'enfant qu'elle porte. La maternité la confronte d'abord à ses propres manques affectifs issus de son enfance, ensuite à ses besoins d'adolescente en recherche d'identité, et enfin, à son identité de toxicomane.

Pour terminer l'analyse de la trajectoire de Fabienne, nous pouvons dire que la vie de cette jeune femme s'apparente à une série d'événements traumatiques. Elle est en état de déséquilibre permanent. Les traumatismes initiaux ont généré chez elle un sentiment profond d'insécurité qu'elle semble combler, afin de conserver une apparence d'équilibre, en se coupant de ses émotions et de son ressenti, en s'isolant et en adoptant des stratégies d'adaptation, comme la consommation, qui eux-mêmes lui causent beaucoup de tort et l'amène à vivre d'autres situations traumatisantes.

### *Le territoire*

La période durant laquelle nous avons connu Fabienne se caractérise par un territoire en mouvance. Le territoire qu'elle s'est construit au moment de sa grossesse ne sera plus le même que celui qu'elle va connaître au moment du placement de son enfant. Dans ce territoire en mouvance, autant au niveau géographique qu'au niveau des systèmes relationnels qui l'habitent, il y a une jeune femme qui se cherche une identité.

Décrivons d'abord ce que nous savons du territoire de Fabienne avant l'accouchement. Au moment où elle tombe enceinte, Fabienne tente d'approprier la nouvelle autonomie que lui procure le fait d'habiter seule en appartement. Elle vit pauvrement, étant bénéficiaire de la sécurité du revenu. Son cercle social se situe dans le milieu de la drogue de sa ville. Dans ce milieu, elle y trouve amis et partenaires sexuels, dont, notamment, le père de l'enfant qu'elle va porter. Elle se tient à distance des membres de sa famille. Elle ne cherche pas, entre autres, à renouer contact avec sa mère qui habite à distance. Encadrée par l'éducatrice du programme qualification jeunesse, elle tente toutefois de donner une direction à sa vie en effectuant un retour à l'école pour adulte, afin de finir son secondaire. Cette éducatrice joue un rôle important dans la vie de Fabienne, en l'aidant à traverser ce passage vers l'âge adulte. Elles entretiennent une relation basée sur la confiance. Fabienne semble puiser dans cette relation la sécurité et l'encadrement dont elle a besoin, et que sa famille ou autres personnes de son réseau, à notre connaissance, ne peuvent lui offrir. La grossesse, malgré la surprise initiale, vient

alimenter le désir de Fabienne de devenir adulte et de se trouver une identité propre. Cela l'encourage à se positionner face à sa consommation. Elle prend suffisamment sa grossesse au sérieux pour vouloir arrêter de consommer, le désir de maternité se révélant plus fort que son besoin de s'anesthésier. Dans les faits, il est difficile de savoir quels ont été exactement les comportements de Fabienne par rapport à la consommation. Au niveau du discours, elle dit avoir arrêté, à l'exception de quelques rechutes. Au niveau des faits, on peut quand même parler avec une certaine certitude d'une tentative de réduction des méfaits, comme certains auteurs ont pu le remarquer chez des mères consommatrices (Venne et Morissette, 2009). Fabienne dit, en effet, se limiter à la cigarette et de n'avoir rechuté qu'avec des joints, ce qui lui semble moins nocif que les autres drogues. Elle s'éloigne progressivement du milieu de la consommation. Cet éloignement, cependant, ne fait que mettre en relief l'isolement social de Fabienne, qui ne peut compter autrement ni sur les membres de sa famille, ni sur des amis qui ne consomment pas. Le vide est en partie comblé par les intervenantes du réseau de la santé. En plus de l'éducatrice dont nous parlions plus haut, Fabienne initie un suivi auprès d'une intervenante en périnatalité de son CLSC, qui l'admet au programme SIPPE et un autre suivi au Centre Virage, pour l'aider au niveau de sa consommation.

La naissance prématurée de l'enfant viendra remettre en question la consolidation de ce territoire, tant au niveau géographique, qu'au niveau relationnel, qu'au niveau de ses engagements à long terme (école, suivi thérapeutique). En effet, l'hospitalisation de l'enfant nécessite que Fabienne se réorganise rapidement et qu'elle fasse des choix, qu'elle estime dans un premier temps temporaires, anticipant un retour dans son logement avec le bébé dans quelques semaines ou mois. La situation provoque un rapprochement, géographique et relationnel, entre elle et sa mère, puisque, après son accouchement, elle loge chez celle-ci. Elle semble satisfaite de ce rapprochement, à un moment où elle-même devient mère. Il est intéressant de remarquer que, alors que nous lui proposons de rester dans les accommodations près de l'hôpital pour qu'elle puisse rester proche de son enfant, Fabienne préfère rester chez sa mère. Certains auteurs estiment que le rapprochement mère-fille correspond à un mouvement qui peut se produire entre la mère et la fille au moment de la maternité et peut aider la fille dans son processus d'identification au rôle de mère (Lederman, 1996). Dans le cas de Fabienne, ce mouvement de rapprochement, nous semble-t-il, sert plutôt à tenter de répondre à ses besoins affectifs non comblés de l'enfance qu'à entretenir une relation mère-fille, marquée par la maturité et qui l'appuiera dans son processus d'adaptation parentale. En effet, nous pouvons ici observer comment le territoire se construit en fonction des carences affectives de Fabienne, qui cherche avant tout à combler, dans une tentative de réparation, ses besoins d'enfant. L'éducatrice de Fabienne ne voit pas d'un bon œil le séjour de Fabienne chez sa mère et son beau-père. Elle estime que ce milieu, qu'elle décrit comme dysfonctionnel, aura une influence négative sur les progrès d'autonomie que Fabienne a acquise récemment. Nous appuyons également cette opinion. Plusieurs épisodes nous laissent croire que la mère de Fabienne n'est pas de bon conseil. Durant cette période, par exemple, elle aurait suggéré à Fabienne de prendre ses propres médicaments ou encore de poursuivre sa deuxième grossesse, car elle-même s'occuperait du bébé. En plus, de ce côté-là du territoire, le terrain semble miné. Le caractère conflictuel de la relation ne tarde d'ailleurs pas à apparaître, lorsque son beau-père lui demande de quitter le logement maternel. Elle se réfugiera chez sa sœur dans un premier

temps, puis, incitée par les troubles de santé de son fils, finira, non sans hésitation et tergiversation, par se loger à l'hôtel de l'hôpital.

La période de l'hospitalisation est aussi marquée par la rupture de relation avec le père de l'enfant. Des gestes concrets sont posés pour exclure cette personne de son territoire : le père n'est pas déclaré sur l'acte de naissance et, après leur rupture, Fabienne lui interdit tout contact avec l'enfant, même pour s'informer de sa santé. Fabienne semble soulagée de cette rupture dont les raisons demeurent complexes. Nous n'en savons pas assez sur leur relation pour émettre des hypothèses sur les enjeux affectifs de cette rupture. Toujours est-il que Fabienne se retrouve, peu après l'accouchement, en situation de monoparentalité et qu'elle se retrouve être le seul parent devant assumer la responsabilité d'élever cet enfant. Cela ne semble pas l'ébranler à premier abord. Elle répète qu'elle est capable de s'en sortir toute seule, comme elle a toujours fait. Notons aussi que l'hospitalisation de l'enfant a un certain effet atténuant sur les responsabilités parentales en offrant un cadre sécuritaire et des services de soins à l'enfant.

À ce sujet, il est intéressant de noter la contribution du milieu hospitalier auprès de mères monoparentales et au niveau de leur adaptation parentale. En général, pour des parents autonomes et confiants dans leur capacité et leur soutien social, le milieu hospitalier joue principalement un rôle médical auprès de l'enfant et un rôle de soutien dans l'adaptation des parents à la situation de la prématurité. En revanche, lorsque les parents ont un réseau social faible, comme dans de nombreux cas de monoparentalité, le milieu hospitalier, à la fois par son personnel et par le cadre physique et sécuritaire qu'il offre à l'enfant, tend à jouer d'autres rôles, et parfois bien malgré lui. L'apport du cadre hospitalier est à double tranchant : cela peut aider la personne monoparentale à profiter de ce cadre sécuritaire pour se donner du répit, laisser son enfant en sécurité pendant qu'elle doit s'occuper à d'autres responsabilités, et s'adapter à son rôle parental pour se sentir suffisamment capable de prendre le relais progressivement et s'en retourner à la maison avec des sentiments de compétence. À l'inverse, la personne peut déléguer, complètement ou presque, ses responsabilités parentales au personnel médical, et ne pas profiter des circonstances pour développer ses propres capacités. C'est plutôt cette dernière tendance que nous avons observée avec Fabienne. Dans son cas, nous avons observé qu'elle remettait facilement au personnel infirmier des responsabilités et des tâches qui normalement auraient dû lui incomber. Le personnel hospitalier faisait à répétition office de gardienne, de grand-mère, de père et même de mère. Il est possible de penser que Fabienne estimait que ses absences et ses retards au chevet de son fils étaient un moindre mal, puisque, de toute façon, les infirmières étaient là, jour et nuit, pour s'occuper du bébé. Parfois, elle n'avait qu'à appeler pour vérifier si tout allait bien et continuer ses autres activités. Ce comportement témoigne de son immaturité affective et de sa perception limitée de ce qu'être parent veut dire. Il y a dans ce comportement le reflet de l'image de mère qu'elle se fait, typique de l'adolescence, qui se limite à donner des soins concrets au bébé. Bien qu'elle dise aimer son bébé et « vouloir tout faire pour lui », Fabienne ne mesure pas l'importance du développement d'un lien affectif entre elle et l'enfant, qui nécessite, dès les premiers mois de vie du bébé, la présence régulière et chaleureuse de la mère (ou des deux parents). Elle n'a pas conscience que, si les infirmières peuvent assumer les soins du bébé, celles-ci ne peuvent adéquatement la supplanter dans ce rôle de permanence. Il devient évident au fur et à mesure que la période d'hospitalisation avance que cette responsabilité de parent est lourde à porter

pour Fabienne et qu'elle n'arrive pas à l'assumer seule, même quand elle est invitée à le faire.

En même temps, alors que l'hôpital offre un cadre sécuritaire à son bébé, Fabienne a beaucoup de difficulté à s'adapter à ce milieu, que ce soit l'unité néonatale ou les résidences. Ce territoire transitionnel lui rappelle d'autres territoires qu'elle a déjà traversés : un séjour à l'hôpital quand elle avait 6 ans et les centres d'accueil de son adolescence. L'expérience et les souvenirs de son vécu dans ces territoires précédents remontent à la surface et l'amènent à vivre des sentiments d'ambivalence. Par moment, elle éprouve du ressentiment face à un encadrement qui impose des règles de vie, comme le port du masque par exemple. À d'autres moments, elle s'y réfugie pour trouver un certain confort et briser l'isolement, comme la fois où elle utilise le salon des parents pour y passer plusieurs nuits ou encore quand elle reçoit des coupons-repas pour se nourrir.

Alors que la fin de l'hospitalisation approche et qu'il se confirme qu'elle ne pourra pas rentrer chez elle avec son bébé, Fabienne fait le choix de ne pas retourner seule dans son territoire géographique d'origine. Elle décide de déménager à Montréal. Elle nomme plusieurs raisons pour cela : notamment le besoin de s'éloigner de la communauté toxicomane de sa ville, mais également de s'éloigner du père de l'enfant qui risquerait de la retrouver. Elle souhaite également se rapprocher de sa mère et de sa sœur. Un autre facteur qu'elle ne nomme pas clairement, mais semble prédominant, est le besoin de se rapprocher géographiquement de la personne qu'elle fréquente depuis peu. Elle semble porter de l'importance à cette nouvelle relation. Elle dit que la relation est différente des précédentes, notamment par le fait que l'homme est plus jeune que ces prédécesseurs et ne consomme pas, en raison de sa religion. Il nous semble cependant que les espoirs qu'elle porte sur cette relation ne sont pas tout à fait réalistes. L'épisode où elle pensait qu'il emménagerait avec elle en est une illustration. Dans ce nouveau territoire qu'elle se crée, elle laisse une place à son enfant, en choisissant un logement avec une chambre pour lui. Elle espère qu'un jour, elle pourra en assumer la garde, ce qui du point de vue des diverses intervenantes ne semble pas réaliste non plus. Dans ce nouveau territoire, ses relations avec deux de ses intervenantes des territoires passés, l'éducatrice et nous-même, se terminent en raison de la fin de nos mandats auprès d'elle. L'intervenante de la DPJ à l'application des mesures prend le relais auprès de son fils et s'assure que Fabienne accomplisse ses engagements prévus par la Cour auprès de lui, notamment au niveau de la fréquence et de la régularité des visites. Encouragée par l'ensemble des intervenantes, Fabienne pense retourner sur les bancs d'école. Elle aimerait devenir éducatrice un jour.

### *Les éléments déclencheurs*

L'analyse de la trajectoire et du territoire de Fabienne permet de comprendre que cette jeune femme vit dans un état récurrent de déséquilibre depuis l'enfance. Ces déséquilibres sont déclenchés par une série d'événements traumatiques dans sa trajectoire, qui chacun à leur tour provoquent des remaniements de territoire. Malgré la gravité de son vécu, elle donne l'apparence d'une personne relativement enjouée et de bonne humeur, notamment quand elle est dans une relation de confiance. Elle donne souvent l'impression de ne pas être affectée par les événements. Nous estimons qu'il y a

là un mécanisme de défense qu'elle a développé dès l'enfance et qui l'amène à se couper de son ressenti et de ses véritables émotions<sup>79</sup>. Cela lui permet de tolérer des niveaux de stress et d'anxiété élevés sans sombrer dans la détresse. Cependant, pendant la période périnatale, nous avons vu Fabienne, à plusieurs reprises, dans des états émotionnels plus intenses en réaction à certains événements ou à l'opposé dans des états d'apathie très marqués. En nous basant sur ce que nous connaissons de Fabienne, nous interprétons dans ces comportements l'expression d'une détresse psychologique significative d'une perception de déséquilibre.

Quels sont alors les éléments déclencheurs de crise chez Fabienne pendant la période périnatale?

Pour répondre à cette question, il nous semble essentiel de bien comprendre la signification que revêt la grossesse pour elle. C'est en effet au niveau des perceptions que se trouve la clé de la réponse. Dans un contexte de vie peu porteur d'espoir et d'avenir, la grossesse n'est pas vécue chez Fabienne comme un élément déclencheur de déséquilibre. Au contraire, elle vient soudain lui donner un projet de vie. Ce projet motive Fabienne à deux niveaux – et la concomitance des deux est essentielle à saisir. Au premier niveau, la grossesse lui confère automatiquement un rôle valorisant et un projet porteur d'avenir. Elle peut s'y investir, car cela lui donne de l'importance à ses propres yeux et aux yeux des autres. La maternité la motive suffisamment également pour qu'elle veuille arrêter la consommation de drogues dès qu'elle apprend qu'elle est enceinte, tout du moins en réduire les méfaits.

À un deuxième niveau, inconscient cette fois, la maternité représente pour la mère une opportunité de combler ses carences affectives. La grossesse la met face à ce désir de maternité, que Pépin décrit comme le désir de « devenir à son tour la figure nourricière et omnipotente face à un bébé qui lui reflète le bébé qu'elle a été » (Pépin, 1991, p. 17). Les carences affectives de Fabienne ne lui permettant pas d'avoir une vision différenciée de son enfant, nous pouvons dire avec Pépin que dans ce cas, la grossesse « n'est désirée qu'en complément et l'enfant n'est pas vraiment reconnu comme une personne à part entière destinée à réaliser son destin personnel et son altérité » (Ibid.). Ainsi, dans son discours, Fabienne répète à quel point elle a besoin de lui et qu'il est « tout » pour elle. Elle a cependant de la difficulté à imaginer l'inverse, c'est-à-dire que lui a besoin d'elle. Ces gestes d'affection envers lui reflètent ses propres manques affectifs. Sa difficulté à être présente de manière régulière et attentive montre qu'elle a de la difficulté à le voir comme une personne à part entière, c'est-à-dire une personne qui a des besoins autres que les siens. Dans cette perspective, le geste de lui apporter des vêtements de poupée n'est pas anodin. Il symbolise les projections qu'elle fait sur l'enfant : en quelque sorte, le bébé est comme un jouet avec lequel jouerait une petite fille. Ce geste est caractéristique d'une représentation mentale de l'enfant, que certains auteurs ont appelé de type « ambivalent ». Rappelons ici ce que ces auteurs ont dit à ce sujet :

---

<sup>79</sup> Par exemple, lors d'une rencontre avec Fabienne, nous avons abordé avec elle le fait récent que son beau-père lui ait demandé de quitter l'appartement de sa mère. Nous avons demandé notamment à Fabienne qu'elle avait été la réaction de sa mère. Fabienne a répondu que celle-ci n'avait rien fait, ni rien dit. Nous lui avons alors demandé comment elle se sentait par rapport à ça. Fabienne est restée stoïque un moment, puis finit par dire : « j'ai l'habitude ». L'événement ne semblait pas l'ébranler plus que ça et le fait de rester chez sa sœur lui convenait, du moins temporairement.



La représentation de l'enfant dans le groupe de mères ayant un style « ambivalent » est principalement construite autour de la dimension imaginative caractérisée par la dominance des fantaisies. L'enfant apparaît davantage comme peu différencié, tiré directement des conflits libidinaux et narcissiques de la mère. Cet enfant reste séparé des configurations parentales du couple et naît surtout du désir de maternité plus étroitement lié au conflit oedipien maternel, au domaine des fantaisies omnipotentes dont parle Winnicott, imbibé de besoins infantiles et de l'adolescence qui peuvent interférer avec l'individuation de l'image de l'enfant. (Ammaniti et coll., 1999, dans Bayle, 2005, p. 321-322)

Rappelons également que l'extrême prématurité de la naissance a interrompu le processus de différenciation qui normalement s'opère vers la fin du troisième trimestre de grossesse (Bydlowski, 1997, dans Bayle, 2005). Nous pouvons cependant imaginer qu'étant donné les carences affectives de Fabienne, ce processus n'aurait pas abouti même si Fabienne avait eu son enfant à terme, car, selon Pépin, « cette étape risque d'être particulièrement éprouvante pour celles qui ont connu des difficultés à se 'dé-fusionner' de leur mère; il leur sera très ardu d'accorder son individualité à leur enfant à venir, de supporter vraiment cette séparation » (Pépin, 1991, p. 20).

C'est la menace de cette séparation dont parle Pépin, ou la séparation elle-même, qui provoque chez Fabienne des états de détresse. Durant la période d'hospitalisation, plusieurs événements vont éveiller chez Fabienne cette peur de la séparation mère-enfant, une peur qui va résonner en elle les souffrances des abandons qu'elle a elle-même vécus et qui va lui faire perdre l'équilibre fragile auquel elle s'accroche. Dans cette perspective, nous proposons d'analyser les différents événements majeurs liés à l'hospitalisation de l'enfant.

D'abord, il est intéressant de noter que la naissance prématurée ne cause pas en soi un déséquilibre majeur pour Fabienne, car elle ne semble pas en réaliser les enjeux au niveau de la santé de son enfant. Elle n'a pas vraiment conscience qu'elle peut perdre son fils : elle reste beaucoup dans la pensée magique « que son gars est faite fort » et survivra à l'épreuve. Toutefois, c'est le remaniement du territoire imposé par la prématurité qui va perturber Fabienne pour un certain temps. L'hôpital, notamment, lui rappelle des territoires antérieurs auxquels elle associe de mauvais souvenirs et elle ne peut l'envisager comme un lieu de résidence dans un premier temps, d'autant plus qu'elle a l'option de rester chez sa mère. Cette option, comme nous l'avons vu, lui permet de satisfaire son désir de rapprochement vers elle.

Puis, Fabienne réalise tout d'un coup qu'elle peut perdre son fils, alors que celui-ci contracte une sepsie et est entre la vie et la mort pendant quelques jours. En réaction à cet événement, Fabienne vit d'intenses émotions : l'enfant rêvé risque de la quitter; son projet de vie risque de s'écrouler. Elle insiste auprès des médecins pour qu'ils fassent tout ce qu'ils peuvent pour le sauver, même s'il lui est dit que l'infection et les traitements peuvent laisser de graves séquelles. Puis, alors que nous lui demandons de loger dans une résidence de l'hôpital et que la santé de l'enfant se stabilise, elle reprend le chemin de la distance. L'enfant n'est plus en danger de mort. Elle peut continuer à rêver à lui en continuant à vaquer à ses occupations tout en sachant que l'équipe médicale en prendra soin.

Un autre événement majeur provoquera un déséquilibre chez Fabienne : il s'agit de l'annonce du diagnostic d'atteinte cérébrale chez son enfant. Le rêve de l'enfant parfait s'écroule réellement, cette fois. L'enfant est vivant, mais il sera handicapé. Face à

l'annonce, elle réagit avec choc et tristesse. Pour la première fois, nous la voyons verser des larmes. Mais l'état émotionnel ne dure pas longtemps. Elle s'accroche à l'espoir que le suivi médical et une stimulation appropriée de l'enfant permettront de résorber ses handicaps. Elle reprend là encore une stratégie d'adaptation que nous avons déjà appelée la « pensée magique ». Plus tard, elle adoptera des formes de déni en contestant les observations des médecins qui confirment la présence de handicaps chez l'enfant. Enfin, elle ne semble pas mesurer l'ampleur de la tâche de s'occuper d'un enfant aux multiples handicaps. Quand nous lui en parlons, souvent elle minimise la situation en disant que ce sera à peine plus compliqué qu'avec un enfant normal. Puis, alors que la période d'hospitalisation avance et que les handicaps de l'enfant deviennent plus apparents, Fabienne réalise davantage qui est son enfant réel. Ce difficile processus de réalisation se traduit chez Fabienne par divers états émotionnels. D'abord, elle se sent coupable. Elle se demande si les handicaps de son fils ne sont pas liés à sa consommation, ou encore, en faisant référence à sa propre limitation intellectuelle, s'il n'aurait pas hérité de « ses trous dans la tête ». Puis, le fait de ne pas avoir été capable de mettre au monde un enfant normal porte atteinte à son estime de soi. La honte que la situation lui fait sentir la plonge dans une période d'apathie, où elle reste cloîtrée dans sa chambre et est convaincue que tout le monde qu'elle croise à l'hôpital pense du mal d'elle. Bien qu'elle soit à quelques pas de l'hôpital, elle ne rend plus visite à son bébé. Quand nous lui demandons pourquoi elle n'est pas avec son bébé, elle répond qu'elle *est* avec lui et montre une photo de lui sur l'écran de son cellulaire. Nous constatons qu'elle vit encore avec l'enfant rêvé.

Enfin, un dernier événement majeur durant la période d'hospitalisation viendra briser le rêve de Fabienne : le placement de l'enfant en famille d'accueil. L'annonce du signalement, puis plus tard du placement viendra confirmer Fabienne dans la peur que son fils vive la même histoire qu'elle. Elle accuse la DPJ de lui enlever son enfant. Elle se positionne ainsi dans un rôle de victime face à une institution qu'elle percevait déjà comme victimisante<sup>80</sup>. Cependant, bien qu'elle manifeste dans son discours le désir de « tout faire » pour le garder, elle ne se mobilise pas vraiment pour inverser le cours des événements. Dans cette période interminable où il a fallu attendre que la DPJ trouve une maison d'accueil pour l'enfant, elle reste recluse dans sa chambre et ne rend plus visite à son fils. Quelque part, elle se protège de la blessure de la séparation. Elle se rend aussi compte qu'elle ne peut assumer cette responsabilité parentale, pour toutes sortes de raisons. Son rêve est voué à l'échec. Cet échec revêt diverses dimensions : échec face à elle-même de ne pas avoir réussi, selon ses perceptions, à devenir mère; échec face à sa

---

<sup>80</sup> Dans son discours, Fabienne attribue la responsabilité de ses difficultés de vivre à la DPJ, et notamment à la succession des milieux de vie qu'elle a connus de l'âge de 6 ans à 17 ans. Si cette accusation n'est pas sans fondements, il est intéressant de remarquer que Fabienne n'incombe spontanément aucune responsabilité de sa difficulté de vivre à sa famille d'origine. Lorsque nous abordons le sujet de la négligence, par exemple, elle ne montre aucune émotion et change de sujet. Souvent, nous avons eu l'impression qu'elle protégeait sa mère, un phénomène d'autant plus marqué dans la période que nous l'avons connu qu'elle vit un désir de rapprochement avec celle-ci. Il lui est sans doute plus facile de blâmer une institution que sa propre famille. Cela montre aussi qu'une ouverture sur ses blessures d'enfance n'est pour l'instant par vraiment possible.

famille, et sa mère surtout, à laquelle elle aurait bien aimé prouver qu'elle était capable d'être une bonne mère; échec face à la DPJ à qui elle jurait de ne jamais donner son fils; échec, enfin, peut-être, face aux intervenantes qui l'ont soutenue de ne pas avoir pu faire mieux. Le rêve d'un nouveau territoire incluant son enfant, et par là même, une relation affective réparatrice, s'écroule. Alors que Fabienne sentait son territoire vaciller, elle s'accroche à la relation récente qu'elle entretient avec ce jeune homme, dans laquelle elle y investit une attente de réparation. Or, celui-ci rompt abruptement leurs rapports dans cette période. C'est le coup de grâce, nous pensons, qui maintient Fabienne dans la réclusion et l'isolement. C'est à cette période qu'elle reprend la consommation d'alcool, par à-coups et en grande quantité. L'identité de toxicomane reprend le dessus, comme Venne et Morissette ont pu le remarquer chez certaines mères en période postnatale, alors que le désir de maternité de Fabienne ne se concrétise pas et que son processus au rôle de mère achoppe.

### **3.3.2.5. Retour sur l'intervention selon le nouveau modèle**

L'intervention que nous avons été amenée à effectuer dans la situation de Fabienne s'est révélée complexe et multidimensionnelle en raison de la présence de divers risques psychosociaux majeurs et de l'imprévisibilité de nombreux événements. Tout en tentant d'assumer les fonctions traditionnelles du travailleur social en milieu hospitalier à la clinique de néonatalogie, comme nous les avons identifiées dans la section 2.3.1 du chapitre 2, nous avons également été appelée à intervenir pour tenter d'accompagner la jeune mère lors de l'apparition récurrente de situations de déséquilibre. Ces situations de déséquilibre ont souvent nécessité de réviser les orientations de l'intervention que nous avons préalablement établies. C'est aussi en raison de la complexité des problématiques rencontrées et de la, somme toute, courte durée de l'intervention, qu'il a fallu prioriser les interventions à effectuer.

L'intervention a d'abord et avant tout nécessité d'accueillir Fabienne dans son adaptation à l'hospitalisation de son bébé à l'unité néonatale (Bachman et Lind, 1997). Il s'est agi dans un premier temps de s'assurer qu'elle avait où se loger à Montréal, de quoi se nourrir et se déplacer, et qu'elle pouvait avoir recours à l'équipement nécessaire à toute mère qui accouche prématurément (ex : tire-lait). Ceci impliqua, entre autres, un travail de médiation avec l'agente de la Sécurité du revenu. Dans un deuxième temps, il s'est agi d'accompagner Fabienne dans l'adaptation au fonctionnement et aux consignes de l'unité néonatale. Nous avons dû reprendre avec elle certains griefs exprimés par les infirmières de cette unité. Ainsi, comme nous l'avons vu, la recherche d'une stabilité au niveau du logement et la question du respect des règles de fonctionnement de l'unité ont été des préoccupations récurrentes lors de notre intervention auprès de Fabienne.

Une autre fonction de notre intervention, qui se rapproche plus de l'intervention de situation de crise, a été d'accompagner Fabienne dans les remaniements soudains de son territoire (rupture avec le père de l'enfant, rapprochement avec la mère, le rejet du beau-père, période d'isolement au Manoir, etc.) et d'accueillir ses réactions lors des divers accrocs dans la trajectoire du bébé (la sepsie, le diagnostic d'atteinte cérébrale, etc.). Chaque événement nous a donné davantage d'information au sujet du monde subjectif de Fabienne et nous a permis de mieux saisir le sens profond de ses réactions et

de ses choix. À chaque apparition d'une problématique nouvelle, nous tentions de saisir l'opportunité qu'elle nous donnait pour intervenir dans une direction plus profonde.

Ainsi, au niveau du territoire, en collaboration avec les autres intervenantes, nous tentions d'orienter Fabienne vers la construction d'un environnement favorable au développement de ses capacités parentales. Par exemple, nous lui propositions de loger proche de l'hôpital, ce qui voulait dire pour nous, non seulement proche de son bébé, mais également loin de son environnement familial, dont nous craignons l'influence nocive sur elle. Bien que nous comprenions le désir de Fabienne de se rapprocher de sa mère, la qualité de la relation entre ces deux femmes ne nous permettait pas de la soutenir dans ce sens. Il ne va pas sans dire que ce que nous lui suggérions allait à contre sens de son élan premier. Cela nous a amené de tenter d'aborder sa relation à sa mère, mais le besoin de rapprochement en cette période périnatale était fort et Fabienne n'était pas disposée à le remettre en question. En fait, il est intéressant de remarquer que, dans cet aspect de l'intervention, il y avait, comme Fondaire et Larose le mentionnent, deux territoires en interaction, celui des intervenantes, qui connaissent les services hôteliers de l'hôpital et celui de Fabienne dont la mère se trouve à Montréal. D'une part, les propositions des intervenantes sont tributaires de leur trajectoire professionnelle, et très certainement personnelle, et, d'autre part, les choix de Fabienne, allant à contre sens de ces propositions, sont aussi tributaires des carences affectives de sa trajectoire. C'est finalement les propres conflits de son territoire qui ont amené Fabienne à n'avoir d'autres options que d'atterrir dans le territoire de l'hôpital. En d'autres termes, il y avait divergences dans les stratégies d'adaptation que les unes envisageaient et celles que Fabienne mettait en pratique. Il en est de même de notre proposition d'explorer des ressources communautaires pouvant être incluses dans son territoire et pouvant la soutenir à son retour à la maison. Ceci est resté lettre morte, non seulement parce que les circonstances ne l'ont pas permis, mais aussi parce que Fabienne s'est peu mobilisée dans ce sens, n'en voyant pas la pertinence pour elle-même.

Ensuite, au niveau de sa relation avec son bébé, nous avons tenté de travailler plusieurs aspects. D'abord, un aspect majeur de notre intervention a été l'évaluation des capacités parentales de Fabienne et l'accompagnement au développement de ses compétences. L'évaluation a nécessité la collaboration de toute l'équipe médicale et principalement les infirmières. En étant constamment au chevet du bébé, les infirmières ont une place de choix dans l'évaluation des capacités parentales, car elles peuvent observer les faits et gestes de la mère au quotidien, ce que notre position ne permet pas de faire. Les notes et les discussions de cas avec elles nous ont donc beaucoup aidée à percevoir des aspects dans les comportements de Fabienne que nous ne percevions pas dans le contexte de nos rencontres. Toutefois, nous avons parfois senti du jugement ou de l'énervement de la part de certaines d'entre elles envers Fabienne. Il y a sûrement, dans cette situation, une divergence de point de vue qui est causée par la nature de nos professions respectives. Les infirmières sont amenées à côtoyer quotidiennement le bébé et à développer un attachement envers lui. On peut comprendre que l'observation d'une mère inadéquate réveille de fortes réactions émotionnelles de leur part. De notre côté, c'est plutôt l'inverse. Notre mandat est de soutenir les parents et notre travail nous amène également à voir le parent dans sa globalité et l'ensemble de ses difficultés. On peut facilement être tenté de ne voir que les circonstances atténuantes de leur comportement. Nous n'avons pas souvent la chance non plus d'observer le parent dans ses gestes

quotidiens. Nous basons notre opinion professionnelle, parfois seulement sur son discours. Nous savons, dans bien des cas, que le parent réussit à formuler ce que nous avons bien envie d'entendre. De toute évidence, le partage de tous les points de vue est ce qu'il y a de plus nécessaire, nous semble-t-il, pour éviter de tomber dans l'écueil de ne voir les situations qu'à travers une seule lunette.

Au niveau de l'accompagnement aux compétences parentales, cette tâche s'est naturellement partagée entre les infirmières et les intervenantes psychosociales. Les infirmières se sont principalement occupées à montrer à Fabienne comment s'y prendre pour donner divers soins : le bain, le boire, le changement de pansement, etc. Lorsque l'enfant a eu besoin de soins plus spécifiques en lien avec ses handicaps, l'ergothérapeute et la physiothérapeute, sont intervenues pour montrer à Fabienne les gestes à poser. De notre côté, nous avons travaillé davantage sur la régularité de ses visites et les aspects socio-affectifs de la relation mère-enfant. Par exemple, nous avons tenté de travailler dans le sens d'une plus grande différenciation entre elle et lui. Ceci a pu se faire notamment en l'aidant à identifier les besoins du bébé et comment elle pouvait y répondre, mais aussi en l'aidant à nommer les difficultés et les raisons qui l'empêchaient de rendre visite à son fils ou d'être à l'heure au moment des soins. Nous avons également travaillé sur le deuil de l'enfant rêvé. Tout ceci ayant un lien avec les carences affectives de Fabienne, seul un travail de longue haleine, qui nécessite une thérapie en profondeur et à long terme, peut vraiment adresser ces problématiques. Dans la courte période qui nous incombait, nous avons misé sur l'établissement d'un lien de confiance, à la fois confirmant et recadrant. Il est de notre point de vue que notre disponibilité et notre écoute, l'absence de jugement et la tentative de lui partager les liens que nous faisons entre son passé et ses comportements d'aujourd'hui envers son bébé ont servi à ce que, tout du moins, Fabienne nous accorde son écoute. Nous sommes aussi du point de vue que pour que ce lien de confiance ait une certaine efficacité, il est nécessaire qu'il se prolonge dans la durée. Or, notre mandat ne nous le permet pas.

Notre intervention s'est donc soldée par un signalement de la situation à la DPJ. À partir de ce moment, l'intervenante de la DPJ a pris le relais de l'évaluation des compétences parentales. L'implication de la DPJ auprès de Fabienne a nécessité d'une part que nous l'accompagnions dans les émotions que cela générerait chez elle et dans les diverses étapes du processus d'évaluation et judiciaire. Cela a également nécessité une collaboration interprofessionnelle avec les intervenantes de la DPJ qui s'est traduite par plusieurs discussions de cas et conversations au sujet des ressources. Nous avons également servi d'agent de liaison entre le CJ et l'équipe médicale. Le temps qui s'est écoulé entre le moment du signalement et le congé du bébé a été particulièrement long dans ce cas-ci (4 ou 5 semaines). Nous avons eu l'impression de nous être retrouvée au milieu d'une situation inconfortable pour tous les acteurs impliqués : nous avons continué à accompagner Fabienne dans ce que la lenteur des démarches lui faisait vivre, nous informions une équipe médicale qui s'impatientait également de la lenteur du processus, et nous étions également la personne-ressource permettant à l'intervenante de la DPJ de s'informer de la situation médicale du bébé et de ses besoins, etc. Nous avons également participé à la planification de sortie du bébé qui a nécessité un travail de collaboration entre l'infirmière responsable des congés, l'intervenante de la DPJ, la famille d'accueil et Fabienne.

Par ailleurs, il nous paraît important de mentionner que l'intervention auprès de Fabienne a été rendue complexe en raison, notamment, des effets iatrogènes de l'intervention médicale. La situation médicale de son bébé nous amène à considérer les conséquences à moyen et à long terme, suite à la tentative de maintenir en vie un enfant extrêmement prématuré. La question est de savoir qui va assumer la responsabilité d'une intervention médicale qui cause des conséquences si adverses. Ce n'est pas la place ici de présenter les termes de ce débat éthique. Cependant, nous avons constaté dans cette situation précise que le maintien en vie de cet enfant a eu de graves conséquences pour l'enfant lui-même. Les mots d'une infirmière de l'équipe médicale, alors que nous évoquions le sujet en réunion interdisciplinaire (et que le médecin répondait à un appel sur son téléavertisseur), sont lourds de sens : « cela n'a pas été notre plus belle réussite... ». En ce qui concerne cet enfant, la responsabilité de l'hôpital s'est limitée à lui donner des soins jusqu'à ce que son congé soit autorisé. Dans cette situation, nous avons donc été confrontée à l'absence de ressources pour s'occuper d'un tel enfant. Dans l'organisation des services aux enfants handicapés, la responsabilité première d'un tel enfant incombe généralement aux parents. Un certain nombre de ressources existent d'ailleurs pour aider ces parents dans l'adaptation et le quotidien d'une vie avec un enfant handicapé. Mais, que faire quand ce parent ne peut pas s'en occuper? Qui va prendre soin de cet enfant? Comme il y a eu signalement, dans notre cas, c'est donc la DPJ qui doit assumer la responsabilité de lui trouver un milieu de vie. La DPJ a eu de la difficulté à trouver une famille d'accueil à cet enfant, d'une part, parce que les ressources de ce type sont limitées et, d'autre part, parce que les handicaps de l'enfant présupposent une attention toute particulière qui nécessite de trouver une famille d'accueil particulièrement disponible. Heureusement, dans notre cas, une famille a offert ses services pour un an, selon l'ordonnance de la Cour de la Jeunesse qui a précisé les termes du placement. Nous pouvons légitimement nous demander ce qu'il va advenir de la garde de cet enfant par la suite. En estimant que Fabienne n'en obtiendra pas la garde, une adoption est-elle envisageable? Sinon, devra-t-il retourner en famille d'accueil? Combien de temps? Combien de fois? L'avenir le dira. En attendant, nous constatons que la santé de l'enfant est hypothéquée et nous nous permettons de douter que sa situation psychosociale lui permette de vivre une stabilité socio-affective sur le long terme, dépourvue d'abandons successifs. Est-ce que l'équipe médicale anticipaient tout cela, alors qu'ils tentaient de maintenir en vie cet enfant? Lorsque, légalement, la décision d'interrompre ou non les traitements qui maintiennent en vie un enfant revient ultimement à ses parents, que peut faire une équipe médicale consciente des conséquences probables sur l'enfant face à une mère qui supplie les médecins de tout faire pour sauver son bébé? Comme tout débat éthique, il n'y a pas de réponse facile. Cependant, nous avons regretté que les médecins n'aient pas fait appel aux services d'une intervenante sociale, quand ils ont envisagé l'arrêt des traitements avec Fabienne<sup>81</sup>. D'une part, cela fait partie des fonctions du travailleur social en milieu hospitalier de soutenir les parents quand un dilemme de cet ordre se présente (Bachman et Lind, 1997); d'autre part, cela s'avérait d'autant plus nécessaire que Fabienne était suivie de nos services. La présence d'un intervenant social à ce moment-ci de l'intervention n'aurait peut-être rien changé. Mais, connaissant la

---

<sup>81</sup> Bien que cette situation ait eu lieu en fin de semaine, c'est-à-dire en dehors des heures de présence habituellement assurées par les travailleurs sociaux, un système de service de garde les fins de semaine permet de faire appel à un travailleur social dans les cas d'urgence.

trajectoire et l'état du territoire de Fabienne, nous aurions pu peut-être éclairer les médecins sur les conséquences sociales et à long terme et la mère sur les risques de conséquences physiologiques du maintien des traitements et leur impact sur la qualité de vie future de cet enfant.

Enfin, l'intervention a été déterminée en partie par la capacité de changement de Fabienne, pour reprendre le thème développé par Fondaire et Larose. Nous n'avons pas senti que la période périnatale a offert un *timing* pour le changement, dans son ensemble. Rappelons que pour Fondaire et Larose, le *timing* est « ce moment propice pour la personne pour ouvrir sur son vécu difficile en lien avec sa trajectoire, son territoire, l'événement déclencheur et ses perceptions et représentations » (Fondaire et Larose, 2007, p. 96), « une ouverture qui va permettre de recréer des liens entre son histoire, ses systèmes relationnels et son vécu de crise actuel, (cette) énergie particulière qui permet d'oser le questionnement avec les émotions qui surgiront » (Ibid.). La faible capacité de changement que nous avons observé chez Fabienne se traduit par l'utilisation de stratégies d'adaptation inadéquates et permet une répétition intergénérationnelle des formes de négligence. Bien qu'il fut dans les intentions de Fabienne de « tout faire » pour que son histoire ne se produise chez son fils, il faut se rendre à l'évidence que les bonnes intentions ne font pas le poids devant la lourdeur des carences affectives et des mécanismes de défense qui se sont construits autour. Le modèle d'intervention de crise proposé par Fondaire et Larose nous permet de saisir la situation socio-affective de Fabienne, à travers la prise en compte de sa trajectoire et de son territoire. Cependant, il nous semble qu'aucune intervention de crise ne peut adresser les problématiques profondes de Fabienne. Le dénouement de ses conflits socio-affectifs, s'il est possible, nécessite un travail d'accompagnement de longue durée et permettra, sans doute, l'ouverture nécessaire au changement.

En attendant, si nous devons quand même nommer une réussite dans l'intervention de courte durée, ce serait d'avoir aidé Fabienne à faire le choix d'utiliser un moyen de contraception de longue durée. L'usage de cette contraception donnera, nous l'espérons, le temps à Fabienne de se construire un chemin où ses blessures d'enfance pourront trouver un certain apaisement, avant d'enfanter de nouveau.

### **3.3.3. Discussion**

À la suite de ces deux études de cas, nous proposons de discuter en quoi le modèle d'intervention de crise proposé par Fondaire et Larose est approprié pour la pratique des travailleurs sociaux hospitaliers en périnatalité. La discussion va se situer à deux niveaux : dans un premier temps, nous examinerons la pertinence de ce modèle pour l'intervention auprès de cette clientèle; dans un deuxième temps, nous évaluerons l'applicabilité de ce modèle dans le milieu de pratique hospitalier.

#### **3.3.3.1. La pertinence du modèle auprès de la clientèle**

À notre connaissance, le modèle de Fondaire et Larose n'a pas été spécifiquement élaboré pour répondre aux besoins de l'intervention auprès des mères en période périnatale. Ce modèle vise une clientèle plus diversifiée rencontrée dans les centres de crise du Québec. Cependant, l'analyse des études de cas selon ce modèle montre que la

grille de lecture qu'il propose est très pertinente pour mieux appréhender « le sens de la crise » chez ces mères – ce qui est, rappelons-le, l'un des objectifs de cette approche. Nous pensons que ce modèle est particulièrement adapté à l'intervention auprès de cette clientèle pour plusieurs raisons.

D'abord, le modèle de Fondaire et Larose propose une grille de lecture qui permet de mettre en évidence comment la crise surgit à la jonction du territoire et de la trajectoire des personnes. Ce modèle permet de voir combien le passé et le présent sont interreliés. Si l'interrelation entre le passé et le présent peut être vraie pour toute personne, nous pouvons néanmoins dire que c'est particulièrement le cas chez les mères en période périnatale. Comme nous l'avons vu dans les sections 1.1 et 1.2 du chapitre 1, la période périnatale est en soi une période propice à un retour à certains aspects de l'histoire personnelle des mères. Il a été nommé notamment que la période périnatale confronte nécessairement la mère à sa propre enfance et, en particulier, comment elle a été maternée. La revue de littérature montre à plusieurs reprises que la qualité de la relation mère-fille, quand celle-ci était enfant, a un impact déterminant sur la facilité avec laquelle elle s'adaptera à la maternité. Dans nos études de cas, nous avons vu, en effet, combien la maternité faisait resurgir les problématiques du passé. Chez Sonia, la problématique majeure se situait dans sa relation à sa mère. La relation qu'elle entretenait avec elle dans le présent était lourdement chargée de dynamiques relationnelles qui se sont implantées très tôt entre ces deux personnes. Chez Fabienne, les traumatismes de l'enfance ont été multidimensionnels et il est apparu clairement lors de l'analyse de sa situation que ce difficile parcours de vie n'a pas permis d'offrir à Fabienne un terrain favorable au développement de ses capacités parentales.

Ensuite, ce modèle laisse une place prépondérante à l'analyse du territoire. Là encore, si l'analyse du territoire est pertinente pour toute personne en situation de déséquilibre, elle l'est d'autant plus pour la mère en période périnatale. En effet, nous avons vu dans les sections 1.1 et 1.2 du chapitre 1, que cette période est souvent décrite comme une période potentiellement vulnérable, qui nécessite que la mère soit bien entourée et soutenue durant cette phase développementale. La revue de littérature nous a permis de préciser que cette vulnérabilité correspond à un état normal chez les mères qui traversent cette période. Cette vulnérabilité est même nécessaire, car, par les remaniements psychiques qu'elle provoque et les crises identitaires qu'elle éveille, elle prépare la mère à son nouveau rôle. Il est alors important de prendre en considération que, malgré leur vulnérabilité, les mères tireront leur force d'un soutien social adéquat qui les soutiendra dans l'acquisition de leur nouveau rôle et leur permettra de se libérer de certaines tâches et préoccupations afin qu'elles se concentrent sur les soins et la relation au bébé. Le bon développement de l'enfant, nous l'avons vu tout au long du chapitre 1, est en jeu. Précisons, toutefois, avec Pépin qu'un soutien adéquat est délicat à apporter, car il doit offrir une présence sécurisante et en même temps respecter le retrait naturel dans lequel se réfugie la mère (Pépin, 1991, p. 21).

Nous avons également vu dans la section 1.3 du chapitre 1, que la vulnérabilité des mères en période périnatale peut se transformer en un état de stress intense ou de détresse lorsque certains facteurs de risque sont présents, tant à des niveaux médicaux que psychosociaux. Au lieu d'aider les mères dans leur processus d'adaptation parentale, l'intensité de l'état émotionnel provoqué par ces conditions défavorables va avoir l'effet inverse. Comme nous l'avons déjà mentionné, la recherche met en évidence qu'au niveau



des dimensions psychosociales « le cumul de situations défavorables, comme la fragilité psychologique, les mauvais traitements antérieurs, l'isolement social, l'absence de soutien et d'aide, la pauvreté, vient compliquer le processus d'attachement parents-enfant en créant des tensions qui diminuent la disponibilité du parent envers l'enfant » (Valentini, Blanchard et Séguin, 1993, p. 25). Il a aussi été noté à plusieurs reprises dans le courant du premier chapitre que le soutien social pouvait avoir un effet de contrepoids sur ces conditions de vie défavorables. Ceci est vrai à tous les niveaux systémiques, c'est-à-dire autant au niveau du réseau de soutien immédiat, qu'au niveau de la conciliation famille-travail, par exemple, ou encore, au niveau des services offerts en périnatalité. Lorsque le territoire des mères est vide de relations soutenantes, nous avons également vu l'effet positif du soutien offert par les intervenantes en périnatalité (Perreault, 1998). Ainsi, l'étude du territoire des personnes de notre clientèle permet de mettre en évidence la présence de conditions de vie et de systèmes relationnels qui vont aller en faveur, ou bien à l'encontre, d'un développement des capacités parentales.

Dans nos études de cas, nous avons observé que le territoire était à la fois dépouillé et nocif. Tant chez Sonia que chez Fabienne, le territoire est vide de relations significatives soutenantes, ou presque. D'abord, toutes deux connaissent une rupture d'avec leur conjoint en début de grossesse. Pour les deux, cela se traduit par un certain soulagement, mais cela signifie également un partenaire de moins sur qui compter alors qu'elles embarquent dans l'aventure de la maternité. Toutes deux ont des relations conflictuelles et dysfonctionnelles avec leur famille, et notamment avec leur mère. Il est intéressant de remarquer que, malgré ce constat (qui est le nôtre et qu'elles ne partagent pas nécessairement), ces deux jeunes femmes se retournent vers ces relations dysfonctionnelles, alors qu'elles se sentent fragilisées par la maternité et sont dans une démarche tout à fait légitime de recherche de soutien. Elles le font certainement pour plusieurs raisons. D'abord, le dépouillement de leur territoire signifie qu'en dehors de leur famille, elles n'ont pas de réseau social capable de leur offrir un soutien tangible. Ainsi, Sonia n'a qu'une amie de confiance et Fabienne ne connaît pas d'amis autres que dans le milieu de la consommation. Nous avons vu également qu'il y avait dans ce mouvement de rapprochement vers leurs mères des motivations psychologiques profondes et un désir de réparation de leur propre relation à leur mère. Toutefois, ce rapprochement vers le milieu familial risque de provoquer, comme nous l'avons vu, de nouvelles blessures relationnelles. Enfin, leur statut économique et social, marqué par la pauvreté, leur laisse peu de marge de manœuvre pour trouver des ressources alternatives, comme nous l'avons vu dans la section consacrée à la pauvreté dans la section 1.3 du chapitre 1. Toutefois, dans le cas de Sonia et Fabienne, la maternité les a amenées à rencontrer diverses intervenantes qui leur ont apporté un soutien ponctuel.

La grille de lecture proposée par le modèle nous permet également de mieux comprendre les perceptions particulières de chacune des mères que nous rencontrons. L'analyse de la trajectoire et du territoire permet en effet d'avoir un aperçu de la subjectivité de la personne, une subjectivité qui va teinter ses perceptions. Prendre en compte cette dimension est d'autant plus nécessaire pour l'intervention auprès des mères durant cette période que leurs subjectivités peuvent diverger de celle de l'intervenant, une subjectivité également tributaire d'une trajectoire et d'un territoire. Plus l'écart entre les subjectivités est grand, plus « il y a ici la nécessité pour le professionnel de se décentrer de lui-même afin d'entendre la subjectivité de l'autre et de l'aider au moment précis où il

atteint sa limite particulière » (Fondaire et Larose, 2007, p. 98). L'écart des subjectivités peut en effet signifier que, durant l'intervention, nous soyons surpris du peu d'effet d'un événement majeur sur une personne et, à l'inverse, par l'ampleur d'une réaction face à un événement qui nous paraît plus anodin. Grâce à l'analyse des situations de Sonia et Fabienne, nous avons pu mieux saisir pourquoi une grossesse inattendue chez Fabienne s'est révélée initialement porteuse d'espoir, alors qu'une remarque un peu vive de la part d'une infirmière, sans doute davantage en réaction avec son propre territoire qu'à la jeune mère elle-même, peut complètement ébranler une personne comme Sonia. En période périnatale, les crises ne sont pas nécessairement là où on les attend. On peut s'attendre que des événements, comme la grossesse elle-même, la naissance prématurée ou non, l'allaitement, l'état de santé de l'enfant peuvent causer des déséquilibres majeurs. Mais d'autres événements extérieurs à la maternité peuvent également être vécus comme déstabilisants, par exemple, des situations financières difficiles, des situations par rapport au logement ou au transport, ou encore des situations relationnelles qui éveillent l'insécurité, la faible estime de soi ou l'abandon. Ainsi, comprendre la subjectivité de l'autre donne accès aux problématiques plus profondes de leur histoire et permet d'intervenir en conséquence.

Enfin, l'étude de la trajectoire et du territoire des mères permet également d'identifier les facteurs dont dépendra l'issue de la crise. Ceux-ci sont de deux ordres : les conditions liées à la qualité de l'environnement et les ressources personnelles de ces mères. C'est à ces deux niveaux que l'intervenant social va pouvoir intervenir. Au niveau de l'environnement, l'intervenant va pouvoir aider la personne à prendre conscience de la qualité de son territoire et d'essayer de le modifier en fonction de ses capacités et de ses besoins. Cela peut se traduire par l'encouragement à entretenir certaines relations, et à l'inverse, à diminuer l'effet d'autres plus néfastes. Cela signifie aussi aider la mère à identifier et choisir des ressources qui pourront la soutenir une fois qu'elle aura quitté l'hôpital. Cette aide peut se faire tant au niveau financier et organisationnel qu'au niveau de l'apprentissage des compétences parentales, en participant à des groupes de soutien aux parents, par exemple. De par sa trajectoire et territoire professionnels, l'intervenant social peut ainsi contribuer à modifier l'environnement social de la mère en faveur du développement de ses capacités parentales. Au niveau des ressources personnelles de la mère, l'intervenant devra déterminer les forces et les limites de celle-ci. Le modèle permet notamment d'identifier les stratégies d'adaptation qu'emploie la jeune femme, et d'intervenir en vue de les soutenir ou les améliorer. Par exemple, nous avons vu chez Sonia que ses crises d'angoisse récurrente la plongeaient dans un état de détresse émotionnelle qui inhibait ses capacités à trouver des solutions. Une intervention expliquant la normalité de ses difficultés et en même temps confirmant ses capacités avait eu pour effet de la rassurer et de l'encourager à se faire confiance et à trouver des solutions. La répétition de ce genre d'intervention a aidé Sonia à traverser la période périnatale avec un sentiment de compétence accru. Dans le cas de Fabienne, nous avons vu que cette jeune mère adoptait des mécanismes d'adaptation inadéquats, comme le déni, la réclusion ou la rechute dans la consommation, qui n'ont pas aidé au développement de ses capacités parentales. Notons également au niveau des ressources personnelles, la notion de *timing* identifiée par Fondaire et Larose qui mesure l'ouverture au changement que les personnes présentent au moment de la crise. Si la personne est dans une telle ouverture, la situation de crise sera source de croissance personnelle. À

l'inverse, quand la situation de crise fait ressurgir des stratégies d'adaptation qui se sont déjà avérées inadéquates par le passé et que la personne ne réussit pas à modifier, la crise ne sera pas significative de maturation. Dans ce cas, le but de l'intervention sera alors d'identifier avec la personne des stratégies alternatives, mais seule la personne, en fonction de sa trajectoire et de son territoire, pourra se les approprier ou non. Ainsi, selon les cas, l'issue de la crise sera un pas de plus vers la maturation de la personnalité, ou se présentera sous la forme d'une accalmie temporaire, que des événements subséquents pourront facilement ébranler. À ce sujet, il nous paraît pertinent de reproduire ici la pensée de Pépin, car ses propos illustrent bien l'impact de la trajectoire et du territoire sur l'issue de la crise en période périnatale :

Ainsi, la notion de « crise de maturation » devant survenir chez toute femme en cours de grossesse nous apparaît-elle discutable. Il serait sans doute plus réaliste de parler d'un continuum. À un pôle optimal, une réorganisation psychologique menant à une maturation spontanée survient en effet chez de nombreuses femmes saines pendant qu'elles portent leur enfant et dans la période qui suit la naissance. (...)

Pour d'autres femmes qui se situent dans un registre intermédiaire, la grossesse est un moment où resurgissent des conflits antérieurs non-résolus sous la pression de la transition vers la parentalité. C'est ici que les approches psychothérapeutiques et psychanalytiques périnatales peuvent permettre de régler certains conflits intrapsychiques et lever certains obstacles vers un niveau de fonctionnement plus satisfaisant pour la future mère. Ici la « crise » est palpable et peut, si elle est perçue à temps, mener à un réaménagement fécond tant pour la mère que pour l'enfant à venir.

Chez d'autres femmes enfin, les changements intérieurs peuvent paraître minimes. Pour celles qui mentalisent peu, qui vivent plutôt dans l'agir, dans l'impulsivité, dans la concrétude ou la délinquance, dans l'abus de drogues ou dans une économie psychique carentielle, dans une structure de personnalité précaire, vulnérable, la crise, comme nous l'avons vu, prend une toute autre tournure. Les changements seront limités et même une intervention psychothérapeutique ne saurait renverser à elle seule le poids de toute une vie de manque, de pertes, de négligence. La grossesse est pourtant une période de sensibilité accrue, de souffrance et d'aspiration à réparer pour plusieurs de ces femmes. Les objectifs de nos interventions dans ce contexte ne seront peut-être pas de faire accéder notre patiente à une « maturité » nouvelle mais plutôt de profiter de l'ouverture créée pour favoriser l'aménagement concret de ses conditions de vie, établir un réseau, une équipe de soutien pour elle et son enfant en prenant en considération les divers niveaux de besoins, des plus élémentaires aux plus élaborés. (Pépin, 1996, p. 82)

La situation de Sonia illustre la deuxième catégorie de femmes dont parle Pépin, et Fabienne la troisième.

Au terme de cette section, nous pouvons dire que l'analyse de nos études de cas selon le modèle de Fondaire et Larose permet d'identifier certaines tendances et particularités dans les trajectoires et les territoires des mères qui vivent une situation de déséquilibre majeur en période périnatale. Plus haut dans ce chapitre, nous avons présenté quatre situations-types de crise identifiées par Fondaire et Larose. Ces auteurs les ont intitulées comme suit : *bris dans la trajectoire, un territoire divisé; accident de parcours, effritement du territoire; un parcours accidenté, un territoire brûlé; un territoire de protection, un accident de parcours*. Nous proposons ici de tenter de dégager les grandes lignes d'un autre type de situation qui serait adapté à notre clientèle. La formulation de ce type de situation ne prétend pas pouvoir rendre compte de toutes les situations rencontrées aux cliniques de gynéco-obstétrique ou de néonatalogie, mais cherche plutôt à initier une tentative de théorisation de certaines des situations rencontrées selon le

modèle de Fondaire et Larose et en se basant sur le vécu des femmes que nous avons présenté. Alors, nous proposons d'intituler ce type de situation comme ceci : *une trajectoire blessée, un territoire à la fois dépouillé et nocif*. Dans le style de Fondaire et Larose, nous explicitons notre situation-type comme suit :

*Selon ce type de situation, la période périnatale est vécue avec une vulnérabilité intense qui entretient un terrain fertile à l'apparition de crise. Avant la grossesse, la trajectoire de la personne est marquée par la présence d'événements traumatisants ou de situations relationnelles difficiles depuis l'enfance. Dans les deux cas, l'enfance de la personne a été hypothéquée. Le sentiment d'insécurité généré par ces conditions de vie a amené la personne à développer des stratégies d'adaptation peu adéquates, qui se manifestent soit par une expression visible de l'anxiété, soit par un stoïcisme inapproprié. Avant la grossesse, la vie n'est pas facile et peut être déjà en situation de déséquilibre. Le territoire est marqué par l'isolement flagrant de la personne, qui ne peut compter sur l'aide rassurante de personnes significatives. Le père de l'enfant est absent, parfois d'ailleurs, selon le choix de la mère. La famille est présente, notamment la grand-mère, mais les relations sont nocives pour la fille. Même si celle-ci tente de prendre une distance par rapport à ces relations familiales dysfonctionnelles, elle n'en est pas pour autant libérée, psychologiquement parlant.*

*Puis, avec l'arrivée de la maternité, l'équilibre fragile de la mère vacille. La mère, de par sa situation, a besoin d'aide, mais est confrontée au dépouillement de son territoire. L'absence d'autres alliés nécessite qu'un retour vers la famille est inévitable et réactive les conflits non réglés du passé. La situation perturbe la mère dans l'apprentissage de son nouveau rôle. D'autres facteurs de risque vont rendre la mère particulièrement dépendante de son environnement, comme la pauvreté. De par la maternité, le territoire de ces femmes se remplit de professionnels de la santé, avec lesquels elles établissent des liens, mais souvent de courte durée en raison de la brièveté de l'intervention offerte.*

*Pendant la période périnatale, la nouveauté de cette expérience et l'imprévisibilité des événements qui peuvent survenir favorisent l'apparition de situations de crise chez ces mères. Leurs réactions dépendront de la perception qu'elles se feront de l'événement. Lorsque des événements perturbateurs se produisent, des stratégies d'adaptation inadéquates auront tendance à être utilisées. Ces stratégies d'adaptation auront pour effet d'inhiber le processus de résolution de la crise.*

*L'issue de la crise va varier selon différents facteurs, dont l'ouverture au changement de la personne. Une intervention adéquate peut aider la mère à traverser cette période et à se sentir plus compétente dans ses capacités parentales. Cependant, si la personne a vécu une trajectoire trop difficile, la maternité se rajoute à la série de crises que la personne a connues dans le passé et connaîtra probablement dans le futur.*

### **3.3.3.2. L'applicabilité du modèle en milieu hospitalier**

Dans un contexte d'organisation des services de la santé qui tend à réduire la durée des hospitalisations, nous pensons que le modèle d'intervention de crise, proposé par Fondaire et Larose, répond à ce défi qu'ont les travailleurs sociaux en milieu hospitalier de « développer davantage des modèles d'intervention où l'évaluation allie, à la fois la brièveté dans le temps et la précision dans la saisie de l'état émotif et social du

système-client, tout en permettant d'établir rapidement la relation avec lui » (APSSMSQ, 1996, p. 188). Nous avons vu que la grille de lecture proposée par ce modèle permet de percevoir les femmes qui vivent l'expérience de la maternité dans leur globalité et leur subjectivité dans un temps relativement court. Du point de vue de l'intervenant, cela permet d'identifier les problématiques plus profondes du vécu de chacune d'entre elles et d'orienter les interventions en conséquence.

Puisque l'hôpital est une des portes d'entrée du réseau des services de la santé au Québec, le travailleur social en milieu hospitalier a pour mission d'effectuer un premier contact et une première évaluation avec les mères hospitalisées et référées à leurs services par les médecins. Nous pensons que le modèle proposé peut aider à l'évaluation de la situation de ces mères et notamment à l'identification de facteurs de risque qui appellent une intervention immédiate et de prévention, comme le soutien au développement des capacités parentales, à la recherche de ressources pour le soutien organisationnel et financier, et le cas échéant au signalement aux services de la protection de la jeunesse. L'évaluation première en milieu hospitalier peut révéler aussi des problématiques plus profondes qui nécessitent un accompagnement à long terme que le travailleur social de l'hôpital ne peut pas assumer en raison de son mandat limité par l'organisation actuelle des services en périnatalité au Québec. Dans le temps qu'il lui est imparti, il pourra cependant amorcer une démarche pour conscientiser la mère sur ces problématiques. La période périnatale est remarquable en ce sens qu'elle génère souvent une ouverture chez la mère et ceci peut être favorable au travail de l'intervenant social de l'hôpital. Mais, en raison de la courte durée prévue de l'intervention, il devra, s'il le juge nécessaire, référer la patiente à d'autres professionnels du réseau de la santé qui assureront la suite du suivi. Ainsi, ce travail de liaison est un aspect essentiel de l'intervention psychosociale en milieu hospitalier et la bonne compréhension des problématiques de la mère va favoriser le choix et l'adéquation des références.

Afin que l'intervention du travailleur social initiée en milieu hospitalier prenne toute sa valeur, il importe que la réduction des séjours en milieu hospitalier s'accompagne d'une mise en œuvre prompte et efficace des services au moment du retour de la mère au domicile. Nous avons vu dans le chapitre 2 que l'organisation des services de santé actuelle confère une place centrale aux CLSC, notamment en matière de périnatalité. Les recommandations de la Fédération des CLSC sur le partage des tâches entre le milieu hospitalier et les CLSC témoignent d'une volonté de favoriser une continuité au niveau des services. Selon ce document, et c'est ce qui s'opère dans la pratique aujourd'hui, le travailleur social de l'hôpital a mandat de référer au CLSC, quand cela s'avère nécessaire, et l'équipe du CLSC a mandat de recevoir les références et d'y répondre à l'aide des services existants. Les intervenants des CLSC sont donc des partenaires de choix pour le travailleur social hospitalier. Toutefois, est-ce que ce mode de fonctionnement organisationnel répond aux besoins de la clientèle? En effet, il y a lieu de se poser la question puisque cette organisation des services signifie pour la mère un changement de lieu de service et un changement d'intervenant. Ce changement ne semble pas toujours bien perçu par les clientes elles-mêmes. En effet, selon un sondage, la majorité des femmes ont souligné l'importance que revêt pour elles la continuité des suivis et l'engagement du *même* professionnel en période pré- et postnatale (Laverdière et coll., 2008, p. 24). Dans le premier chapitre, nous avons également vu qu'il y a avait une continuité évidente entre la période prénatale et la période postnatale. Ne serait-il pas

adéquat que cette continuité se reflète au niveau des services? Si la littérature montre que des liens peuvent être faits entre l'expérience prénatale et l'expérience postnatale, la division du suivi au moment de l'accouchement, permet-il aux intervenants impliqués de remarquer ces liens et intervenir en conséquence? Une autre manière de poser la question est la suivante : est-ce que d'offrir des services qui morcellent la période périnatale répond aux besoins de la clientèle? Pépin insiste sur le fait que le suivi auprès des mères en difficulté nécessite « un travail multidisciplinaire unifié et complémentaire » qui permette de « dépasser les cloisonnements artificiels entre services médicaux, psychologiques et sociaux et renoncer à séparer arbitrairement la période prénatale de la période postnatale pour reconnaître que ces femmes et ces enfants ne vivent qu'une seule et même réalité et qu'il nous appartient de nous modeler à leurs besoins » (Pépin, 1996, p. 82). Il semble en effet que la division des services dans la période périnatale tend plus à répondre au besoin du système de la santé qu'au besoin des mères elles-mêmes (Théorêt et coll., 2007).

Si la division des services n'est pas idéale pour les mères qui rentrent à la maison, des délais dans le transfert de dossier peuvent être encore plus préjudiciables pour la mère. Nous l'avons vu dans les études de cas, ceci peut avoir un effet néfaste sur la mère, étant donné le caractère critique de la période qui suit le retour à la maison. Le chapitre 1 de ce travail a mis en évidence la fragilité particulière de cette période. Pour les mères qui se trouvent dans une situation particulièrement fragilisante, le milieu hospitalier peut offrir un cadre sécurisant, notamment par la présence des professionnels de la santé qui sont présents à tous moments pour répondre aux questions ou aux urgences. Le retour à la maison peut signifier un retour à l'isolement qui peut éveiller des sentiments d'abandon. Avec Sonia, notamment, nous avons vu l'effet de l'attente sur son niveau d'anxiété. Une fois de retour à la maison, elle s'est d'ailleurs retournée vers nous, pour que nous l'aidions dans ses besoins psychosociaux immédiats. Certes, l'infirmière en périnatalité du CLSC avait initié son suivi auprès de Sonia. Même si sa présence s'avérait soutenante pour Sonia, cette infirmière ne pouvait pas accomplir les tâches des travailleurs sociaux. Elle-même s'impatientait de la lenteur des services de son équipe, car, elle était en première ligne et savait, par sa présence régulière auprès de Sonia, la nécessité d'un suivi psychosocial auprès de cette mère. Nous pensons qu'à la base, le manque de ressources humaines et financières ne permettait pas à ce CLSC de pouvoir répondre à temps à toutes les demandes de service et donc d'assurer cette continuité dont nous parlons.

Il est intéressant de noter, face à la réduction des durées des hospitalisations suivant l'accouchement, que certains représentants des professions médicales ont exprimé leur inquiétude quant au manque de suivi médical auprès des mères qui viennent d'accoucher et leur nourrisson (FCLSC, 1995). Conséquemment, après la naissance, des services téléphoniques et à domicile se sont organisés au niveau des CLSC pour offrir une présence médicale dans les 3 à 7 jours suivants la naissance et vérifier l'état de santé des mères et des bébés. Si une telle efficacité peut se faire au niveau médical, pourquoi ne se fait-elle pas au niveau du suivi psychosocial? Il semble, malgré les efforts des dernières politiques de périnatalité pour prendre en considération les dimensions psychosociales de la périnatalité, que le médical est plus rigoureusement présent dans la pratique et que le psychosocial semble toujours bénéficier d'une priorité secondaire dans les intentions et les budgets des services publics.

Un travail sur l'amélioration de la collaboration entre les dispensateurs de service est donc nécessaire. Nous l'avons vu, le travailleur social en milieu hospitalier est un

maillon de la chaîne de service en périnatalité. Sa position à l'hôpital, lieu où les mères se confrontent parfois pour la première fois au réseau de la santé publique, lui confère une place de choix pour établir un lien de confiance avec elles, leur offrir du soutien et connaître leur situation particulière, notamment grâce au modèle d'analyse que nous avons proposé. Pour que les besoins de la clientèle soient entendus, les services hospitaliers et posthospitaliers doivent pouvoir s'imbriquer harmonieusement. Cela est possible puisque nous l'avons vu se pratiquer avec le projet *Main dans la Main*, dont nous avons parlé dans la section 2.3.3 du Chapitre 2. Dans ce projet, les travailleurs sociaux de l'hôpital et les intervenants de la DPJ se rencontrent *avant* la fin du mandat des premiers. Cela permet un meilleur transfert des données acquises par ceux-ci et cela permet également à la clientèle de se familiariser avec les nouveaux intervenants, dans un cadre sécuritaire, c'est-à-dire en présence d'une intervenante qu'elle connaît déjà. Ne pourrions-nous pas penser à une façon de faire similaire avec les CLSC? Voilà ce que nous imaginons : lorsque nous évaluons la situation d'une mère et que nous jugeons qu'elle a besoin d'un suivi en CLSC, nous envoyons d'abord une demande de service inter-établissement, comme cela se fait déjà. Puis, lorsque l'intervenante du CLSC reçoit la demande, elle nous contacte afin que nous puissions effectuer une discussion de cas. Lors de cette discussion, nous partageons ce que nous avons perçu de la situation de la mère, selon notamment, le modèle d'intervention de crise de Fondaire et Larose. Puis, nous organisons une rencontre entre la nouvelle intervenante, la mère et nous-même, idéalement avant son congé de l'hôpital, sinon dans la semaine qui suit le retour à la maison de la mère. Dans ce cas, la rencontre peut se faire à son domicile. Après cette rencontre, notre mandat prend fin et notre intervention initiale ne reste pas isolée. La nouvelle intervenante poursuivra le suivi sans délai et dans un esprit de continuité.

Pour terminer ce chapitre, relevons ce que Benedek, une auteur dont nous avons parlé dans le premier chapitre, mentionnait à propos du processus d'adaptation parentale : « *the parent cannot help but deal with his own conflict unconsciously, while consciously he tries to help the child achieve his developmental goal* » (Benedek, 1959, p. 405). Ce que cela signifie au niveau de la pratique, aujourd'hui, c'est que l'identification de problématiques plus profondément ancrées chez les mères en période périnatale n'empêche en aucun cas d'intervenir à un niveau plus immédiat d'apprentissage des compétences parentales. Ainsi, une organisation des services qui favoriserait davantage la continuité des suivis et la collaboration entre les professionnels permettrait d'assurer une intervention qui adresse les deux niveaux identifiés par Benedek, c'est-à-dire une intervention qui viserait à l'acquisition consciente des compétences parentales et à la fois qui se pencherait sur les problématiques profondes, et ce, dès l'intervention en milieu hospitalier. Une telle collaboration interprofessionnelle au niveau de l'intervention permettrait davantage de répondre aux objectifs de prévention énoncés par les deux dernières politiques de périnatalité, et, au niveau des personnes aidées, de permettre, comme le souligne Mercer, que le fait d'être parent ne se résume pas à accomplir un rôle, mais que cette réalité s'intègre au plus profond de la personnalité et devienne une identité à part entière (Mercer, 2004).

## **CONCLUSION**





Intervenir en relation d'aide est culturellement et socialement déterminé. L'un des objectifs de ce rapport d'analyse de pratique était d'identifier les paramètres culturels et sociaux qui caractérisent, de nos jours, au Québec, l'intervention périnatale des travailleurs sociaux en milieu hospitalier. Un de ces paramètres est la connaissance. Le premier chapitre de ce présent rapport a permis de décrire les principaux enjeux psychosociaux liés à la période périnatale mis en évidence par la littérature scientifique sur le sujet. Nous l'avons vu, la connaissance en la matière se trouve à la croisée des chemins de plusieurs disciplines : la psychanalyse, la psychologie et les sciences sociales, chacune apportant une vision et une compréhension particulières au vécu des mères et des enfants pendant cette période. L'ensemble des apports de ces disciplines nous permet d'entrevoir la complexité de l'expérience périnatale, car cette expérience est, elle-même, à la croisée des chemins de vie de plusieurs êtres humains et de plusieurs systèmes sociaux. À l'aide de nos études de cas, nous avons pu voir, en utilisant la grille de lecture du modèle d'intervention de crise proposé par Fondaire et Larose, à quel point l'expérience des mères est tributaire de la qualité de leur trajectoire de vie et des caractéristiques de leur territoire relationnel et systémique. Plusieurs dimensions vont influencer le vécu des mères pendant la période périnatale : leurs ressources personnelles, comme leur personnalité, leurs stratégies d'adaptation et leur ouverture au changement, mais aussi leur histoire personnelle, leurs habitudes de vie, les conditions psychosociales dans lesquelles elles enfantent, la qualité de leur réseau social, leur état de santé physique et mental ainsi que celui de leur enfant. Ces dimensions feront que, malgré le caractère universel de la maternité, chaque situation reste singulière. L'issue de l'expérience périnatale sera elle aussi unique pour chaque mère. Le potentiel de vulnérabilité et, à la fois, de croissance qui caractérise cette période fait de l'expérience périnatale une phase développementale à part entière de l'être humain, tout comme l'adolescence. Cependant, nous avons vu que si pour un certain nombre de mères, l'expérience de la maternité sera synonyme de maturation, pour d'autres, elle ne fera que raviver la dureté de leur trajectoire et la faiblesse de leur territoire. Du côté de l'enfant, la littérature montre que la période périnatale est fondamentale à son développement à court et long termes. Tant le fœtus que le nouveau-né sont tributaires de la qualité de la relation primaire à la mère et de l'environnement qui les accueille. Intervenir auprès de la mère pour la soutenir dans son processus d'adaptation parentale, c'est donc intervenir sur l'environnement de l'enfant. En d'autres termes, c'est intervenir de manière préventive.

Un deuxième paramètre particulier à notre époque et à notre type de société est l'implication de l'État dans le domaine de la périnatalité. L'intervention en la matière est donc, elle aussi, à la croisée des chemins entre la sphère publique et la sphère privée. Elle se situe à la jonction entre les besoins des familles et l'offre des services déterminée par les pouvoirs publics. Or, nous l'avons vu, les logiques de ses deux sphères ne sont pas nécessairement compatibles. À travers le temps, les priorités publiques en matière de périnatalité ont évolué vers une appréciation plus globale, c'est-à-dire moins exclusivement médicale, de l'expérience périnatale. Depuis une vingtaine d'années au Québec, en plus de vouloir continuer à réduire les taux de mortalité et de morbidité infantile, les pouvoirs publics portent une attention particulière aux dimensions sociales favorisant la santé des mères et des nouveaux-nés. Cependant, le manque de ressources humaines et financières allouées pour développer des services plus adaptés à la clientèle nous laisse croire qu'il y a encore du chemin à parcourir pour que, dans un contexte de

rationalisation des dépenses liées au système de santé, les dimensions sociales ne soient pas reléguées au deuxième plan des priorités politiques.

Par ailleurs, nous avons vu que l'organisation récente des services de la santé et des services sociaux donne une couleur particulière à la pratique des travailleurs sociaux des hôpitaux en périnatalité aujourd'hui. Cette pratique se trouve en effet à la croisée des chemins de deux domaines d'intervention que sont l'intervention en milieu hospitalier et l'intervention auprès d'une clientèle périnatale. Depuis une quinzaine d'années, la pratique en milieu hospitalier, toute spécialité confondue, s'est vue affectée par la réduction de la durée des hospitalisations. C'est ce qu'on appelle communément le virage ambulatoire. L'impact pour les travailleurs sociaux en milieu hospitalier est la réduction du temps qu'il leur est imparti pour accomplir leurs fonctions. Dans ce contexte, certaines de ces fonctions s'hypertrophient, comme l'intervention de crise et la planification des sorties, alors que d'autres, comme le *counselling* ou la défense des droits, battent de l'aile, faute de temps pour les mettre en pratique. Pour sa part, le champ de la périnatalité a évolué pour donner une place prépondérante aux CLSC en matière de services pré-, per- et postnatals. Cette évolution répond à la volonté des pouvoirs publics de rapprocher les services de santé et de services sociaux près des milieux de vie de la population. En conséquence, alors que le centre hospitalier jouait un rôle central en matière de services de santé dans les années '70 et '80, cette institution s'oriente davantage aujourd'hui vers la dispensation de services spécialisés et surspécialisés. En d'autres termes, le centre hospitalier s'inscrit dans un réseau de services dont il n'est plus le centre. Il peut toutefois servir de porte d'entrée au réseau de la santé, comme en périnatalité notamment. Mais une fois son mandat terminé, les patients sont redirigés vers des ressources en dehors des murs de l'hôpital. Ainsi, le travailleur social en milieu hospitalier est un maillon de la chaîne des services offerts dans l'ensemble du réseau de la santé publique. Une de ses tâches auprès de la clientèle sera donc d'orienter ceux qui en ont besoin vers les ressources appropriées. Pour que la position du travailleur social en milieu hospitalier prenne toute son ampleur, davantage de concertation avec les divers dispensateurs de services, dont les CLSC, est nécessaire. Nous avons vu que sur cet aspect, il y a matière à l'amélioration.

Enfin, un dernier paramètre est le choix d'un modèle théorique qui encadre l'intervention auprès des mères en période périnatale. Ce choix est certainement culturellement et socialement déterminé. Rappelons les questions que nous posions dans l'introduction de ce rapport : *Lorsque nous intervenons auprès de femmes enceintes ou qui viennent d'accoucher, que cherchons-nous à faire et pourquoi? Quelles visions du monde et de l'être humain teintent nos interventions auprès de cette clientèle? Que nous suggèrent les derniers développements des connaissances en matière de périnatalité? Quels sont les impacts de nos interventions auprès d'une femme devenue mère et sur le développement de son enfant à court, moyen et long termes?* Aujourd'hui, comme la dernière politique de périnatalité 2008-2018 le souligne, le paradigme actuel de l'intervention en périnatalité s'appuie sur la théorie de l'attachement, l'approche systémique et l'*empowerment* des parents. En d'autres termes, ce paradigme met l'emphase sur le caractère déterminant de la relation parent-enfant sur le développement futur de l'enfant, sur l'importance de l'environnement social et relationnel des parents sur la qualité de cette relation et sur la confiance que les parents ont en leurs compétences et de leur capacité à assumer leur responsabilité parentale. Soutenir le parent dans son

processus d'adaptation parentale s'est donc tenter de rendre ce parent le plus disponible possible à son enfant, tant au niveau psychologique que social. Si le rôle du travailleur social en milieu hospitalier est d'évaluer cette disponibilité et d'agir afin de la favoriser, nous avons alors défendu, dans ce travail, l'usage d'un modèle qui permet de regarder à divers niveaux ce qui peut promouvoir, ou au contraire, restreindre cette disponibilité. L'un des points forts du modèle de Fondaire et Larose est d'offrir une grille de lecture qui permette de percevoir la personne aidée dans sa globalité, c'est-à-dire avec ce qu'elle retient de sa trajectoire et avec ce qu'elle retire de son territoire au moment d'enfanter. La rencontre entre l'intervenante et cette personne se situe, elle aussi, à une croisée de chemins : celle de deux territoires et de deux trajectoires. Le succès de cette rencontre de trajectoires et de territoires dépendra de la capacité de la première à accueillir la subjectivité de la seconde ainsi que de l'ouverture au changement de celle-ci.

Au terme de ce rapport, nous aimerions dégager brièvement les implications de cet état des lieux en matière d'intervention périnatale au niveau de la pratique et de la recherche. Au niveau de la pratique, il nous semblerait pertinent de faire la promotion du modèle de Fondaire et Larose auprès des travailleurs sociaux en milieu hospitalier spécialisés en périnatalité, et ce, pour deux raisons principales. D'une part, issu de la pratique en centre de crise, ce modèle paraît particulièrement approprié pour l'intervention de courte durée. Il s'avère donc être un outil adapté à la réalité de la pratique en milieu hospitalier. D'autre part, la grille de lecture qu'il offre permet une évaluation globale de la situation des mères que les intervenants sociaux sont amenés à rencontrer. Cette évaluation permet de mieux saisir les problématiques sous-jacentes aux situations de crise, en lien avec le passé et le présent, et d'intervenir plus justement. Par ailleurs, nous avons déjà souligné que la réduction de la durée de l'intervention en milieu hospitalier nécessite une collaboration étroite avec les autres dispensateurs de services du réseau. Une autre implication pour la pratique serait donc la nécessité de continuer à développer des protocoles de concertations interprofessionnels et interétablissements, afin de pouvoir répondre aux besoins de la clientèle plus adéquatement et systématiquement. Enfin, au niveau de la pratique, nous voyons la nécessité que les travailleurs sociaux s'impliquent à promouvoir la création de nouveaux services et de nouvelles ressources pour la clientèle. Par exemple, notre pratique de stage nous a révélé le besoin de créer une ressource facilitant le transport de l'hôpital vers le domicile, et vice versa. Cette ressource s'adresserait particulièrement aux mères vivant des difficultés organisationnelles majeures et devant venir régulièrement à l'hôpital pour le suivi médical de l'enfant. Également, pour les femmes qui ont de la difficulté à se déplacer, en raison de leur grossesse, par exemple, et qui souffrent d'isolement, davantage de services à domicile pourraient être offerts (livraison de repas, d'épicerie, aide pour la fratrie, etc.). Enfin, les travailleurs sociaux pourraient faire valoir leur rôle de défenseur de droit (*advocacy*) en effectuant des démarches auprès des pouvoirs publics afin de favoriser l'amélioration des revenus durant cette période critique qu'est la période périnatale. L'objectif serait de permettre à certaines femmes se retrouvant dans une situation de pauvreté ou de précarité de sortir d'un mode de survie préjudiciable à son adaptation parentale.

Au niveau de la recherche, nous envisageons plusieurs pistes. D'abord, il est toujours nécessaire d'en savoir davantage sur les besoins des mères en période périnatale. La recherche pourrait notamment s'intéresser à l'adaptation des mères au changement

d'intervenants sociaux lors de la période périnatale. Une recherche à ce sujet pourrait nous éclairer sur les préférences des mères à ce sujet et, si le changement d'intervenant est inévitable, sur les manières qui pourraient être implantées pour que le transfert soit plus acceptable. Ensuite, nous pensons que d'autres recherches sont nécessaires afin d'évaluer l'efficacité des partenariats pour la référence de services en périnatalité, notamment entre les hôpitaux et les CLSC. Une recherche pourrait évaluer les temps d'attente dans les transferts de services et l'impact de ces situations sur la clientèle. Enfin, la recherche pourrait continuer à se pencher sur les modalités du travail en équipe interdisciplinaire, sa mise en œuvre et son efficacité. En effet, un des thèmes récurrents apparus dans ce travail concernant la pratique est bien la question de la collaboration au sein des équipes interdisciplinaires. Le travail en silo ne devrait plus être la façon de faire. De la qualité de la collaboration dépend d'ailleurs le rayonnement de chaque profession impliquée. Ceci, nous l'avons vu, concerne particulièrement le travailleur social qui exerce en milieu hospitalier.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abell, T. D., Baker, L. C., & Ramsey, C. N. (1991). The effects of family functioning on infant birth weight. *Journal of Family Practice*, 32, 37-44.
- Adams, D., & Kocik, S. (1997). Perinatal social work with childbearing adolescents. *Social Work in Health Care*, 24(3), 85-97.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale (NJ): Erlbaum.
- Aite, L., Trucchi, A., Nahom, A., Zaccara, A., Casaccia, G., & Bagolan, P. (2003). A challenging intervention with maternal anxiety; babies requiring surgical correction of a congenital anomaly after missed prenatal diagnosis. *Infant Mental Health Journal*, 24(6), 571-579.
- Akincigil, A., Munch, S., & Niemczyk, K. (2010). Predictors of maternal depression in the first year postpartum: marital status and mediating role of relationship quality. *Social Work in Health Care*, 49(3), 227-244.
- Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec (APSSMSQ) (1996). Le virage ambulatoire et le service social en milieu de santé. Réflexions et propositions. *Service social*, 45(3), 175-191.
- Bachman, D., & Lind, R. (1997a). Perinatal social work and the high risk obstetrics patient. *Social Work in Health Care*, 24(3), 3-19.
- Bachman, D., & Lind, R. (1997b). Perinatal social work and the family of the newborn intensive care infant. *Social Work in Health Care*, 24(3), 21-37.
- Baillargeon, D. (2004). *Un Québec en mal d'enfants. La médicalisation de la maternité, 1910-1970*. Montréal: Les Éditions du remue-ménage.
- Barratt, M., Roach, M., Morgan, K., & Colbert, K. (1996). Adjustment to motherhood by single adolescents. *Family Relations*, 45(2), 209-215.
- Bartlett, H. (1961). *Social Work Practice in the Health Field*. New York: National Association of Social Workers.
- Bayle, B. (2005). *L'enfant à naître. Identité conceptionnelle et gestation psychique*. Ramonville Saint-Agne, France: Érès.
- Beaulieu, M.-A., Desrosiers-Lampe, M., Dorval, S., & Valade, D. (2007). Le service social : rétrospective et évolution. In C. Roy (Ed.), *La petite histoire de Sainte-Justine, 1907-2007*. (pp. 344-347). Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.

- Bédard, J. (1998). *Familles en détresse sociale : repères d'action*. Sillery, Québec: A. Sigier.
- Béland, N. (1996). Les soins périnatals, c'est aussi une histoire de famille. *Le médecin du Québec*, 31(10), 33-37.
- Béliveau, G., & Hébert, L. (1996). Les modèles de rattachement du service social en milieu hospitalier. Des faits, des enjeux et des défis. *Service social*, 45(3), 9-30.
- Bell, L., Goulet, C., St-Cyr Tribble, D., & Paul, D. (2004). Établissement du lien mère-enfant et père-enfant à la période périnatale. *Perspective infirmière*(Juillet/Août), 12-22.
- Ben Amor, L., Grizenko, N., Schwartz, G., Lageix, P., Baron, C., Ter-Stepanian, M., et al. (2005). Perinatal complications in children with attention-deficit hyperactivity disorder and their unaffected siblings. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 30(2), 120-126.
- Ben-Daniel, N., Rokach, R., Filtzer, L., & Feldman, R. (2007). When two are a family: looking backward and looking forward in a group intervention with single-by-choice mothers. *Journal of Family Therapy*, 29, 249-266.
- Benedek, T. (1959). Parenthood as a developmental phase. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 389-417.
- Bennedsen, B. E., Moetensen, P. B., Olesen, A. V., & Henriksen, T. B. (1999). Preterm birth and intra-uterine growth retardation among children of women with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 175(septembre), 239-245.
- Bergner, S., Monk, C., & Werner, E. (2008). Dyadic intervention during pregnancy? Treating pregnant women and possibly reaching the future baby. *Infant Mental Health Journal*, 29(5), 399-419.
- Berthiaume, J.-F. (2008). De quelques enjeux et défis structurels pour la pratique du travail social en milieu hospitalier. *Intervention*(128), 6-14.
- Berthiaume, J.-F. (2009). Origines et construction du travail social médical en milieu hospitalier. *Intervention*(131), 89-97.
- Blouin, H. (1994). Le réintégration des services sociaux hospitaliers : vers de nouvelles initiatives. *Intervention*(98), 26-31.
- Bourassa, J. (1991). Dépister et traiter en première ligne les troubles précoces d'attachement. *PRISME*, 2(1), 7-12.
- Bribing, G. (1959). Some considerations of the psychological process in pregnancy. *Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-119.
- Britton, H. (1998). Perinatal screening for child abuse and neglect. *Clinics in Perinatology*,

25(2), 453-460.

- Britton, H., Gronwaldt, V., & Britton, J. (2001). Maternal postpartum behaviors and mother-infant relationship during the first year of life. *The Journal of Pediatrics*, 138(6), 905-909.
- Brown, M. A. (1986). Social support, stress, and health : a comparison of expectant mothers and fathers. *Nursing Research*, 35(2), 72-76.
- Bywaters, P. (1986). Social work and the medical profession -- arguments against unconditional collaboration. *British Journal of Social Work*, 16, 661-677.
- Cassoni, D., David, H., Saucier, J.-F., Lussier, V., Clermont, R., Perusse, D., et al. (1991). L'adaptation psychologique à la grossesse : observations cliniques. *PRISME*, 2(1), 103-111.
- Centre Premier Berceau (2008). *Mieux vaut prévenir... pour naître et vivre en santé. Guide et vidéo sur sept pratiques cliniques préventives en cours de grossesse pour les professionnels et intervenants en périnatalité*. Montréal: Centre Premier Berceau, Autonomie Jeunes Familles & Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).
- Chicoine, J. F., & Collard, N. (2006). *Le bébé et l'eau du bain. Comment la garderie change la vie de vos enfants*. Montréal: Québec Amérique.
- CHU Sainte-Justine. Retrieved 3 octobre 2010, dans [http://www.chu-sainte-justine.org/documents/general/pdf/interblocsspec\\_9.pdf](http://www.chu-sainte-justine.org/documents/general/pdf/interblocsspec_9.pdf)
- CHU Sainte-Justine (2002). *Plan stratégique 2002-2007*.
- Clements, M., & Barnett, D. (2002). Parenting and attachment among toddlers with congenital anomalies: examining the strange situation and attachment Q-sort. *Infant Mental Health Journal*, 23(6), 625-642.
- Cleveland, L. (2008). Parenting in the neonatal intensive care unit. *JOGNN*, 37(6), 666-691.
- Code des Professions du Québec. Art. 37, d. Dans [http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C\\_26/C26.htm&PHPSESSID=36617b2f4fa6d2928dd8ec6f1def1284](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/C_26/C26.htm&PHPSESSID=36617b2f4fa6d2928dd8ec6f1def1284)
- Cook, C. (1997). The role of the social worker in perinatal substance-abuse. *Social Work in Health Care*, 24(3), 65-83.
- Copeland, D., & Harbaugh, B. (2010). Psychological differences related to parenting infants among single and married mothers. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 33, 129-148.



- Couillard, M.-A., & Côté, G. (2000). *Le virage ambulatoire et l'économie sociale à Québec, l'exemple de l'entraide après l'accouchement*. Québec: Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.
- Davies, L., & Rains, P. (1995). Single mothers by choice? *Families in Society*, 76(9), 543-550.
- Département de service social du CHU Sainte-Justine (En attente de publication). Dépliant: CHU Sainte-Justine.
- des Rivières, M. (2007). Les premiers 50 ans de l'Hôpital Sainte-Justine. In C. Roy (Ed.), *La petite histoire de Sainte-Justine, 1907-2007* (pp. 21-41). Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Eco-Santé Québec (2010). Dans <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=QUEB&langh=FRA&langs=FRA&sessionid=>
- Encyclopedia Universalis. Dans <http://www.universalis.fr>
- Eriksson, B., & Pehrsson, G. (2005). Emotional reactions of parents after the birth of an infant with extremely low birth weight. *Journal of Child Health Care*, 9, 122-136.
- Fédération des CLSC (FCLSC) (1996). *Virage ambulatoire -- Le réseau des CLSC... partie prenante dans la transformation du système de santé et de services sociaux dans le virage ambulatoire. La périnatalité* (Vol. 6). Montreal: Fédération des CLSC.
- Georgsson Öhman, S., Grunewald, C., & Waldenström, U. (2003). Women's worries during pregnancy : testing the Cambridge Woory Scale on 200 Swedish women. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 148-152.
- Geva, R., Eshel, R., Leitner, Y., Fattal-Valevski, A., & Harel, S. (2005). Prenatal diagnosis and management of intrauterine growth restriction: a long-term prospective study on outcome and maternal stress. *Infant Mental Health Journal*, 26(5), 481-497.
- Gjerdingen, D., & Center, B. (2005). First-time parents' postpartum changes in employment, childcare, and housework responsibilities. *Social Science Research*, 34, 103-116.
- Goulet, J. (2000). L'infirmière en périnatalité : un agent de changement. *L'infirmière du Québec*, 8(1), 36-38.
- Guillemette, A., & Leclerc, B.-S. (2008). *Naître égaux et en santé? Effets des inégalités sociales sur la fécondité et la santé périnatale*. Joliette, Québec: Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.
- Gupton, A., & McKay, M. (1995). The Canadian perspective on post-partum home care. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*(February), 73-179.

- Haesevoets, Y.-H. (2000). *L'enfant en questions. De la parole à l'épreuve du doute dans les allégations d'abus sexuel*. Bruxelles: De Boeck & Larcier.
- Haglund, L., & Britton, J. (1998). The perinatal assessment of psychosocial risk. *Clinics in Perinatology*, 25(2), 417-452.
- Hanna, B. (2001). Adolescent parenthood: a costly mistake or a search for love? *Reproductive Health Matters*, 9(17), 101-107.
- Keating-Lefler, R., Hudson, D., Campbell-Grossman, C., Fleck, M. O., & Westfall, J. (2004). Needs, concerns, and social support of single, low-income mothers. *Issues in Mental Health Nursing*, 25, 381-401.
- Keren, M., Feldman, R., Eidelman, A., Sirota, L., & Lester, B. (2003). Clinical interview for high-risk parents of premature infants (CLIP) as a predictor of early disruptions in the mother-infant relationship at the nursery. *Infant Mental Health Journal*, 24(2), 93-110.
- Larose, S., & Fondaire, M. (2007). *Détresse psychologique en situation de crise*. Outremont: Les Éditions Quebecor.
- Laverdière, F., Anctil, H., Renaud, M., Bureau, M., & Auger, J. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018 : un projet porteur de vie*. Québec: Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire.
- Lechman, C. (2009). A History of the Montreal General Hospital Social Service Department. *Intervention*(131), 79-88.
- Lechman, C., & Duder, S. (2009). Hospital length of stay: social work services as an important factor. *Social Work in Health Care*, 48, 495-504.
- Lederman, R. P. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy : assessment of seven dimensions of maternal development* (2 ed.). New York: Springer Pub. Co.
- Leichtentritt, R., Blumental, N., Elyassi, A., & Rotmensch, S. (2005). High-risk pregnancy and hospitalization : the women's voices. *Health & Social Work*, 30(1), 39-47.
- Lobel, M., Cannella, D., DeVincent, C., Schneider, J., Graham, J., & Meyer, B. (2008). Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors and birth outcomes. *Health Psychology*, 27(5), 604-615.
- Martin, C., & Boyer, G. (2000). *Naître égaux - grandir en santé : un programme intégré de promotion de la santé et de prévention en périnatalité*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la santé publique.
- Mayer, R. (2002). *Évolution des pratiques en service social*. Boucherville: Gaëtan Morin.

- Meloche, M. (1985). Le rôle du service social dans les milieux de santé. In M. Edmond, J. Lindsay & C. Perrault (Eds.), *Le travail social et la santé au Québec*. Brossard: Éditions Behaviora Inc.
- Mercer, R. T. (1985). The process of role attainment over the first year. *Nursing Research*, 34(4), 198-204.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. Statistiques, Accouchements et naissances Retrieved 10 décembre 2010, dans <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/statisti/accounais.nsf/0386ecdd6f2a3ee885256de4004ddb50/0ac082842d1d0afd852567b400533460?OpenDocument>
- Ministère des Affaires sociales (Québec) (1973). *La périnatalité: une politique du Ministère des affaires sociales du Québec*.
- Morissette, P., & Venne, M. (Eds.). (2009). *Parentalité, alcool et drogues. Un défi multidisciplinaire*. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Nesto, B. (1994). Low-income single mothers: myths and realities. *Affilia*, 9(3), 232-246.
- Olshtain-Mann, O., & Auslander, G. (2008). Parents of preterm infants two months after discharge from the hospital: are they still at (parental) risk? *Health & Social Work*, 33(4), 299-308.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux du Québec (1999). *Guide pour la pratique professionnelle des travailleurs sociaux exerçant en milieu hospitalier*.
- Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Dans <http://www.optsq.org/fr/index.cfm?month=10-28-2010&suiv=10-01-2010>
- Organisation mondiale de la santé (2007). Rapport sur la santé dans le monde 2007 - Un avenir plus sûr : la sécurité sanitaire mondiale au XXI e siècle.
- Palacio-Quintin, E. (2000). Les services de garde et le développement de l'enfant. *Isuma. Revue canadienne de recherche sur les politiques*, 1(2), 25-30.
- Pépin, J.-P. (1991). Les enjeux psycho-affectifs de la grossesse. *PRISME*, 2(1), 14-23.
- Pépin, J.-P. (1996). Limites de l'intervention psychologique périnatale. *PRISME*, 6(1), 72-84.
- Perreault, M., Trempe-Masson, C., Gastaldo, D., Boyer, G., & Colin, C. (1998). Le soutien social de l'intervenante tel que perçu par les participantes d'un programme de prévention en périnatalité en milieu d'extrême pauvreté. *Santé mentale au Québec*, 23(1), 163-186.

- Poirier, M. (2007). La crise dans tous ses états. In S. Larose & M. Fondaire (Eds.), *Détresse psychologique en situation de crise* (pp. 19-49). Outremont: Les Éditions Québecor.
- Preyde, M. (2007). Mothers of very preterm infants. *Social Work in Health Care*, 44(4), 65-83.
- Régime québécois d'assurance parentale (RQAP). Dans <http://www.rqap.gouv.qc.ca/>
- Renaud, M., & Bouchard, L. (1994). Expliquer l'inexpliqué : l'environnement social comme facteur clé de la santé. *Interface. Revue de recherche.*, 15(2), mars-avril.
- Rocheleau, L., Séguin, L., Cournoyer, M., & Chamberland, C. (1989). *Vivre avec un nourrisson: avis sur la prévention en période post-natale présenté à Paul Lamarche*. [Québec]: Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, en collaboration avec l'Association des hôpitaux du Québec.
- Secco, M., Profit, S., Kennedy, E., Walsh, A., Letourneau, N., & Stewart, M. (2007). Factors affecting postpartum depressive symptoms of adolescent mothers. *JOGNN*, 36, 47-54.
- Sednaoui Mirza, M., Krymko-Bleton, H., & Lortie, G. (1991). Les aspects psychologiques de l'accouchement prématuré. *PRISME*, 2(1), 36-46.
- Séguin, M., Brunet, A., & LeBlanc, L. (Eds.). (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal: Gaëtan Morin.
- Shorten, A. (1995). Obstetric early discharge versus traditional hospital stay. *Australian Health Review*, 18(2), 19-39.
- Solter, A. (2007). A case study of traumatic stress disorder in a 5-month-old infant following surgery. *Infant Mental Health Journal*, 28(1), 76-96.
- Sulman, J., Savage, D., & Way, S. (2002). Retooling social work practice for high volume short stay. *Social Work in Health Care*, 34(3/4), 315-332.
- Sun, A.-P. (2004). Principles for practice with substance-abusing pregnant women: a framework based on the five social work intervention roles. *Social Work*, 49(3), 383-394.
- Théorêt, B., Bégin, P., Laverdière, F., & Renaud, M. (2007). *Bilan de la politique de périnatalité de 1993: document de soutien au renouvellement de la politique de périnatalité*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Valentini, H., Blanchard, P.-W., & Séguin, M. (1993). *Politique de périnatalité*.
- Van Gijsegem, H. (1992). *L'enfant mis à nu. L'allégation d'abus sexuel: la recherche de vérité*. Montréal: Éditions du Méridien.
- Venne, M., & Morissette, P. (2009). Ce difficile passage de toxicomane à mère: quelques

- éléments de compréhension. In P. Morissette & M. Venne (Eds.), *Parentalité. alcool et drogues: un défi multidisciplinaire*. Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.
- Wijnberg, M., & Weinger, S. (1998). When dreams wither and resources fail: the social-support systems of poor single mothers. *Families in Society*, 79(2), 212-219.
- Wilson, L., Reid, A., Midmer, D., Biringer, A., Carroll, J., & Stewart, D. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *Canadian Medical Association Journal*, 154(6), 785-799.
- Winnicott, D. W. (1969). La préoccupation maternelle primaire *De la pédiatrie à la psychanalyse* (pp. 168-174). Paris: Payot.