



Travailler sur les articulations interprofessionnelles en périnatalité : un objectif obstétrical

Rev Med Suisse 2009; 5: 2102-4

M. Epiney
Y. Vial

Dr Manuella Epiney
Service d'obstétrique
Département de gynécologie-
obstétrique
HUG, 1211 Genève 14
manuella.epiney@hcuge.ch

Dr Yvan Vial
Service d'obstétrique
Département de gynécologie-
obstétrique
CHUV, 1011 Lausanne
yvan.vial@chuv.ch

Interprofessional collaboration in perinatality: an obstetrical goal

In the field of perinatality, development of prenatal diagnosis and neonatal management have been impressive. But these were also associated with the emergence of the increasingly important emotional dimension for parents and professionals.

Obstetricians dealing with the difficult breaking of bad news, the uncertainties of prenatal diagnosis and the complex somatic, psychological and social follow-up have to work in a multidisciplinary approach. The securing role of a coherent teamwork is recognised by parents as well as health care providers. This article discusses interprofessional relationship as an obstetrical goal and give some landmarks in order to improve the management and the collaboration with parents.

En périnatalité, les développements dans le domaine du diagnostic prénatal comme dans celui de la prise en charge des nouveau-nés ont été considérables. Ils se sont accompagnés de l'émergence d'une dimension émotionnelle parfois violente, tant pour les parents que pour les professionnels. L'obstétricien confronté aux annonces difficiles, aux incertitudes de diagnostic prénatal et au suivi complexe des grossesses à risque somatique, psychique et/ou social se doit de travailler en pluridisciplinarité. Le rôle sécurisant et structurant d'un réseau professionnel cohérent est reconnu autant par les parents que par les soignants.

Cet article développe le travail sur les articulations interprofessionnelles comme objectif obstétrical et apporte des repères sur les modalités de prise en charge pour mieux travailler ensemble avec les familles.

INTRODUCTION

En périnatalité, l'accompagnement médical mobilise de multiples professionnels du champ médical somatique, psychiatrique et social se succédant aux différents temps de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance. Les effets négatifs de pratiques médicales ou sociales non coordonnées, sur les liens familiaux, sont maintenant reconnus. Les volets somatiques, psychiques et sociaux sont intriqués dès le début de la grossesse et le questionnement de l'impact de nos actions sur le bien-être des couples et de l'enfant est nécessaire. Dans la pratique, le travail et la collaboration entre professionnels de la périnatalité, de formation et de logiques différentes, ne sont pas si évidents. Il n'est pas toujours simple d'éviter la discontinuité dans la prise en charge entre la période anténatale et postnatale, notamment lors des changements d'intervenants, de services et du passage entre le milieu intra- et extrahospitalier. Dans cette clinique périnatale en réseau, comme l'appelle la pédopsychiatre Françoise Molénat,¹ il s'agit de travailler les collaborations et de créer un environnement professionnel cohérent et fiable. Son rôle structurant peut réduire l'impact traumatique des naissances difficiles et jouer un rôle préventif dans la psychopathologie du post-partum et les troubles de l'attachement. Il permet également de soutenir le travail des soignants dans ce champ très émotionnel.

En périnatalité, les développements dans le domaine du diagnostic prénatal comme dans celui de la prise en charge des nouveau-nés ont été considérables. Ils se sont accompagnés de l'émergence d'une dimension émotionnelle parfois violente, tant pour les parents que pour les professionnels. L'obstétricien confronté aux annonces difficiles, aux incertitudes de diagnostic prénatal et au suivi complexe des grossesses à risque somatique, psychique et/ou social se doit de travailler en pluridisciplinarité. Le rôle sécurisant et structurant d'un réseau professionnel cohérent est reconnu autant par les parents que par les soignants.

UN OBJECTIF OBSTÉTRICAL

Les progrès techniques en médecine foetale et en néonatalogie ont été considérables aussi bien dans le dépistage et le diagnostic prénatal que dans la diminution de la morbidité et de la mortalité périnatales. Progrès mais aussi limites de la technologie qui, quand persiste le doute, confrontent les équipes obstétricales et néonatalogiques à toute une dimension émotionnelle submergeant parents et professionnels. Dans cette période de transformation psychique et sociale, la femme, le couple se construisent comme parents, tissent déjà des liens avec



l'enfant à venir et sont particulièrement vulnérables à toute complication obstétricale. Tout bascule lors de la découverte d'une pathologie fœtale, de la naissance en urgence d'un enfant prématuré, d'un décès in utero ou du placement non préparé d'un nouveau-né. Quelle que soit l'issue de la grossesse, tout événement même banal aux yeux des professionnels, peut réactualiser un vécu douloureux, des traumatismes refoulés et avoir un impact inattendu tant dans la confiance envers l'équipe soignante que sur la relation dans le couple et l'attachement à l'enfant à naître.

Du côté des professionnels, la charge émotionnelle face à ces situations peut être source de fragilité et d'éclatements qui rendront d'autant plus compliqué le positionnement du couple vis-à-vis de l'inattendu. Avec le diagnostic prénatal, le gynécologue-obstétricien est confronté aux annonces difficiles, aux incertitudes de diagnostic et de pronostic, aux décisions graves. Dans les situations psychosociales complexes, tous les professionnels mobilisés, inquiets d'un risque potentiel de négligence ou de maltraitance peuvent développer peurs, désarroi, impuissance et jugement a priori. Chacun défend les intérêts présumés de son patient et le clivage et les ressentis peuvent être fréquents au sein des équipes.

L'objectif de l'obstétrique moderne est d'assurer la sécurité médicale et émotionnelle des familles.² En France, dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007, la Haute autorité de santé (HAS) française a élaboré des recommandations pour la pratique clinique dans le cadre de la préparation à la naissance et à la parentalité soulignant très clairement cet objectif de santé publique.³ Les situations de vulnérabilité psychoaffectives relèvent donc de la prise en charge obstétricale en coordination avec les spécialistes du champ psychique. Ceci ne signifie pas qu'il faille faire appel au psychiatre dans toutes les situations et il ne s'agit pas non plus pour l'obstétricien ou la sage-femme de faire le «psy».

Par sa formation, l'obstétricien se sent en sécurité dans le domaine somatique par la maîtrise des compétences techniques, des connaissances scientifiques actualisées, des guides de bonnes pratiques. Dans le domaine émotionnel par contre, les repères sont moins solides et c'est souvent au travers de ses expériences cliniques qu'il a fait son apprentissage. Les développements du diagnostic prénatal, et en découlant les interruptions médicales de grossesse, ont confronté les équipes obstétricales à un enjeu émotionnel majeur. La nécessité de la présence et de l'intervention des psychiatres, pédopsychiatres et psychologues en périnatalité s'est ainsi généralisée. Pourtant, les modalités de travail entre tous ces intervenants ne sont pas si évidentes dans la pratique. Dans leurs travaux F. Moléat¹ et l'AFREE (Association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement) ont développé une réflexion sur les modalités des collaborations interprofessionnelles en périnatalité et leur impact auprès des familles. Ils ont mis en place un enseignement au travers de formations interdisciplinaires réunissant l'ensemble des acteurs de la périnatalité. De cette «clinique périnatale en réseau», les obstétriciens et les sages-femmes ont développé des repères pour apporter un soutien concret et adapté au couple, améliorer leur détection des situations vulnérables et activer

un réseau de périnatalité centré sur les besoins spécifiques de chaque famille.

MODALITÉS DE TRAVAIL

Pour l'obstétricien, ce travail implique, en plus de la compétence technique et somatique, un engagement émotionnel certain. La qualité de l'accueil est primordiale : elle ouvre la porte au dialogue avec la femme et le couple. Au-delà du rapport médical, il s'agit aussi de la rencontre entre êtres humains dans des moments de vulnérabilité ou de crise. Il est certain que la façon dont le soignant se comporte en tant qu'être humain peut aggraver ou alléger la souffrance des parents. La consultation obstétricale doit être l'occasion de repérer des facteurs de vulnérabilité même dans le cas d'une grossesse à bas risque. Il n'est pas intrusif d'explorer le contexte émotionnel entourant la grossesse en s'appuyant sur celle-ci. Il convient de rechercher des facteurs de stress, un vécu émotionnel difficile lors d'antécédents médicaux comme les interruptions de grossesse, les fausses couches et les traumatismes obstétricaux ; de s'assurer de l'environnement affectif, familial (conjoint, famille) et médical. L'attention sera évidemment maximale dans les moments particulièrement à risque comme l'annonce d'un risque d'anomalie, le diagnostic d'une pathologie fœtale, de complications obstétricales. Le soignant devra également être particulièrement vigilant dans toute situation où l'état émotionnel exprimé par la femme ou le couple est en décalage avec la situation obstétricale ou lors de réactions dépassant le cadre habituel.

Pour proposer une réponse médicale adaptée, que ce soit des investigations complémentaires en médecine fœtale, un avis spécialisé somatique ou psychologique, un soutien social, il est nécessaire d'avoir une bonne connaissance du réseau et des ressources existantes. Les possibilités de soins intra- et/ou extrahospitaliers varient d'un terrain à l'autre et ont des spécificités «locales» qu'il faut connaître pour pouvoir les activer efficacement. Ce travail en réseau pluridisciplinaire demande donc une véritable préparation, une connaissance et un respect mutuels des autres professionnels pour que le dispositif mis en place ne soit pas un facteur de déstructuration supplémentaire pour la femme ou le couple.

PENSER ET TRAVAILLER À PLUSIEURS

Comment travailler en réseau en périnatalité ? Les pratiques médicales ou sociales non coordonnées ont un impact négatif certain sur les liens familiaux. On pense au vécu d'un couple projeté dans le dédale d'un réseau de spécialistes compétents mais cloisonnés entre eux ou à celui de parents face à un réseau mobilisé autour de leur incompétence parentale. Il s'agit donc de travailler ensemble dans les meilleurs intérêts des parents en lien avec leur enfant. Ceci demande d'assurer la sécurité médicale et émotionnelle mais également de créer un lien de confiance centré sur le présent. Pour qu'il ait du sens, ce lien doit être tissé avec la patiente, le couple, autour de leurs peurs et de leurs attentes. Il deviendra soutien dans la continuité et la cohérence et permettra d'éviter toute sensation d'abandon. La



discontinuité est anxiogène lors d'événements à forte charge émotionnelle comme les changements d'intervenants et d'équipes, la séparation mère-enfant, l'imprévu, l'inconnu sur l'état de l'enfant. Ces situations de rupture et de détresse peuvent entrer en résonance avec l'histoire des parents et fixer des traumatismes. D'où la nécessité pour l'obstétricien d'anticiper les besoins et de préparer les relais: un simple coup de téléphone en présence de la patiente au médecin traitant, la présentation de la personne de remplacement en cas d'absence sont importants pour que le couple visualise la communication interprofessionnelle et puisse éprouver la fiabilité et la lisibilité des interventions. Le ressenti, par les couples, des échanges entre les professionnels autour de leur vécu, en particulier dans la transmission d'informations utiles – avec leur accord – joue en lui-même un rôle organisateur.⁴ A l'inverse, le manque de communication, de confiance et de cohérence entre professionnels dans des moments de vulnérabilité peut être vécu de façon dramatique.

Pour les professionnels, il s'agit également de garder leur propre sécurité malgré l'irruption émotionnelle, l'insécurité des situations et les divergences entre soignants. Ceci passe par la communication, la confiance mutuelle. Trouver des articulations avec ses collègues, établir des relais dans un réseau où chacun est à sa place professionnelle préservent la stabilité de chaque intervenant autour de ses propres compétences médicales. On ne travaille jamais seul ni d'un seul point de vue.

En Suisse romande, des professionnels des divers champs de la périnatalité ont organisé des journées de formation (Genève, Lausanne, Morges, Sion) basées sur la technique pédagogique de «formation en réseau» développée par F. Molénat à l'AFREE. A partir du déroulement chronologique d'un cas clinique par les professionnels engagés dans la situation, il s'agit de visualiser les articulations interprofessionnelles et la place de chacun, d'identifier les difficultés et les ressources et de repérer les éventuels écarts/décalages entre vécu parental et vécu professionnel.

Cette réflexion sur la dynamique familiale et la dynamique du réseau permet véritablement de repérer nos modalités de travail et d'en dégager des règles de transmission et des outils pour mieux penser et travailler ensemble avec

les familles. Ce travail aboutit à un «penser ensemble» permettant un décloisonnement entre les diverses spécialités impliquées qu'elles soient du monde intra- ou extrahospitalier.

CONCLUSION

Les modalités des pratiques professionnelles en périnatalité sont un réel enjeu médical. Dans les situations à haut risque émotionnel, la manière dont les professionnels s'articulent et collaborent pour accompagner la femme et sa famille a un impact tant pour les familles que pour les professionnels eux-mêmes. La formation interprofessionnelle spécifique pour réfléchir ensemble sur les articulations interprofessionnelles, trouver des outils de travail et des modalités de collaboration propres à chaque terrain est à développer. ■

Implications pratiques

- > Le travail en périnatalité implique la collaboration intra- et extrahospitalière de nombreux professionnels de cultures différentes dans le domaine médical somatique, psychiatrique et social
- > L'enjeu émotionnel est majeur tant pour les parents que pour les professionnels notamment dans les situations d'annonce d'un risque d'anomalie, de diagnostic d'une pathologie fœtale, de complications obstétricales, de vulnérabilité psychosociale
- > Le rôle sécurisant et structurant d'un réseau professionnel cohérent et fiable est reconnu autant par les parents que par les professionnels
- > La qualité de la communication interprofessionnelle, des transmissions, de la continuité, de la lisibilité de la place professionnelle de chacun est un élément de sécurité pour les parents et les soignants
- > Le développement de formation spécifique pour réfléchir ensemble sur les articulations interprofessionnelles, trouver des outils de travail et des modalités de collaboration propres à chaque terrain est recommandé

Bibliographie

- 1 ** Molénat F. Naissances: pour une éthique de la prévention. Prévention en maternité: une manière de penser ensemble. Paris: Ed Eres, 2001.
 - 2 ACOG Committee Opinion, No 343. Psychosocial risk factors: Perinatal screening and intervention. Obstet Gynecol 2006;108:469-77.
 - 3 Recommandations pour la pratique clinique. Préparation à la naissance et à la parentalité (novembre 2005), HAS. Gynecol Obstet Fertil 2006;34:540-63.
 - 4 ** Van der Linden R, Roegiers L. Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance. Temps d'Arrêt. Bruxelles: Ed Henry Ingberg, 2004.
- * à lire
** à lire absolument