

G.I.P., des équipes de pointe à l'école de l'interdisciplinarité

Luc Roegiers, Reine Vander Linden, Marie-Laure Gustin¹

Le G.I.P., groupe interdisciplinaire-interuniversitaire (bruxellois) de périnatalité est né d'une grossesse de trois ans. Cet article raconte sa préhistoire et ses premiers balbutiements jusqu'à son apparition un peu plus officielle autour de l'organisation de son premier congrès en 2005. Au passage, nous espérons que notre témoignage puisse contribuer à fertiliser d'autres initiatives aussi gratifiantes que la nôtre. Il est aussi pour nous l'occasion de réfléchir sur ce que nous avons mis en route sans jusqu'ici beaucoup de précision conceptuelle. « On voulait juste des jours meilleurs » à vivre dans nos équipes ; une pratique plus humaine en périnatalité.

Humaniser quoi et comment ?

Comment parler aujourd'hui sans tomber dans des propos d'une désolante banalité du souci d'« humaniser la naissance » ? Rien de neuf sous le soleil. Face à la fragilité de la reproduction humaine, une solidarité s'est mise en place depuis la nuit des temps, longtemps entre femmes, puis avec l'aide professionnelle de la sage-femme, et enfin dans le cadre plus technique de l'obstétrique.

Ce qui est caractéristique de notre époque -et de nos latitudes- est le passage du lieu de naissance du domicile vers l'hôpital. Parallèlement, les progrès des connaissances physiologiques et de technologies relatives à la reproduction ont abouti au développement d'une assistance médicale qui joue aujourd'hui un rôle d'encadrement plus sécurisant.

Dans ce contexte d'interventions médicales de plus en plus nombreuses et parfois ressenties comme envahissantes est apparu le souci de respecter le caractère naturel et singulier de la transmission de la vie. Ainsi ont fleuri au cours des années 1970 diverses pratiques tendant à retrouver –parfois jusqu'à l'idéalisation- la trame « humaine » de la mise au monde : la naissance sans violence² pour filtrer le traumatisme de l'accouchement soumis à la pure et dure médicalisation, l'haptonomie³ en contrepoint à l'approche objectivante de la surveillance obstétricale, l'accouchement à domicile pour restituer à ce phénomène spontané et physiologique son écrin naturel...

Ces mouvements dont un moment fort se situe en 1984 autour du documentaire télé « le bébé est une personne » dénonçaient opportunément un vrai malaise en médecine périnatale. Mais ils ont parfois mené à des caricatures de rituels et de prescriptions tout aussi aliénantes pour

¹ Respectivement pédopsychiatre, psychologue, psychiatre périnataux et membres du GIP.

Contacts : roegiers@ebim.ucl.ac.be;reinevanderlinden@yahoo.fr;MarieLaure_GUSTIN@stpierre-bru.be

² Leboyer F.(1980), Pour une naissance sans violence, Seuil.

³ Veldman F. (1989), Haptonomie, science de l'affectivité, PUF.

les usagers-nouveaux parents⁴ que l'intrusion technoscientifique. Il est donc apparu que le paternalisme médical pouvait se nourrir autant de technophobie que de technophilie. Déclenchement planifié-monitoré à tout crin ou physiologie militante jusqu'à la soumission à divers facteurs de risque ? Accouchement sous valium d'un bébé mort et drap d'occultation ou à l'inverse obligation de le prendre dans les bras « pour un bon deuil » ? Dans un excès comme dans l'autre, les besoins de sécurité et de respect des singularités du patient sont susceptibles d'être négligés⁵. Certaines interventions psychothérapeutiques plaquées sur des situations de détresses s'inscrivent dans ce même registre paternaliste.

Considérer la mise au monde comme un acte essentiel, personnel, fondateur d'une vie, acte à sécuriser et non à confisquer... voilà en matière d'humanisation un enjeu majeur particulièrement mis en évidence par l'Afrée dès sa création, avec il est vrai le focus sur la santé mentale de l'enfant. L'angle d'approche initial de Françoise Molénat –pédopsychiatre– était en effet l'impact des diverses vulnérabilités périnatales sur la construction psychique du bébé et l'établissement des relations parents-enfant. En effet, lors de consultations psychothérapeutiques pour des enfants en situation de souffrance émotionnelle ou relationnelle grave et difficile à mobiliser, Françoise Molénat était frappée par le nombre d'antécédents de naissance difficile. Ces constats faisaient écho aux premiers travaux sur les facteurs de risques de maltraitance.⁶ Et également aux apports d'auteurs tels que Bowlby, Spitz, Winnicott ou Dolto ; ceux-ci avaient ouvert la voie à une prévention particulièrement féconde en santé mentale dans les situations à risques, lorsque l'action peut s'ancrer aux sources de la parentalité, dès la naissance et même avant.

Cette vulnérabilité, Françoise Molénat et ses collègues l'ont très précocement repérée dans le registre des problèmes médicaux tels que les grossesses à risque médical⁷, les grossesses après perte d'un enfant⁸, les annonces d'un handicap⁹ ou les naissances prématurées. Sans oublier bien sûr les facteurs plus psychosociaux : discontinuités dans la vie des jeunes parents, ruptures, isolement¹⁰. Le fait que le lieu de naissance se soit déplacé à l'hôpital n'apparaissait dès lors plus uniquement comme une source de problèmes mais également comme une mine de ressources dans la mesure où les professionnels peuvent construire ensemble un réseau sécurisant et cohérent de nature à entourer adéquatement les mères vulnérables. Françoise Molénat a relevé le défi de sensibiliser les équipes obstétricales et pédiatriques à ces enjeux et de leur faire éprouver combien le souci d'une approche interdisciplinaire rigoureuse et respectueuse de la place de chacun (parents et soignants) amène du sens, du bien-être et de l'efficacité dans les pratiques périnatales. Ces principes sont actuellement intégrés dans des recommandations proposées à toutes les Maternités de France.

Le GIP est, quant à lui, une histoire belge ; plus précisément bruxelloise. L'humanisation des prises en charge périnatales et la promotion de la santé mentale font partie de notre héritage. Mais le moteur principal de notre démarche interdisciplinaire est tout simplement la recherche d'une formation pour améliorer nos pratiques face aux décisions cruciales, aux débordements d'émotions, aux défis des transmissions interprofessionnelles...

⁴ Delaisi de Parseval G.(1979), Les fées d'aujourd'hui, in L'enfant, Gallimard/Folio essais, réédité en 2001.

⁵ Akrich M., Pasveer B.(1996), Comment la naissance vient aux femmes, Les empêcheurs de penser en rond.

⁶ Molénat, F.(1992), Mères vulnérables ; les Maternités s'interrogent, Stock-Laurence Pernoud, p.21.

⁷ Lortie G., Molénat F.(1989), Grossesses « à risque » et relation parents-enfants in Lebovici S, Weil-Halpern F., Psychopathologie du bébé, PUF, p.281.

⁸ Molénat F., Roy, J.(1989), Les mères et les bébés après une mort dans la famille in Lebovici S, Weil-Halpern F., Psychopathologie du bébé, PUF, p.823.

⁹ L'Afrée, Handicap, médecine, éthique, Cahier de l'Afrée n°6, décembre 1993.

¹⁰ L'Afrée, Naissance, isolement, rupture, Cahier de l'Afrée n°2, novembre 1991.

Formation de réseau

Bruxelles est la capitale du pays des compromis. À force de gérer les particularismes par des adaptations structurelles, on y évite le dérapage des conflits mais on crée de la complexité. Le système hospitalier bruxellois comporte ainsi quatre centres universitaires francophones pour faire une place aux secteurs privé et public, chrétien et laïc. Malgré les cloisonnements et les rivalités politiques, notre ville étant limitée géographiquement, il nous arrive de nous rencontrer entre professionnels par secteur d'activité. Cela fut le cas à l'occasion de divers séminaires locaux organisés autour de thématiques périnatales médicales et éthiques¹¹¹². Le fait de se parler et de constater qu'au nord et au sud, à l'est et à l'ouest de la ville, la naissance pose aux divers professionnels des questions analogues a créé du dynamisme et le désir de chercher des réponses ensemble.

Une des pistes offertes à nous fut alors de participer au cycle proposé par l'Afrée en 2001 sur le thème de l'annonce d'une malformation. Au moment de solliciter l'Afrée pour nous inscrire à la formation, ils nous ont proposé de venir eux-mêmes à Bruxelles plutôt que de faire descendre à Montpellier les membres de nos deux équipes les plus intéressées. Nous avons perçu l'enjeu positif de cette proposition : leur « délocalisation » nous ouvraient la possibilité de mobiliser ainsi sur place tout le réseau universitaire bruxellois francophone (quatre institutions¹³) et davantage de soignants. Avec l'effet de nous donner mutuellement un reflet de nos pratiques. Entre délégations pluridisciplinaires (quatre fois dix participants), l'alchimie des rencontres s'est alimentée de curiosité, d'émulation, de vécu commun, de convivialité et finalement de confiance. Les diverses disciplines de mêmes institutions se découvraient sous un nouvel angle et sur le plan interuniversitaire, Don Camillo sirotait enfin l'apéro avec Peppone. L'animation de Joël Roy et de Médéric Hoffet a permis lors de notre première réunion une phase de présentation et d'identification des attentes des uns et des autres ; et l'envie de nous mettre au travail.

Nous nous sommes alors réunis, avec les moyens du bord, chacun à l'aide de vignettes commentées a posteriori. Heureuse surprise, nous nous sommes aperçus que la tour de Babel des professionnels de la naissance trouve sa langue commune dans la confrontation à ce qui est vécu par les « patients » ; le déroulement narratif des contacts avec les couples parle à chacun(e) à sa place propre ; chacun(e) se sent concerné et se sent légitimé(e) à intervenir dans la discussion. Ces situations sont l'occasion d'aborder des préoccupations brûlantes : les arrêts de vie, la gestion de réactions agressives, l'intervention pédiatrique anténatale...

Françoise Molénat est alors venue nous exporter la méthodologie « séquentielle » de l'Afrée : chacun présente selon la chronologie des événements et des contacts, son fragment d'une même histoire clinique. « Tu te souviens de l'accueil ? Lors du coup de fil, j'étais très hésitant d'accepter une telle situation. J'étais sous pression avec ce père. J'ai perdu de vue le gynéco traitant. J'aurais eu besoin de m'appuyer sur un entretien avec une sage-femme. Personne n'avait de notion d'antécédents lors de l'appel en urgence. J'avais l'impression qu'elle ne m'écoutait plus. À ce stade, c'était prématuré d'évoquer la mort possible du bébé. Et pourquoi tu avais appelé le psy ? » . On s'articule en refaisant le trajet expérimenté par la femme, le

¹¹ Séminaire sur le CMV congénital (2001-2002) publié sous Roegiers, L., Hubinont, C., Décision en médecine fœtale ; le cas du cytomégalovirus, John Libbey, 2004.

¹² Séminaires d'actualités en périnatalogie, cf. Vander Linden R.(2001-2002), Entre la vie et la mort: la conquête du sens, in L'agenda de psychiatrie, N°24, août 2002, p.12.

¹³ CHU Saint-Pierre, Cliniques Saint-Luc, Hôpital Erasme, HUDERF-Brugmann.

couple, le bébé... On se remémore les temps forts émotionnels, les points de convergence ou de dérive, de sécurité ou de surprise, de cohérence ou de crise... pour éprouver qu'en définitive, on figure chacune et chacun selon sa place de professionnel dans le paysage d'une même grossesse, d'une même naissance. Mais on vit les choses différemment, on les comprend selon la place qu'on occupe, ce qui peut générer de la richesse comme des malentendus. Sans avoir besoin d'entrer dans des considérations théoriques sophistiquées, on prend conscience de l'impact des liens interprofessionnels sur la sécurité ressentie par les patients, sur la valeur ajoutée, le sens gagné sur le sentiment d'absurdité, voire la iatrogénie issue de morceaux d'interventions désarticulées.

Tout cela prend du temps. Une de nos journées de travail avec Françoise Molénat a concerné la situation suivante : le transfert dans l'une de nos institutions d'une femme à dilatation complète pour prise en charge de la pathologie cardiaque complexe de son bébé avec retard de croissance intra-utérin. Pour les parents comme pour les soignants, faute d'information, aucune relation de confiance n'avait pu s'étayer sur le médecin traitant ni sur l'hôpital envoyeur. Le centre hospitalier universitaire réceptionnant cette urgence n'avait pas plus eu l'occasion d'une évaluation susceptible de justifier médicalement le transfert, c'est-à-dire la perspective d'une issue thérapeutique réaliste. Les soignants universitaires attendus comme super spécialistes se sont trouvés impuissants. L'attitude des parents en souffrance et perdus fut hostile. Les médecins se sont succédés sans pouvoir faire progresser ni le diagnostic, ni le sens de cet imbroglio. Les représentations sur l'avenir de l'enfant côté professionnels et côté parents n'arrivaient pas à se rejoindre. Le passage en revue de chaque séquence a permis de prendre conscience du chaos vécu par ces parents, de leur déni renforcé malgré eux par l'attitude des professionnels. Nos discussions ont permis de partager cette impuissance, de retisser un fil de continuité, et de mettre en place des pistes d'anticipations.

Rien d'original à ce genre de processus. L'équipe de l'Afrée a construit une telle méthodologie au fil de quinze années de formations ; elle est validée et transmissible. Nous avons découvert avec profit dans ce groupe devenu « GIP » ce que bien d'autres professionnels tentent de pratiquer à Montpellier, Barcelone, Athènes, Montréal, Lyon, Lille, Genève... Mais voilà, nous l'avons expérimenté et avons eu envie de continuer. Pourtant, nous avons souffert également car les formations en réseau entraînent d'inévitables turbulences institutionnelles.

Au risque de la déstabilisation

L'établissement d'une cohérence interdisciplinaire entraîne un gain énorme dans la mesure où les liens de coordination entre les diverses entités de soins périnataux impliquent des échanges autour de toutes les dimensions caractérisant les mères –sans oublier leur conjoint- et les bébés : leurs paramètres somatiques bien sûr, mais aussi leur état émotionnel, leurs ressources, l'histoire singulière de la grossesse, leur culture, leurs convictions éthiques ou religieuses... Néanmoins, l'entrée dans ce type de complexité déstabilise les rituels hospitaliers habituels et questionne l'organisation traditionnelle des équipes.

Face aux sollicitations émotionnelles, en effet, la pente spontanée de bien des professionnels – du psy à la sage-femme, de l'obstétricien au pédiatre- est le repli défensif dans le mutisme, le cloisonnement, le blindage ou la fuite en avant. Autant d'attitudes susceptibles de « régler » les situations dans une stricte opérationnalité, sans en évaluer les conséquences ni sur l'équipe ni sur les parents et les enfants à naître.

Exemple : l'obstétricien induit un accouchement pour répondre aux plaintes d'une femme impatiente face à la stagnation de son travail, puis s'inquiète et place une ventouse car le rythme cardiaque de l'enfant plonge suite à l'intensification des contractions ; après quoi le pédiatre déplore face à la maman l'instabilité des glycémies de son bébé à cause d'« un accouchement qu'on aurait quand même pu réaliser de façon plus physiologique » ; pour un meilleur contrôle glycémique, la sage-femme propose à cette femme par ailleurs fort éprouvée par son pénible accouchement d'accepter des compléments à l'allaitement ; plus tard, un psy reçoit en bureau la patiente « pour travailler sa culpabilité et son trouble des interactions précoces » sans aucune connexion avec l'équipe.

Chacun défend la pertinence de son intervention et son autorité légitime. Mais la question fondamentale de la sécurité intérieure de cette jeune maman n'est évoquée par personne ni a fortiori échangée et portée comme un souci d'équipe. Les conséquences se paient en iatrogénie. La femme va d'échec en échec et ne trouve sur son chemin aucune solution globale mais des morceaux épars et non articulables en reflet de sa maternité. Dans un tel modèle, le fonctionnement des attitudes et des liens interprofessionnels n'est pas questionné.

Réélaborer ensemble de telles situations selon la méthode de l'Afrée est sans aucun doute bénéfique et génère des protocoles certes plus adéquats, ou bien plus, une culture, des réflexes, des anticipations... Mais cela peut dans un premier temps vulnérabiliser l'équipe et induire une crise dans l'organisation hospitalière. En effet, avec l'effet d'amplification des enjeux émotionnels, les confrontations entre disciplines et équipes font apparaître leurs angles d'approches différents voire leurs risques de clivages. Les intérêts de la mère et du bébé peuvent diverger, de même que les positions au sein du couple parental, ou bien les impératifs du bien-être subjectif versus les mesures plus liées à l'« evidence based medicine », ou encore les préoccupations différentes du court terme et du long terme... Lorsque l'analyse s'arrête à l'audit des interventions successives et au constat rétrospectif des dysfonctionnements, on risque de dériver vers l'identification du coupable : cet obstétricien impulsif, ce pédiatre « je sais tout », cette sage-femme hermétique aux préceptes de l'allaitement, ce psy lourdaud... ou cette jeune mère immature et anxieuse... Pour éviter ce piège, la réflexion doit aller plus loin, tant dans la formation que dans les staffs interdisciplinaires sur le terrain. Chaque professionnel doit ainsi devenir pièce du puzzle d'un soin à articuler ensemble de façon à offrir au couple une cohérence non plus autoritaire mais construite dans le respect mutuel des rôles, positions et sensibilités.

Si les différences peuvent être vécues dans une certaine harmonie au sein de l'équipe, les familles gagnent de leur côté en sérénité et parviennent mieux à remettre de leur côté ensemble les morceaux éclatés de leur situation, éventuellement de leur traumatisme. Car en fin de compte, chaque discipline, chaque fragment qu'elle défend représente une des facettes d'une réalité vécue par une patiente, par une famille. Et finalement, si les situations pénibles parviennent à éviter l'enlisement dans l'absurde, c'est aussi tout bénéfique pour les professionnels dont le travail prend réciproquement bien plus de sens... et d'efficacité, même sur le plan des protocoles strictement médicaux.

Qui porte dans l'institution hospitalière la responsabilité –et le mérite- de cette « humanisation » du soin périnatal ? Et qui coordonne l'interdisciplinarité en particulier dans les situations de décision cruciale ? Chacun selon sa place, serait-on tenté de dire. Ce n'est pas toujours simple ; il s'agit là d'un deuxième enjeu à gérer. Dans les confrontations interdisciplinaires, la hiérarchie classique est bousculée. Une femme d'entretien peut s'avérer être la principale interlocutrice de confiance ; la puéricultrice dépositaire de confidences impossibles à transmettre à un psy, la sage-femme maillon essentiel dans tel processus de décision... De plus, une telle mise au travail interdisciplinaire questionne la place spécifique

du psy. Celui-ci doit accepter avec modestie son rôle de simple catalyseur dans la pièce du soin périnatal. Le psy y joue « en déplacement ». La Maternité n'est a priori certes pas un espace de soins psychiques. Il est d'ailleurs possible qu'une intervention psychothérapeutique, surtout si elle déterre les traumatismes du passé ne soit pas adéquate malgré la souffrance exprimée. Avant de se précipiter dans la chambre des parents, le psy doit se soucier de ce que vivent les équipes. À partir de cette préoccupation et de sa réceptivité aux situations, il doit s'efforcer de transformer le matériel émotionnel « brut et débordant » en un matériel « à penser » que chaque acteur dans sa discipline, désintoxiqué des excès de lourdeur de l'ambiance puisse se réapproprier et utiliser pour construire de façon cohérente ses articulations avec les autres. C'est ce que Françoise Molénat appelle le travail indirect. Devenu ainsi une sorte de « joker », le psy n'occupe pas pour autant une place de superviseur des collègues et encore moins d'unique garant des dimensions « humaines ». Mais inversement, ce psy « de liaison » doit veiller à éviter toute disqualification de la part de ses collègues. La formation de réseau lui confère une place particulière et exigeante. Elle le met parfois en position de médiation entre parents et soignants, entre nursing et médecine, entre obstétrique, pédiatrie et autres spécialités... La confiance doit s'installer solidement pour lui permettre d'exercer ce rôle délicat exigeant rigueur et engagement. Nos séances du GIP ont été l'occasion de mettre sur le tapis des situations pénibles d'orientation vers des décisions d'arrêt de vie dans lesquelles les positions au sein du couple et des soignants ne se rencontraient pas forcément... avec le psy dans la tourmente, parfois critiqué dans son rôle de médiation ; parfois même éjecté.

Enfin l'idée d'un colloque

Le cadre de nos universités bruxelloises est à la fois large et limité. Nous avons évité le piège d'accueillir tous les professionnels attirés par le GIP pour lui maintenir des dimensions permettant l'échange et la réflexion. Mais comment répondre aux demandes d'adhésion et de formation ? Subsidiés en tant qu'universités pour « transmettre », nous étions en recherche d'une formule de démultiplication susceptible de sensibiliser un public de professionnels plus large aux acquis de l'Afrée et globalement aux enjeux émotionnels et relationnels en périnatalité.

L'idée fut alors lancée d'organiser un colloque d'un genre nouveau. Il s'agissait de mettre sur scène l'équipe pluridisciplinaire présentatrice de la situation clinique plutôt qu'au sein de notre petit groupe interuniversitaire. Dans le contexte plus pointu mais plus réduit des formations de formateurs de l'Afrée, la méthode existait déjà, travaillée et figlée à l'aide de divers animateurs. Notre perception en était la suivante : Rose-Marie Toubin occupe la place de support des présentateurs, Françoise Molénat est quant à elle attentive aux décalages, paradoxes, liens et contrepoints ponctuant le récit et les transmute en concepts formatifs, Joël Roy plus à distance reste à l'écoute des mouvements de la salle et Jean-Pierre Visier alimente du fond de la classe le processus en commentaires théoriques. Il nous « suffisait » de veiller à introduire chacune de ces dimensions dans notre colloque aux allures d'atelier géant.

Pirater la méthode « formation de formateurs », kidnapper sa créatrice, et en faire bénéficier un maximum de professionnels belges : le coup était audacieux mais diablement attractif. Plusieurs d'entre nous étaient acquis au principe par leur propre expérience de la formation de formateurs. Restait à convaincre certains collègues habitués à des colloques cadencés en exposés compacts de 8 minutes et 15 dias, d'essayer une discussion de 5 à 6 heures sur scène, sans thème plus précis que le « débordement des émotions ». Même avec l'expérience de nos séances « GIP », c'était plutôt gonflé. En fait d'émotions, il y en eut donc quelques-unes en séances de préparation et des sueurs froides. Les défis étaient multiples :

- choisir deux situations intéressantes mais pas trop explosives ;
- en limiter les problématiques ;
- sécuriser les intervenants sans lisser trop les contours de leurs récits ;
- réviser la « partition » sans éroder les énergies ni les effets de surprise ;
- ponctuer la trame selon des moments de tension vécus par les professionnels dans le décours de leur travail, et scander ainsi les présentations pour permettre aux participants du colloque de les éprouver à leur tour et de réagir ;
- clarifier certains enjeux médicaux par des schémas ;
- organiser et cadrer un débat avec la salle...
- offrir aux participants du public certaines synthèses de réflexions, à l'aide de diapos de conceptualisation permettant une transmission sur le plan cognitif.

Pour en discuter ensuite en table ronde de façon décalée et plus théorique -sans être ni pédants, ni hermétiques-, nous avons invité des grandes pointures, monstres sacrés des colloques en tous genres, baroudeurs de la périnatalité. Nous avons eu ainsi la chance de recueillir la participation de ténors de toutes disciplines tels que Yves Dumez, Pierre Lequien, Bernard Golse, Sylvain Missonnier, Jean-Claude Fouron, Chantal Birman, Geneviève Delaisi, Guy Moriette, Luc Gourand... de façon à la fois à enrichir le colloque de leurs commentaires et réciproquement, en toute modestie, à les sensibiliser à nos essais méthodologiques d'un genre nouveau.

Voilà pour les idées ; restait à financer l'entreprise pour ouvrir les inscriptions à un public de professionnels de toutes gammes de salaires... toute notre gratitude va à la fondation Delacroix et à la société Ferring ainsi qu'au Fonds Houtman qui a permis la participation d'un certain nombre de travailleuses médico-sociales de l'ONE (notre « PMI belge »).

« Naissances difficiles ; quand les émotions nous submergent »¹⁴

Le colloque s'organise donc en avril 2005 autour d'échanges qui vont et viennent entre la salle et les professionnels qui s'exposent en déroulant le fil chronologique de leurs interventions.

Ce mouvement d'aller-retour n'est pas totalement laissé au hasard car on connaît dans les groupes les effets d'entraînement où une réflexion peut orienter toute la tonalité d'un débat. Le but de l'« exercice » n'était pas précisément d'ouvrir un débat sur l'adéquation de telle ou telle attitude mais de mobiliser une réflexion vivante autour de ce qu'une attitude particulière entraîne dans le ressenti et la perception que les parents peuvent s'en faire ; et éveille également chez les autres protagonistes professionnels.

Pour le bon déroulement du travail mené en cours de colloque il était donc prévu divers systèmes de régulation :

- consignes claires aux participants : pas de prise de parole sans avoir reçu un micro ; et pas de généralité assénée, mais toujours une distribution de la parole modulée par les organisateurs du colloque en liaison avec les orientations du débat en cours et les pistes proposées par Françoise Molénat ;
- gestion stricte du temps permettant que tous les aspects de la situation soient abordés ou qu'aucun d'eux ne soit laissé pour compte, de telle sorte que le travail de tout un chacun puisse reprendre sens à travers l'ensemble.

Ce travail de gestion de la parole face à un tel nombre de participants représentait déjà en soi une « enveloppe pensante » du processus qui se déroulait là. Il était essentiel de le respecter.

¹⁴ C'est ainsi que s'intitulait le colloque GIP des 22-23 avril 2005.

En effet, les enjeux personnels et institutionnels ne sont pas absents de ces grands rassemblements : prise de pouvoir, vitrine narcissique, tribune de position idéologique... autant de « pièges à empêcher de penser ».

Il n'est d'ailleurs pas anodin que dans un tel exercice exigeant un climat de confiance et de respect (il n'existait pas a priori mais s'est tissé au fil des heures de travail commun), c'est une élève sage-femme qui ait apporté les premières questions et ait ainsi ouvert l'espace de parole.

Nous relevons ici quelques moments d'échanges qui exemplifient la démarche et les différents niveaux de lecture que l'on peut en faire :

- Dans une des deux situations travaillées en cours de colloque, il est peu question du rôle joué par la sage-femme pourtant présente parmi les professionnels acteurs. Une sage-femme dans le public le souligne : « Pourquoi ne parle-t-on pas de la sage-femme qui par sa constance a joué un rôle dans cette situation ? » Un tel commentaire témoigne de ce qui se passe souvent dans la réalité. Ceux dont on ne parle pas peuvent avoir la sensation de ne pas être reconnu. Mais le problème peut-il se résumer à cette sorte de frustration narcissique, ou de revendication corporatiste ? Une analyse plus déployée peut, au fil du débat, mettre en évidence le déficit qui s'éprouve non seulement du côté des professionnels, mais surtout du côté des parents. Si des acteurs cruciaux tels qu'une sage-femme sont occultés, leur apport est perdu en tant que ressource permettant de mieux comprendre la situation. Dans la séance du colloque, ce manque est ressenti dans le public. On peut dès lors penser qu'il a pu s'éprouver tout autant par les parents dans les jours critiques traversés par eux. Plus des parents vivent des événements potentiellement traumatiques, plus ils ont besoin de faire un tout de ce qu'ils vivent. Négliger certains intervenants donne à de telles situations l'allure d'une expérience morcelée, décousue, non réunissable dans une trame narrative.

Comment n'oublier personne ?

Comment intégrer toutes les places pour en faire une synthèse qui prenne bien en compte tout ce qui a été vécu ?

Certains professionnels, souvent d'ailleurs et paradoxalement ceux qui représentent aux yeux des parents la continuité, sont les plus oubliés (le médecin traitant est de ceux-ci...). Ils agissent cependant comme la borne d'ancrage à laquelle il est utile de référer des parents ballottés par les vagues émotionnelles et risquant de filer à la dérive.

Énoncer simplement cet enseignement, c'est bien. Mais l'articuler à tout un processus vécu en séance de colloque, c'est encore beaucoup plus formatif.

- Autre exemple : un obstétricien chevronné de la salle critique la position de son homologue acteur dans la situation présentée : pour sa part il aurait remis au lendemain un examen fait le jour même dans une précipitation peu favorable aux parents. La salle acquiesce.

Même si cette position avait ici toute sa pertinence, nulle attitude n'a de valeur absolue .

Celui qui était l'acteur dans cette situation n'avait ni la large expérience de l'obstétricien chevronné ni sa notoriété et donc son autorité, ni la sécurité personnelle suffisante pour poursuivre l'accompagnement du couple sans cette exploration supplémentaire. Celle-ci lui a permis de continuer le suivi de la situation en retrouvant un peu de sécurité personnelle.

En outre ici, l'important est de ne pas confondre le besoin singulier de l'obstétricien avec les nécessités de la réalité. Si les raisons de la démarche ne sont pas expliquées aux patients, l'ambiance de précipitation peut les déstabiliser : « Je serais plus tranquille si je pouvais m'assurer de ceci ou de cela, c'est pour cette raison que je vous impose cet examen... » Ceci n'est soulignable qu'à partir d'une place d'animatrice occupée en l'occurrence par Françoise Molénat.

L'enseignement de ce colloque se situe donc à plusieurs niveaux : formation aux enjeux de la rigueur du fonctionnement interdisciplinaire mais également élucidation du processus formatif dont nos équipes bénéficient pour progresser dans ce sens.

Conclusions

Nous sommes, dans notre réflexion bruxelloise du GIP à la croisée des chemins. En effet, universitaires et hospitaliers, nous continuons de fonctionner dans la logique verticale des différentes spécialités concernées par le champ de la naissance. Mais notre réflexion coupe ces verticales par les mouvements transversaux de réunions « GIP » d'autant plus déstabilisants qu'ils ne sont pas partagés par tous les professionnels ni par toutes les instances de nos institutions. Le colloque a certainement donné une visibilité à notre action et contribué à sensibiliser une plus large frange de nos collègues. Ceux qui ont pu y assister ont été doublement gratifiés par le fait de s'être sentis à la fois concernés par le déroulement des séances et respectés dans leurs spécificités. Nous continuons notre travail, conscients d'en être à un stade initial. Au sein de nos centres hospitaliers, nous tentons d'éveiller l'intérêt des équipes lors de réunions internes, tenant compte du quotidien trépidant dans lequel chaque heure mobilisée à la recherche du sens de nos pratiques et de leur évaluation apparaît comme un miracle.

D'autre part, sans être toujours stabilisés à l'interne, nous devons faire face aux demandes de plusieurs institutions voisines ou plus lointaines, sensibilisées à la formation de réseau par notre colloque-atelier. Nous sommes un peu victimes de son succès. Les retours ont été enthousiastes dans l'ensemble. Plusieurs institutions souhaitent aller plus loin dans le processus formatif. Un prochain colloque est programmé, divers contacts ponctuels se prennent... Certains veulent plus que cela ! Notre défi est l'organisation d'un tel chantier. Nous ne pouvons nous y atteler qu'à la condition de rester fiable dans nos lieux de travail.