

# Urgences vitales

## 27 février 2015

# GiP

## GiP

Les urgences vitales mettent l'organisation des équipes périnatales à l'épreuve. Cette année, le GiP abordera ce thème sous la forme d'un atelier (comme en 2005 et 2007), impliquant sur scène les professionnels concernés par une situation critique, et dans la salle, tous les participants invités à interagir. Ceci sous la baguette de Françoise Molénat qui, avec son équipe de l'Afrée, a mis au point cette méthodologie de la "reprise de cas", un moyen précieux pour construire la "grammaire du travail ensemble".

### De quoi s'agit-il?

Une équipe va dérouler une situation vécue (comme si on la redécouvrait), chaque acteur apportant tour à tour son témoignage, son ressenti et son attitude. À l'occasion de temps d'arrêt, on réfléchit alors sur le comment "prendre en compte les besoins des patients", "se passer les relais", "veiller à la continuité", "se transmettre les parts utiles d'informations", "protéger les territoires d'intimité", "mobiliser d'autres collègues-ressources dans le bon tempo et dans un sens compréhensible pour les patients", "s'aider mutuellement à décoder les enjeux de ce qui se vit"...

Et...ce faisant, on anticipe pour notre clinique quotidienne les moyens de créer de la sécurité pour les parents, de rétablir de la continuité dans leurs expériences discontinues, de réunir ainsi en eux les parties disloquées par un événement traumatique, de leur offrir une attention réparatrice.

## Vendredi 27 février 2015

8h30\_Accueil

9h00\_Ouverture de la journée

**Christine Kirkpatrick** GiP / obstétricienne, Hôpital universitaire Érasme

9h20\_Reprise de cas en atelier

**avec Françoise Molénat** Afrée / pédopsychiatre, Montpellier présentée par l'équipe de l'Hôpital universitaire Érasme : **Pauline Eon, Kalina Gajewska, Agnès Petit, Emmanuelle Salvi, Hicham Seffar, Lamia Smaali, Anna Spataru, Maya Szombat, Latifa Tabich, Laila Zahraoui, Siham Zaytouni.**

### Éclairage pédiatrique

**avec Dominique Grossman** néonatalogue, CHIREC site Cavell  
**Marie Tackoen et Inge Van Herreweghe** néonatalogues, CHU Saint-Pierre

La pause de midi sera prévue entre 13h et 14h

16h15\_Synthèse de la journée

**Luc Roegiers** GiP / pédopsychiatre, Cliniques universitaires Saint-Luc

Conclusions

**Françoise Molénat** Afrée / pédopsychiatre, Montpellier

17h00\_Clôture

Bulletin d'inscription à renvoyer  
par mail [info@gip-perinataite.be](mailto:info@gip-perinataite.be)  
ou par courrier

## GiP

12, rue Louis Hymans  
1050 Bruxelles

## Comité d'organisation

Julie Belhomme (obstétricienne, CHU Saint-Pierre)  
Catherine Donner (obstétricienne, Hôpital universitaire Érasme)  
Thérèse Guilmet (sage-femme, Cliniques universitaires Saint-Luc)  
Marie-Laure Gustin (psychiatre, CHU Saint-Pierre)  
Patricia Kesteman (sage-femme, Hôpital universitaire Érasme)  
Christine Kirkpatrick (obstétricienne, Hôpital universitaire Érasme)  
Agnès Petit (sage-femme, Hôpital universitaire Érasme)  
Luc Roegiers (pédopsychiatre, Cliniques universitaires Saint-Luc)  
Laura Tecco (obstétricienne, CHU Saint-Pierre)  
Reine Vander Linden (psychologue, Membre du bureau GiP)

# Un défi

- Métissage entre les dimensions somatiques-soins-psychologiques-culturelles =>
  - Saisir la chance d'une présence d'intervenants médicaux pour faire ressentir un accueil ajusté.
  - La qualité du travail interdisciplinaire construit aura une fonction préventive... pour le développement futur de l'enfant, avec des parents partenaires.

# Enjeu préventif crucial

- Les parents s'occupent et élèvent leur enfant selon leurs ressentis issus de leur expérience, marquée par les ressources mais aussi par les failles et les destructions.
- Rencontrer des palettes d'empathie et de souci partagé dans le lien aux soignants au moment fragile mais réceptif de la grossesse et de la naissance permet à ces parents de se montrer à leur tour empathiques et ajustés à l'égard de leur enfant.

# Construire une rigueur d'interventions

- Être armé sur le plan de l'organisation de l'environnement des patients, du bébé, comme on l'est dans le protocole somatique pur...
- C'est comme la préparation d'un champ opératoire... psychique.

# Question initiale pour la patiente: entourée?

- De quoi a-t-on besoin dès le début de la grossesse?
- Lorsque comme ici la dame est sur sa réserve, c'est d'autant plus important de chercher des points de repères.
- Mais comment explorer, tout en respectant la pudeur, en évitant l'intrusion?

# Obésité

- BMI=44-> Facteur de risque
- Outre le bilan cardio, comment ouvrir une porte sur la façon de vivre cet état d'obésité quasi morbide?
  - Difficile d'aborder le problème de front
  - Elle dit que sa mère l'a bien nourrie
  - Mais aussi... ses tentatives de régime
- Et... on ne peut occulter l'agressivité générée par les limites du recours à nos compétences médicales; et le fait que traîne l'impression d'une négligence de soi, d'un « laisser-aller »

# Approcher la dame

- Chercher une alliance sans la faire fuir
- Ne pas appuyer sur sa culpabilité
- Se saisir de son souci -positif- d'accoucher par VB
- L'obésité touche à l'image de soi: le comportement alimentaire (comme les toxiques) sont délicats à aborder
- Questions simples à poser pour explorer:
  - en rapport avec le corps: « comment avez vous appris cette grossesse? »
  - Mettant en lien: « Qui a fait la 1<sup>ère</sup> écho? Quelles démarches avez-vous faites jusque ici? »

# Hospitalocentrisme?

- Nous ne sommes pas les seuls référents des patients-> nous avons à nous intéresser et à activer le réseau extérieur, celui que connaît la patiente peut-être depuis longtemps pour tisser un réseau d'appuis précieux pour le futur.

# Mettre de la communication autour d'elle

- Il n'y a pas que l'obésité; il y a tout ce qui est autour... la communication laborieuse.
- C'est une révélation pour les gens de se rendre compte que les professionnels puissent tenir compte les uns des autres: « parler entre nous, professionnels », c'est un témoignage précieux.

# Ouverture sur le culturel

- Comment est-elle habillée (voile), comment s'exprime-t-elle, elle refuse le dépistage de la trisomie ...
- Mais que faisons-nous de tout cela?
- D'un côté, cela peut être une grille de lecture générale, d'un autre côté, il ne faut pas s'en aveugler et manquer ce que CETTE patiente en vit (p.ex.: l'obésité peut être un signe positif de santé au Maroc, mais ici elle a fait des régimes).

# Tenir deux fils

- Avoir bien en tête les facteurs de risque et les repères médicaux
- Approcher la patiente sans précipitation pour éviter le risque de rupture, construire la relation au rythme de la patiente

# Vécu d'impasse: que faire?

- Cette dame répète, mais elle n'entend pas ce qu'on essaie de lui communiquer.
- Comment récupérer de l'énergie face à ce risque d'« essoufflement »? C'est un signe d'alerte: le professionnel vit le malaise.
- Dans ce sentiment d'échec, il est particulièrement difficile de faire un pas de côté et d'introduire un autre.
- Pourtant c'est justement important à ce moment.
- C'est aussi une façon de lui signifier qu'on a du souci pour elle, et donc qu'on a ENTENDU son mal-être; et qu'on ne se contente pas de rassurer.
- Prendre l'occasion « j'ai fait un bilan avec mon MT »=> en profiter pour proposer de lui tél.

# Quand l'émotion nous déborde

- L'agacement, l'impuissance, l'impossibilité de faire avancer les choses... engendre chez le soignant de l'agressivité, du ras-le-bol. Pas moyen de rester dans une connexion positive avec la patiente si on n'ouvre pas la situation en partage avec d'autres professionnels. Passer la main, en parler avec d'autres... permet de donner de la valeur à ce que montre la patiente et de se dégager de l'agacement qui pourrait faire obstacle dans la relation avec elle.
- Le problème est aussi qu'on arrive en confusion sur l'appartenance des émotions. À qui appartient l'agressivité? L'angoisse?

# Nomadisme médical

- Les démarches de la patiente ont du sens pour elle.
- Cela peut être intempestif dans la logique médicale.
- Mais il faut en tenir compte.
- Et veiller à se mettre en contact avec les autres intervenants plutôt qu'en concurrence.
- Cela permet d'éteindre les excès (en discontinuité) du nomadisme.

# Le passage au psy

- On est mis en échec dans la définition somatique...
- On se dit oh là là, c'est du psy!
- On appelle le psy et là bien sûr ça ne fonctionne pas.
- Alternative= dire alors « moi j'ai besoin du psy » (il va m'aider à aider la patiente), puisque dans son imaginaire à elle il n'a pas (encore) place

# Face à une inquiétude diffuse de l'accouchement, des outils?

- Une consultation d'anesthésie en prénatale
- Une préparation spécifique à la naissance (sf)
- La visite individualisée de la salle de naissance
- ...

# Ne pas se limiter à la compassion primaire

(Dans le cas de la gestion de la péridurale)

- Par une invitation plus ferme, on établit aussi un partenariat responsable.
- C'est d'ailleurs ce que demandent les associations de patients.

# Face à la plainte, encore la plainte

## Déployer l'éventail

- Comment mettre des mots sur un malaise dont la dame elle-même ne sait pas d'où elle vient?
- Au détour des échanges entre les professionnels=> la dame recueille des éléments d'élucidation, sa pensée se déploie.

# La plainte, encore

- L'anticipation permet d'éviter que le décalage entre la dame et les professionnels continue de courir. Risque de naviguer à vue, dans ce cas, dans le flou et l'aléatoire.
- Où se situe sa souffrance? Il y avait des enjeux – qu'on ne connaissait pas- d'accoucher par voie basse.
- Que quelqu'un soit désigné pour ne pas quitter la dame.
- Il faut gérer l'urgence médicale sans perdre le registre émotionnel.

# Poupées gigognes en – ou en +

- Un malaise persistant, indéchiffrable se contamine aux professionnels qui l'éprouvent à leur tour. Aider à la mise en mots de ce malaise en évoquant divers « possibles » (« Vous souhaitez enfin découvrir le visage de votre bébé? Vous avez besoin de sortir au plus vite de la douleur? L'impuissance vous est difficile? Ou c'est de ne pas être comprise dans cette douleur? »)
- Toutes ces hypothèses présentées à la dame témoignent
  - De notre empathie
  - De notre souci de comprendre
  - De notre tentative de traduire le malaise...
- Cette mise en mots, les parents vont s'en saisir, les reprendre à leur compte et avancer dans la prise de conscience de leurs états intérieurs troubles.
- Leur job de parents s'apparente à cette démarche: entendre et décoder les états intérieurs de leur enfant pour pouvoir les reconforter.

# Le piège du bon rôle, mauvais rôle

- Danger du bouc émissaire, critiques réciproques: désignation de responsable du malheur, impression que l'autre prend le bon rôle etc.
- Importance d'en reparler... Reprises morbidité-mortalité, mais aussi ce qu'on en a vécu.
- Car à partir d'un sentiment négatif, il y a bascule possible vers l'hostilité symétrique, ou vers la solidarité.

# Dans la dentelle en cas de danger

- Certaines mamans se sentent exclues par le départ de leur bébé en box de réa.
- Soigner chaque étape, aider à retrouver son point de sécurité pour éviter l'inconnu:
  - « Je suis Dr XX, on va prendre en charge votre petite »
  - « Vous serez là? »-> « Oui je serai là »
- ... autant de confirmations de sécurité, de continuité...

# Atout= confiance au sein de l'équipe

- Pédopsy: Face à l'épuisement de l'équipe:  
Faire retour à l'équipe?
  - -> « L'équipe sait que je les soutiens »
- Sage-femme: « Les pédiatres ne disent rien »
  - -> « Alors qu'ils disent tout »

# Possible retour du psy à l'équipe?

- L'enjeu de la controverse se joue sur un autre registre.
- Par exemple: elle veut qu'on s'occupe d'elle, et quand on s'en occupe, on tombe à côté: justement parce que ça renvoie à autre chose!
- S'il y a des hypothèses « psy », elles peuvent être utiles à l'équipe.