

La relation d'aide, une étape cruciale dans la gestion de l'alcoolisation fœtale

Vaincre les maux par les mots pour éviter que bébé ne trinque

CAMILLE GAGLIO ⁽¹⁾ & AURÉLIE BRISSA ⁽²⁾

Infirmières responsables de soins généraux

⁽¹⁾ gaglio.camille@gmail.com

⁽²⁾ aurelie.brissa@hotmail.com

PROMOTEUR : ANNE-MARIE SAUTOIS ⁽¹⁾

CO-PROMOTEUR : NATHALIE DESCHEEMAER ⁽²⁾

Section de bachelier en soins généraux

Département des soins infirmiers

Domaine de la santé

Site de Tournai

Haute école Louvain-en-Hainaut

⁽¹⁾ sautoisam@helha.be

⁽²⁾ descheemacker@helha.be

RÉSUMÉ. – Le syndrome d'alcoolisation fœtale est la première cause de déficience intellectuelle d'origine non génétique. Ses conséquences sont des malformations (faciales, un retard de croissance, des troubles cognitifs). Dès lors, la maman va faire face à un bébé physiquement touché par la non-gestion de sa consommation d'alcool. Cette rencontre va engendrer de la culpabilité. Ce sentiment et cet enfant « différent » vont mettre en péril le lien d'attachement qui souvent commence à se créer à la naissance.

Les conséquences de ce trouble de l'attachement vont aggraver la situation de l'enfant et la relation maman-enfant. C'est pourquoi les quelques jours passés à la maternité sont cruciaux pour amorcer ce lien et tenter d'aborder avec la maman la problématique de l'alcool sans jugement ni culpabilisation. Pour ce faire, le recours à la relation d'aide est nécessaire. Les infirmières peuvent réaliser cette intervention moyennant une formation complémentaire de quelques jours.

L'appel à une maman partenaire dans le service de maternité et le recours à des services spécialisés lorsque la maman est de retour au domicile viendront parachever l'aide mise en place dès les premiers instants.

ABSTRACT. – Foetal alcohol spectrum disorders are the primary cause of non-genetic intellectual disability. The consequences of which include malformations (facial, stunted growth, cognitive impairment). The mother will, therefore, need to be able to cope with a baby who has been physically affected by her unchecked alcohol consumption. This encounter will cause her to experience feelings of guilt. These, along with the fact of her child being “different” will endanger the bonding experience which usually begins at birth.

The consequences of this attachment disorder will exacerbate the situation of both the child and of the mother-infant relationship. For this reason, the short period spent in the maternity ward is crucial with respect to initiating this bond and approaching the mother about her alcohol problem, without judgement or shaming. In order to accomplish this, it is necessary to engage in relation counselling. Nurses can effectively fulfil this purpose, in a matter of days, by following a complimentary training program.

Engaging a partner mother in the maternity ward and using specialised services to assist her upon her return home, will serve to complete the assistance given to her from the very outset.

MOTS-CLÉS. – Alcoolisation fœtale — Culpabilité — Trouble de l'attachement — Relation d'aide

Plan de l'article

1. Introduction
2. Le syndrome alcoolo-fœtal
3. De la culpabilité au risque du trouble de l'attachement mère-enfant
4. La relation d'aide
5. La spécificité de l'entretien d'aide dans l'alcoolisation fœtale
6. Résultats & discussion
7. Conclusion

1. Introduction

Dans notre société, l'alcoolisme est une pathologie de plus en plus présente même en période de grossesse. L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, 2010) rapporte que 17 à 25 % des Françaises continuaient à boire ponctuellement pendant leur grossesse alors que 6 % d'entre elles poursuivaient à consommer deux verres ou plus par jour (Naassila, 2010). Toujours selon l'INSERM (2001), sur 750 000 naissances annuelles, 700 à 3 000 enfants seraient concernés par le Syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF). Entre 2006 et 2013, 52 nouveau-nés ont présenté le SAF. En 2013, la prévalence du SAF

était estimée être de l'ordre de 1 à 2 naissances sur 1 000 en Belgique (Lintott, 2009).

Notre stage de maternité nous a confrontées à une situation de SAF dont la complexité nous a interpellées en tant que futures professionnelles. Selon la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015, premier paragraphe de l'article 46 :

« On entend par exercice de l'art infirmier, l'accomplissement des activités suivantes : 1°a) observer, identifier et établir l'état de santé sur les plans psychique, physique et social; b) définir les problèmes en matière de soins infirmiers. [...]; d) informer et conseiller le patient et sa famille; e) assurer une assistance continue, accomplir des actes ou aider à leur accomplissement en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la santé de personnes et de groupes qu'ils soient sains ou malades ».

Par conséquent, l'infirmier¹ a d'une part, un rôle dans la prévention et la promotion de la santé auprès des mamans et, d'autre part, un rôle dans l'accompagnement et l'information des risques liés à la prise d'alcool que ce soit en service de maternité ou lors des consultations. Or, les séjours en maternité sont de plus en plus courts :

« En Belgique, la durée moyenne de séjour après accouchement spontané d'un singleton a diminué de 4,96 jours en 2010 à 3,83 jours en 2013, puis est brutalement tombée à 3,11 jours en 2016 [...]. À l'heure actuelle, la durée moyenne de séjour en Belgique est proche de la moyenne UE-13 (2,8 jours en 2016) » (Devos, 2019, p. 86).

L'enjeu de la posture soignante est essentiel après l'accouchement : il faut aider les mamans à exprimer leur vécu quant à l'accouchement, car elles ont souvent peur du jugement et présentent un sentiment de culpabilité. Selon Simon *et al.* (2010, p. 17), « il existe donc une triple culpabilité : l'addiction en elle-même, le fait d'être responsable du handicap de son enfant et le soupçon social d'incompétence maternelle ». C'est dans ce contexte que l'infirmier devra amorcer la préparation au retour au domicile en favorisant le début d'un lien d'attachement entre la maman et son bébé, et ce, en tenant compte des courts délais d'hospitalisation. Il va sans dire que cette intervention infirmière s'inscrira dans « une interdisciplinarité exempte de disqualifications et une relation de confiance véritable » (Vander Linden & Roegiers, s.d., p. 43), car

1. Le terme « infirmier » est employé à titre épiciène.

« seuls le partage et le décryptage — entre professionnels — des affects violents qu'induisent ces situations de toxicomanies, permettent une cohérence dans le soutien [*« holding »*] » (Vander Linden & Roegiers, s. d., pp. 41-42).

Ces interpellations nous ont amenées à nous pencher sur les écrits qui abordent la question de la prévention du trouble de l'attachement dans un contexte d'alcoolisation fœtale et sur le rôle capital de l'infirmière dans l'établissement d'une relation d'aide afin d'atténuer le sentiment de culpabilité spécifique à ce contexte d'alcoolisme.

2. Le syndrome alcoolo-fœtal

Selon Pacey (2010), les scientifiques américains Jones, Smith, Ulleland et Strissgut (1957) ont été les premiers à parler officiellement de l'alcoolisation fœtale. Ce n'est qu'en 1973 que ces mêmes auteurs ont analysé 8 bébés de maman consommant de l'alcool et ont donné à ce phénomène le nom de « *fetal alcohol syndrome* ». La traduction française littérale est « syndrome d'alcoolisme fœtal ». Dehaene l'a modifiée en « syndrome d'alcoolisation fœtale », car pour lui le fœtus n'est pas lui-même alcoolique, mais est victime de l'alcoolisation. Il est donc plus juste de parler d'alcoolisation fœtale. Finalement, une définition a fait consensus :

« Le SAF se caractérise par une série de quatre signes : la dysmorphie craniofaciale, l'hypotrophie staturo-pondérale, les malformations osseuses et viscérales et les anomalies psychomotrices » (Biéder & Callens, 2002, p. 117).

L'enfant atteint du syndrome va donc être sujet d'anomalies touchant différents systèmes. Selon ces auteurs, un retard de croissance pré- et postnatal pouvant conduire au nanisme est observé. Des anomalies craniofaciales caractéristiques ou une dysmorphie craniofaciale sont retrouvées : une micro-céphalie ; un rétrécissement des fentes palpébrales en largeur et en hauteur et un retroussement de l'extrémité nasale, une lèvre supérieure mince. Le système nerveux peut aussi être altéré avec des troubles de succion par exemple, de la respiration ou du rythme veille-sommeil. Plus tard, l'enfant peut présenter un retard de langage, des troubles cognitifs comme des difficultés dans les apprentissages scolaires, un trouble de la communication, ou encore une déficience mentale (QI < 70). Le SAF peut s'accompagner d'anomalies malformatives congénitales, d'origine cardiaque (30 %), ainsi que des malformations urinaires ou auditives.

De plus, le bébé à la naissance aura peut-être besoin d'un sevrage néonatal selon son degré d'atteinte. Celui-ci est repéré par un état de torpeur avec une respiration perturbée. Une réanimation peut s'imposer dans certains cas.

Ces multiples conséquences, autant physiques que psychologiques, pourront également avoir des répercussions dans le processus de socialisation de l'enfant.

3. De la culpabilité au risque du trouble de l'attachement mère-enfant

La rencontre entre une maman et son bébé est un moment unique. Dans un contexte d'alcoolisation fœtale, cette rencontre est plus difficile. La maman vivant déjà un sentiment de honte vis-à-vis de l'alcoolisme voit son enfant lésé, ce qui déclenche chez elle un sentiment de culpabilité :

« Dans la honte, nous sommes seuls, mis à l'écart, exposés aux attaques. Dans la culpabilité, nous avons une relation affective à un autre que nous avons lésé, à qui nous avons pris quelque chose. Alors que la honte nous laisse sans remède par nos propres moyens, la culpabilité appelle en nous, vers l'autre, la réparation. » (Monjauze, 2011).

Autrement dit, la culpabilité est un sentiment qui se vit « en binôme », ce qui la différencie de la honte :

« Le fait de se sentir coupable lorsqu'il arrive quelque chose de grave à son enfant est un phénomène quasi universel, car les parents, responsables du devenir de leurs descendants, effectuent facilement un glissement de la notion de responsabilité à celle de culpabilité. » (Colineau, 2012).

Dans un contexte d'alcoolisation, la culpabilité de la mère vis-à-vis de son bébé n'en sera que plus forte. Son bébé sera le miroir de sa non-gestion de sa consommation d'alcool, ce qui renforcera ce sentiment de culpabilité. Néanmoins, l'idée qu'un autre soit touché par sa faute peut devenir un moteur afin de tenter de se rattraper. C'est pourquoi notre objectif, en tant que soignant, est de repérer ces sentiments de honte et de culpabilité afin de permettre à la maman de les surmonter et d'ainsi prévenir un trouble de l'attachement mère-enfant.

Dugravier & Barbey-Mintz (2015) relatent qu'en 1958, John Bowlby, pédiatre et psychanalyste britannique, a abordé pour la première fois le concept d'attachement :

« L'attachement désigne un lien d'affection spécifique d'un individu à un autre. Le premier lien est établi en général avec la mère. Une fois formé, l'attachement a pour nature de durer. La construction des liens entre l'enfant et sa mère ou celle qui en tient lieu, répond à un besoin physiologique fondamental ».

Ils poursuivent :

« Bowlby insiste bien sur le fait que l'attachement est un besoin primaire qui, dans une perspective darwiniste, est essentiel à la survie de l'espèce [...]. Il propose un ensemble de systèmes innés de comportements ou systèmes motivationnels favorisant les relations et qui sont corrigés quant au but par la réponse de l'environnement ».

Selon Binel (2000), « l'attachement est toujours décrit comme un processus interactif, débutant précocement, nourri de présence et d'échanges et susceptible de perturbations s'il se trouve bousculé dans son déroulement normal ». Il faut effectivement du temps pour fabriquer et nourrir l'attachement mère-nourrisson : celui-ci a débuté pendant la grossesse avec le désir d'enfant, il a grandi pendant neuf mois et se développe en post-partum avec la croissance de l'enfant.

Le déroulement de ce processus pourrait donc être perturbé dans la situation d'alcoolisation fœtale et l'attachement entre maman et bébé pourrait s'avérer problématique. Katell Faure *et al.* (2008, p. 1478) font remarquer que « par la suite, l'addiction est souvent associée à des dysfonctionnements interactifs entre la mère et le bébé dont le développement psychoaffectif peut être alors entravé ». Dans un contexte d'alcoolisation fœtale, le lien d'attachement de la maman vis-à-vis de son bébé peut être plus compliqué. Il y a deux raisons à ce risque : le sentiment de culpabilité et les comportements de l'enfant (pleurs, agitation). « Le travail clinique auprès de ces dyades mère-bébé montre les difficultés à exercer les fonctions parentales avec empathie, responsabilité et constance, en particulier à percevoir et à répondre aux besoins évolutifs de l'enfant » (cité dans Wendland, 2017, p. 8).

De ces lectures, nous retenons qu'en tant que futures professionnelles, il faut être attentives au sentiment de culpabilité que pourrait développer la maman : si celui-ci n'est pas repéré par le soignant et accompagné, il peut engendrer un trouble de l'attachement mère-enfant.

Le but ne sera pas de gérer l'alcoolisme de la maman à la maternité, mais bien de tenter de créer un lien entre la mère et son enfant pour éviter les complications inhérentes à ce trouble de l'attachement. « Dans ses rencontres avec l'infirmière, [le patient] va s'éloigner progressivement de son rôle de victime, de coupable, devenir responsable et acteur. Cette patience de l'infirmière et son respect pour le patient vont inscrire tout soin, qu'il soit technique ou relationnel, dans un concept d'échange et de relation d'aide » (Monjauze, 2011).

4. La relation d'aide

Dans leur ouvrage *Relation d'aide en soins infirmiers*, Daydé et al. (2009) font référence à Rogers, fondateur de la relation d'aide qui la définit comme « une des formes de relation interpersonnelle ayant pour vocation de favoriser chez l'autre la croissance, la maturité, une plus grande capacité à affronter la vie, en mobilisant ses propres ressources ». En effet, Rogers considère l'individu dans sa globalité et estime que chaque personne a le potentiel pour trouver en lui la réponse à son problème : « tout individu possède un potentiel suffisant pour gérer tout aspect de sa vie ». Cette relation va permettre d'accompagner psychologiquement une personne en souffrance : ce n'est pas le thérapeute qui va guider la solution, mais il est celui qui va amener le patient à trouver lui-même sa solution.

Selon Chalifour (1989), « la relation d'aide consiste en une interaction entre deux personnes : l'intervenant et le "client", chacun contribuant personnellement à la recherche et à la satisfaction d'un besoin d'aide présent chez ce dernier. Cela suppose que l'intervenant adopte une façon d'être et la communique en fonction des buts poursuivis ».

C'est avant tout une relation humaine où la confiance doit être présente afin que le patient livre son vécu. Les deux protagonistes ont un rôle à jouer. Le thérapeute doit se montrer disponible et aider le patient à extérioriser ses émotions. Ce dernier doit éprouver le sentiment d'être accompagné dans sa recherche de solution. Dans le contexte de l'alcoolisation fœtale, il est important d'accompagner la maman, car son bébé a physiquement les traces de ce fardeau. Les soignants doivent lui permettre de mettre des mots sur ce qu'elle ressent. Selon Phaneuf (2014), « la relation d'aide en soins infirmiers est une ouverture à l'autre et un moyen de le comprendre, de l'aider à porter le fardeau de sa difficulté existentielle ou de sa douleur ». Il en ressort donc bien la notion d'accompagnement, de soutien et non pas celle d'un soignant qui décide pour

un soigné. Nous retrouvons cette idée dans la philosophie du *caring* « dont la finalité est la satisfaction de la personne soignée, de favoriser le développement des potentialités permettant à une personne de choisir la meilleure action pour elle-même à un moment donné, en tenant compte de l'entourage. Il peut être pratiqué de façon efficace, dans les activités de soins, au travers de relations interpersonnelles » (Formarier, 2007, p. 36).

Effectivement, « la relation d'aide psychologique est une relation dans laquelle la chaleur de l'acceptation et l'absence de toutes contraintes, de toutes pressions personnelles de la part de l'aidant, permettent à la personne aidée d'exprimer au maximum ses sentiments, ses attitudes et ses problèmes » (Rogers, cité dans Formarier, 2007). Pour cela, la relation doit être cadrée et organisée et implique pour le soignant de faire preuve d'attitudes adéquates telles que « l'écoute active, l'empathie, l'authenticité, la congruence » (Tremblay, 2008).

5. La spécificité de l'entretien d'aide dans l'alcoolisation foetale

Cette relation d'aide dans l'accompagnement des femmes dépendantes implique l'écoute, la rencontre, la relation empathique, la confiance. L'écoute favorise l'instauration d'un climat de confiance lors de la première rencontre avec la maman. Dans la relation d'aide, il s'agit d'abandonner son propre cadre de référence : « La communication qui joue un rôle fondamental en santé dans la relation soignant-soigné peut être influencée par des représentation(s) des infirmiers(ère)s à l'égard du patient alcoolique quand certains objectifs de la situation du patient ne sont pas pris en compte » (cité dans Malwan & Morsa, 2015). Comme nous l'avons vu précédemment, les sentiments de honte et de culpabilité sont bien présents dans l'alcoolisation foetale. Il nous semble donc important d'être conscientes, lors du premier entretien de relation d'aide, qu'il ne faut pas trop « attendre » des patients. La honte et la culpabilité sont des freins à la communication. Il ne faut pas imposer aux patients notre rythme, mais leur laisser l'opportunité de choisir le leur. Effectivement, « les victimes peuvent éprouver de la gêne à se livrer lorsqu'elles sont honteuses ou se sentent coupables de ce qui leur est arrivé. Les aidants doivent donc les inciter à parler, mais sans les forcer. Il est essentiel qu'ils respectent leur rythme et qu'ils se montrent patients. Ils doivent avancer avec la personne, marcher à ses côtés à son allure et non la dépasser et la devancer » (Josse, 2019, p. 8). À cause de la culpabilité, des barrières à la communication vont s'installer. Le soignant va

s'attacher à restituer la « confiance en soi » de la patiente et favoriser l'acceptation de son enfant afin d'éviter un trouble de l'attachement.

Ici, c'est la maman qui est considérée comme victime dans le sens où elle a accouché d'un enfant avec un syndrome fœtal. Bien évidemment, l'enfant est également « victime », mais la prise en soin va porter sur la maman par rapport à cette problématique de risque de trouble de l'attachement.

Le rôle infirmier sera d'aider à surmonter la culpabilité de la maman. Le but ultime sera de changer son sentiment de culpabilité en sentiment de satisfaction d'avoir accouché et donné la vie à un enfant dans des conditions difficiles. L'aider à prendre conscience de ce fait lui permettra de trouver une motivation pour s'occuper de son enfant. Le fait de s'investir ne pourra que renforcer le lien d'attachement mère-enfant. L'infirmière a un rôle actif dans le renforcement de ce lien. L'écoute active sera le maître mot, le but étant d'aider à trouver une motivation personnelle et de rassurer. « Il ne faudrait pas reproduire, dans l'accompagnement, ce qui pourrait bien être à l'origine de l'alcoolisation : la discordance entre ce qui est attendu et ce qui est trouvé. D'où l'importance de l'aborder à partir de ce que l'on constate, en renonçant à tout jugement, pour faire place au questionnement » (Tremintin, 2001). L'enjeu est de trouver un équilibre entre ce que les mamans disent et ce qu'il est possible de faire au présent.

Autome-Van Pevenage (2011) ajoute qu'« il est fondamental que la relation d'aide soit bien établie, bien solide pour que le patient se sente en sécurité pour parler de ce sentiment d'humiliation exterminatrice, vécue à l'occasion d'un regard, d'une parole, d'un geste, en sécurité pour dénoncer cette lourdeur qui taraude l'estime de soi, cette honte qui colle à la peau, cette honte-sparadrapp qu'on essaye en vain d'enlever à un doigt, mais qui revient sur le bout du nez ! ».

6. Résultats & discussion

Certains auteurs comme Collet (2012) et Gomez (2009) abordent l'idée d'un dépistage à titre préventif. Délaissant cette piste, nous souhaitons nous limiter au contexte de la maternité où l'enfant est né et porte le syndrome d'alcoolisation fœtale.

Une première étape consiste à mieux « cerner » le problème d'alcoolisme de la maman.

Tenant compte du contexte socioéconomique dans lequel se trouvent les services de maternité et du fait que cette problématique est jugée « minoritaire », nous pensons que le test intitulé *Alcohol use disorders identification test* (AUDIT) pourrait, dans sa variante AUDIT-C, se réaliser en maternité. Celle-ci est composée de 3 questions qui permettent de classer rapidement le type d'alcoolisme. Chaque question est évaluée de 0 à 4. Si le score total est égal ou supérieur à 3, alors il y a un risque de dépendance à l'alcool. Ces trois questions peuvent être posées lors d'une mise au sein ou lors de la toilette du bébé. C'est une alternative plus rapide au test d'AUDIT, avec ses dix items, qui permet d'ouvrir l'échange avec la patiente sur ses consommations d'alcool et les diverses aides proposées.

En ce qui concerne les compétences relationnelles, il ressort des différents auteurs consultés que la notion d'empathie est fondamentale. Lors d'une conférence sur la thématique de substances psychoactives chez la femme enceinte (novembre 2019 – Chwapi), le conférencier insistait sur la place centrale de la relation d'aide, de l'empathie et de l'authenticité indispensables pour que la maman se sente en confiance et puisse ressentir la disponibilité de l'équipe soignante.

Nous pouvons rencontrer des personnes alcooliques dans tous les services. Travailler en équipe pluridisciplinaire est un enjeu majeur dans l'instauration de ce climat de confiance et de relation d'aide. Ces situations de soin sont complexes, doivent prendre en considération la dyade maman-bébé ainsi que le papa. Le conférencier a mis en exergue le fait de pouvoir faire appel à une infirmière référente en psychiatrie dans certaines de ces situations.

Le frein que constitue le facteur temps a également été mis en avant : les pathologies à caractère psychiatrique sont écartées, car la priorité est que l'accouchement soit eutocique. Nuancions ce propos : il ne s'agit sans doute pas seulement d'un manque de temps, mais également d'une difficulté à réaliser ce soin relationnel. Celui-ci ne doit pas venir après un soin « physique », mais il convient plutôt d'utiliser un soin physique comme médiateur pour le soin relationnel. Par exemple, nous pouvons prendre le temps de discuter avec la maman de façon plus intime lors du bain du bébé, car celui-ci semble propice à l'installation d'une relation de confiance et à une plus grande réceptivité de la part de la patiente. Ces entretiens d'aide devraient être réalisés lorsque nous en percevons le besoin chez la patiente. Lors de ceux-ci, il est d'abord important d'essayer de comprendre ce que vit la patiente, comment elle le vit, et ce qu'elle envisage pour son retour à domicile concernant sa consommation d'alcool. Il

est important de lui expliquer que la vie avec un nourrisson sera différente, que celui-ci va avoir besoin de soins et d'une maman pleinement disponible. Mieux comprendre la patiente, c'est lui offrir des soins adaptés. Pour atteindre cet objectif, il faut néanmoins acquérir des compétences adéquates quant à la relation d'aide.

De notre point de vue, un infirmier sortant d'une formation de Bachelier infirmier responsable en soins généraux (BIRSG) sans formation spécifique en santé mentale n'est pas préparé de façon optimale à accompagner ces mamans sur une thématique psychologique aussi complexe que le SAF. Certes, les infirmiers ont des compétences de base quant à la relation d'aide. Celles-ci sont cependant insuffisantes pour répondre adéquatement à de telles situations. La formation continue est une première piste permettant d'étoffer ses connaissances, mais il y a d'autres perspectives.

La première serait d'engager un infirmier possédant une spécialisation en santé mentale dans le service de maternité. Ce dernier effectuerait les soins quotidiens de la même façon qu'un autre infirmier, mais il pourrait en outre s'occuper des mamans présentant des pathologies à caractère psychiatrique (dépression, idées noires, alcoolisme, borderline...). Le fait d'avoir un infirmier en santé mentale serait un réel atout afin de soigner la patiente dans sa globalité. Néanmoins, suite à un entretien avec une cheffe de service, il semble que cette solution, sans être impossible, soit difficilement réalisable étant donné l'effectif de ses équivalents temps pleins. Faire ce choix dépend des caractéristiques socioéconomiques des patientes, de la politique du service, des valeurs partagées par l'équipe. Pour cette infirmière-chef, un infirmier spécialisé en pédiatrie répond davantage à sa préoccupation d'accorder la priorité aux soins périnataux plutôt qu'aux soins psychologiques. « J'ai plus souvent », dit-elle, « des problèmes de poids de l'enfant, d'alimentation, de mise au sein que de maman dépressive ou alcoolique. Dans mon quotidien, je ne peux pas privilégier l'aspect psychologique au détriment de la santé des bébés ». Lorsque je suis confrontée à une détresse psychologique, poursuit-elle, « j'appelle d'abord l'assistante sociale et la psychologue du service qui vont effectuer un entretien afin d'établir un bilan psychosocial ».

Des mesures pour le suivi de ces situations de SAF sont donc prises : contacts avec l'assistante sociale, l'ONE, le service de protection de la jeunesse. Des procédures sont mises en place pour assurer « la sécurité physique » de l'enfant. En revanche, peu de choses sont mises en place pour la prévention des troubles de l'attachement.

Finalement, une troisième idée qui pourrait venir étayer l'offre en soins serait de prendre contact avec le projet 107. Bien que celui-ci ne prenne pas en charge les personnes dont l'alcoolodépendance est la demande principale, il travaille en réseau avec l'asbl Freedom qui gère la coordination des assuétudes. Le projet Freedom consiste à accompagner gratuitement, à domicile, les personnes en situation de précarité. Que ce soit pour un sevrage ou non, l'équipe aide le patient dans ses projets. Selon cette asbl, une intervention en maternité pourrait être envisagée si le service le demandait. Ce projet intervient déjà dans l'accompagnement des patients lorsqu'ils se font hospitaliser. Ainsi, en préadmission, il accompagne les patientes pour expliquer la situation, leur principal objectif étant de déculpabiliser les mamans. Il propose aussi des groupes de paroles sur place et en ligne. En bref, il pourrait être envisageable de mettre en relation un service de maternité avec le projet Freedom dans le but d'intervenir auprès des mamans dans le cadre d'alcoolisation fœtale.

L'approche pluridisciplinaire s'avère donc indispensable : l'assistante sociale, la cheffe de service, la psychologue, les infirmières, les sages-femmes, les organismes rattachés au service jouent un rôle primordial pour amorcer une prise en charge optimale de la maman alcoolique. Vander Linden et Roegiers, (s.d., p. 42) soulignent que « [l'infirmière] doit être soutenue par le réseau des professionnels pour continuer à accueillir les parents et les guider dans le management du bébé [...] ».

Toutefois, dans sa pratique clinique, l'infirmier peut utiliser le diagnostic infirmier (DI) repris dans la NANDA (2018) : « Syndrome d'abstinence néonatal ». Il est défini comme étant « un ensemble de symptômes de sevrage observés chez le nouveau-né consécutifs à l'exposition in utero à des substances addictives ou consécutifs à la gestion médicamenteuse de la douleur postnatale » (p. 421). Ce diagnostic infirmier s'adresse aux populations à risque, c.à.d. à celles où il y a une exposition à une substance in utero secondaire à l'utilisation d'une substance addictive par la mère. Au niveau des caractéristiques, nous retrouvons la désorganisation comportementale chez le nouveau-né, la diarrhée, les habitudes de sommeil perturbées, le risque de perturbation de l'attachement.

Un autre DI, à savoir « risque de perturbation de l'attachement » (p. 346), peut aider les infirmières en maternité. Si ces dernières reconnaissent les symptômes et les facteurs de risque mentionnés ci-dessus, elles pourraient faire le rapprochement entre des deux DI et adapter leurs interventions.

Une première étape consisterait à réaliser un bilan concernant l'attachement entre la mère et le bébé après l'accouchement. Une grille NOC, attachement parent-enfant, peut être utile, car elle s'attache à repérer les « comportements qui témoignent de liens affectifs durables entre un parent et son enfant » (NOC, 2014, p. 112).

Nous pensons que cette grille est très intéressante pour la maternité : nous y retrouvons des items tels que « sourit au nourrisson », « verbalise des sentiments positifs envers le nourrisson », « console le nourrisson ». C'est une grille facile à compléter, qui ne prend que quelques minutes sur base d'une bonne observation. Nous avons proposé cette grille à un service de maternité qui, très enthousiaste, a accepté de l'essayer avant d'en évaluer les résultats dans quelques mois. Il s'agirait de demander aux infirmières si, par exemple, en remplissant cette grille elles avaient le sentiment d'avoir été plus attentives au lien d'attachement. Ensuite, si elles ont perçu un trouble, d'examiner si cette grille leur a permis de s'en rendre compte plus rapidement et donc de mieux réagir.

Un élément qui nous semble important est de bien remplir le dossier patient (échelles, évaluations), car cela permet de générer des codes qui, secondairement, vont permettre aux équipes d'obtenir un financement (Thonon, 2015) via l'enregistrement des données infirmières du résumé hospitalier minimum (DIRHM), lequel est construit sur base de la classification des interventions de soins (NIC).

Or le DIRHM, dans sa dernière version 2.0 (2017), n'intègre pas d'item relatif à l'alcoolisation fœtale. Par conséquent, les infirmiers risquent de ne pas accorder suffisamment d'importance à cette problématique. Néanmoins, il y a un item permettant d'évaluer le lien mère-enfant. Intitulé « W500 : Soins Kangourou », il permet un contact direct entre le bébé et sa maman afin de favoriser le lien d'attachement. Pour être validé, il doit durer minimum 60 minutes en dehors de l'alimentation. Il fournit un score qui va être repris dans le dossier informatique de l'enfant. Concernant la maman, dans le DIRHM, on retrouve l'item « S100 : Éducation spécifique structurée » dont la définition est : « ensemble des activités éducatives structurées réalisées dans le but de permettre d'acquérir certaines connaissances, capacités ou compétences en vue de permettre au patient [...], en vue de son retour, de poursuivre son processus thérapeutique, apprendre à gérer la maladie et ses complications ». Pour qu'il soit correctement complété, il faut structurer un plan d'éducation, le planifier et le réaliser (lors du bain du bébé par exemple), et enfin l'évaluer.

La culpabilité peut durer plusieurs années, comme en témoigne M^{me} X qui a accouché d'un enfant avec le syndrome alcoolo fœtal. Elle nous raconte que son enfant a maintenant 5 ans, mais qu'il est différent, aussi bien d'un point de vue physique que comportemental. Elle nous a avoué ne pas avoir culpabilisé pendant sa grossesse, car elle n'imaginait pas les conséquences qui pourraient en résulter. Néanmoins, dès l'accouchement, elle s'est rendu compte que son bébé était différent, qu'il n'était pas le bébé qu'elle avait imaginé, et à partir de ce constat, elle a culpabilisé énormément ; c'est la raison pour laquelle elle veut s'informer sur cette problématique et sensibiliser un maximum de mamans par le biais de groupes de paroles ou d'associations.

Si les soignants peuvent accompagner les mamans grâce à l'empathie, la plus-value d'une telle maman partenaire est indéniable : échange de solutions concrètes, plus grande liberté de parole... Afin que ces mamans ne soient pas seules une fois sorties de la maternité, nous avons vu qu'il existait des services pouvant les aider à surmonter les troubles liés à la naissance d'un bébé. En admettant que la maman ayant une problématique alcoolique accepte de se faire accompagner en post-hospitalisation, elle peut être dirigée vers un service de maternologie qui utilise la câlinothérapie, la communication non violente, le *snoezelen* et d'autres techniques. Néanmoins, un tel service a ses limites : il n'accepte que des mamans adolescentes jusqu'à l'âge de 21 ans et leur bébé jusqu'à un an maximum.

7. Conclusion

Ce travail de fin d'études nous a permis d'approfondir nos connaissances concernant l'alcoolisation fœtale et, plus précisément, le syndrome alcoolo-fœtal. En analysant le concept d'attachement mère-enfant qui se trouve mis en péril par le sentiment de culpabilité, nous avons fait ressortir tout l'intérêt d'utiliser la relation d'aide comme outil de communication afin d'atténuer ce sentiment chez la mère ayant mis au monde un enfant souffrant du SAF et d'éviter ainsi un trouble de l'attachement.

Notre objectif était de mettre en évidence, en tant futures professionnelles travaillant au sein d'une équipe pluridisciplinaire, les points d'attention permettant d'accompagner au mieux une maman dont le bébé est atteint d'un SAF.

Nous avons d'abord proposé de réaliser un test « Audit C », non pas à titre préventif, mais dans le but d'ouvrir une discussion à propos de l'alcoo-

lisme. Les professionnels évoquent souvent un manque de temps pour ces tests. Néanmoins, il est rapide à effectuer puisqu'il est composé de seulement trois questions.

La relation d'aide, grâce à ses caractéristiques que sont l'empathie, l'authenticité, l'écoute active, permet à la maman de s'exprimer sur son vécu. Elle permet de favoriser un lien de confiance entre le soignant et le soigné, puisque la maman ne se sent pas jugée, mais écoutée.

Le personnel soignant qui a une formation BIRSG peut rencontrer des difficultés quant à la relation d'aide. C'est pourquoi participer à des modules de formation sur la relation d'aide permettrait de développer des compétences pour mieux accompagner ces situations de soin complexes.

D'un point de vue politique, le devoir d'un infirmier est de remplir correctement le dossier informatisé. Néanmoins, aucun item du DIRHM ne se réfère à l'alcoolisation fœtale. Avoir un tel item permettrait aux infirmières d'être davantage sensibilisées à cette problématique, d'y accorder plus de temps, et augmenterait les possibilités que la maman se fasse accompagner en post-hospitalisation.

Finalement, nous avons dégagé plusieurs solutions soit à la maternité, via une maman-partenaire, soit au domicile, via le projet 107 ou Freedom.

Il sera difficile de contrer le sentiment de culpabilité en trois jours. Aider une maman ayant un enfant portant le syndrome d'alcoolisation fœtale est toutefois possible moyennant un travail en pluridisciplinarité où le patient est acteur de son projet de soins.

Des obstacles se présentent. Le premier est que l'alcoolisation fœtale est un phénomène minoritaire en maternité. Par conséquent, les ressources humaines, matérielles et financières allouées à cette problématique sont limitées, voire inexistantes. Le second est le nombre d'équivalents temps plein disponibles dans les services. Étant particulièrement restreint, il est difficile de prendre la décision d'engager un infirmier spécialisé en santé mentale plutôt qu'en pédiatrie.

Vouloir changer les choses aujourd'hui, même si tout semble encore figé et à formaliser, c'est prendre le pari de s'inscrire dans une nouvelle perspective poursuivant une approche globale et humaniste de la personne. C'est réfléchir à la finalité des soins avec pragmatisme et humanisme pour tenter de soigner la personne avec une qualité de soins optimale. C'est faire un pas vers l'autre dans le but que chacun y trouve une voie d'accomplissement.

Bibliographie

- Autome-Van Pevenage, A. (2011). La honte, une élaboration secondaire. Récupéré de : <https://www.psy.be/fr/conseils/la-honte-une-elaboration-secondaire>.
- Biéder, J., & Callens, H. (2002). Embryofoetopathie alcoolique (Syndrome de Lemoine). *Annales médico-psychologiques*, 160, 67-71.
- Binet, G. (2000). *Prématurité et rupture du lien mère-enfant : la naissance inachevée*. Québec : Éditions Gaetan Morin.
- Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers : une perspective holistique-humaniste*. Paris : Éditions Lamarre.
- Colineau, B. (2012). *Accompagner le bébé souffrant : tisser le lien parent-enfant*. Lyon : Chronique sociale.
- Collet, M. (2012). Dépistage et prise en charge des conduites d'alcoolisation gravidique. *Vocation sage-femme*, 11(97), 9-25.
- Daydé, M. C., Pascal, C., & Salabaras Clergues, E. (2009). *Relation d'aide en soins infirmiers*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleeschauwer, B., Haeletrman, M., Léonard, C., & Meeus, P. (2019). *Performance du système de santé belge : rapport 2019*. Récupéré de : www.kce.fgov.be.
- Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A. S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, 2(66), 14-22.
- Formarier, M. (2007). La relation de soin : concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 2(89), 33-42.
- Gomez, H. (2009). L'accompagnement en alcoologie clinique. *Empan*, 2(74), 7881.
- Josse, E. (2019). *Les techniques de communication dans la relation d'aide psychologique : notions de base*. Récupéré de : www.resilience-psy.com.
- Lintott, M. (2009). Troubles et maladies : ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). *About Kids Health.ca*. Récupéré le 12 novembre 2019 de : www.aboutkidshealth.ca.
- Malwan, M., & Morsa, M. (2015). *La communication dans la relation soignant-patient alcoolique dans une unité d'hospitalisation générale*. Louvain-en-Woluwe : Université catholique de Louvain.
- Mikolajczak, M., Tremblay, L., Zech, E., & Roskam, I. (2001). *Burn-out professionnel, parental et de l'aidant : comprendre, prévenir et intervenir*. Louvain-la-Neuve : De Boeck.
- Monjauze, M. (2011). *Comprendre et accompagner le patient alcoolique* (3^e édition). Paris : Éditions In Press.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas M. L., & Swanson E. (2014). *Classification des résultats de soins infirmiers CRSI/NOC. Mesure des résultats de santé* (traduction de la 5^e édition américaine). Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- Naassila, M. (2010). Récupéré le 12 octobre 2020 de : <https://www.u-Picardie.fr/ser-vlet/com.jsbsoft.jtf.core.SG>.

- NANDA International (2018). *Diagnostics infirmiers : définitions et classification (2018-2020)*. Paris : Elsevier Masson.
- OMS (2012). *Classification internationale des maladies (CIM) : 11^e révision : foire aux questions*. Repéré sur : https://www.who.int/features/2012/international_classification_disease_faq/fr/.
- Pacey, M. (2010). *Syndrome d'alcoolisation fœtale et ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale chez les autochtones du Canada : lacunes en matière de connaissances*. Consulté le 12 novembre 2019 sur : <https://www.nccah-ccnsa.ca/docs>.
- Phaneuf, M. (2014). *La relation d'aide : cheminement soignant ou cul-de-sac relationnel*. Consulté sur : <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2014/11/La-relation-d-aide-cheminement-soignant.pdf>.
- Simon, C., Tonnelier, S., Diserbo, C., Bodénez, P., & Rigaud, A. (2010). Aperçus pré-alables de la psychologie d'une femme enceinte alcoolodépendante pour organiser la prise en soins de la mère et de son enfant. *Psychotropes*, 16(3), 1732.
- Thonon, O. (2015). *DI-RHM, NRG et Financement. Congrès annuel ACN – FNIB*.
- Tremblay, L. (2008). *La relation d'aide : développer des compétences pour mieux aider*. Québec : Éditions Zech.
- Tremintin, J. (2001). *Quelle intervention auprès de la personne alcoolique ?* Consulté sur : <https://www.lien-social.com/Quelle-intervention-aupres-de-la-personne-alcoolique>.
- Vander Linden, R., Roegiers, L., Grossman, D., Lion, F., Paternostre, B., & Rozenberg, M. (s.d.). *Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance*. Consulté sur : [www.gip-perinatalite.be/prévenir les troubles de la relation autour de la naissance](http://www.gip-perinatalite.be/prévenir-les-troubles-de-la-relation-autour-de-la-naissance).
- Wendland, J. (2017). Impact des troubles maternels borderline et psychotiques sur les relations mère-enfant : une revue de la littérature. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 1(6), 5-27.

