

CHANTIER du DAPSA du 9 janvier 2014

Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien : le(s) sens de la sortie

Chef de chantier : Marijo Taboada

Intervenants : Jean Ebert, pédopsychiatre, chef de service de l'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien et Marie-Laure Sfeir, médecin généraliste, coordinatrice à l'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien

### **Marijo Taboada**

L'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien a ouvert ses portes depuis bientôt quatre ans. Qu'on le veuille ou non, il y a un dedans et un dehors, ce n'est si perméable que cela entre les deux. Nous avons fait un chantier en avril sur l'admission, pour les gens qui imaginaient adresser leurs patientes, temps de travail à l'issue duquel la question était, et la sortie. Et là aussi la question du dedans et du dehors se repose. Comment peut-on sortir de l'hôpital ? Comment cela se décide ? Sur quelle décision ? Selon quelles modalités ?

Nous allons avoir une présentation de comment se construit le processus de pensée de la sortie d'une dyade, ou pas dyade. Comme d'habitude, cela reste interactif.

Cela une bonne trentaine d'année que nous nous rendons compte que la détérioration des conditions de vie économiques rend la vie des personnes en difficultés, quelles que soient ces difficultés, beaucoup plus complexe. Et cette complexité vient nous décaler dans notre mission, nous déranger, voire nous faire perdre nos propres compétences professionnelles, car nous sommes pris dans des questions sociales et matérielles (cette dame a-t-elle les papiers, la sécu, la CMU, l'hébergement ? ...) et la capacité de soutenir ces personnes à se développer comme sujet pensant et libre d'organiser sa vie est prise par ces soucis. S'ajoute à cela depuis ces dernières années la mise en place d'une atmosphère de non inclusion des personnes différentes, venant d'ailleurs chez nous. Je fais écho à la récente journée organisée par Solipam où un débat dont l'objet était la précarité est devenu un débat sur les personnes migrantes. Et l'un de nos soucis lorsque nous avons dans nos populations des personnes qui viennent d'autres contrées, et je pense que cela fait partie de l'anxiété de ces femmes-là, c'est : sommes-nous prêts à accepter leurs enfants - c'est la question de la filiation - comme faisant partie de notre communauté nationale ? Ce n'est plus si clair que cela.

Néanmoins, même si ces questions viennent encombrer ce que nous avons à faire, l'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien est un hôpital donc un lieu de soins et il serait intéressant que pendant trois heures, nous essayions de penser la question en termes de soins. Quand je dis soins, c'est dans une tentative de non clivage entre le soin médical, le soin psychologique, le soin éducatif, le soin social, etcetera, et d'alliance entre le soin, « cure » qui veut dire soigner, et le soin, « care », la prévenance portée à l'autre. Je pense que quelque soit notre profession nous faisons un peu de l'un et de l'autre, et que l'un sans l'autre n'a peut-être d'ailleurs pas de sens.

## Marie-Laure Sfeir

Nous allons vous présenter le travail que nous faisons pour préparer la sortie, qui est une étape importante de la prise en charge du patient. C'est un moment critique que nous devons préparer dès l'entrée, dans le projet de soins. Nous accueillons des situations complexes avec une équipe pluri-disciplinaire, composée de psychiatre, pédopsychiatre, médecin généraliste, gynécologue-obstétricien, sages-femmes qui assurent une continuité médicale, une équipe para-médicale avec infirmières, auxiliaires de puériculture, une équipe psycho-socio-éducative avec éducatrices, psychologues, assistantes sociales, qui sont référentes de chaque situation. L'établissement a ouvert en avril et pendant deux ans les sorties étaient un peu informelles, pas toujours bien coordonnées, insuffisamment anticipées, avec un manque de continuité des soins à la sortie ce qui a amené parfois certaines patientes à revenir par absence de relais extérieur.

En prévision de notre visite d'accréditation prévue en 2013, nous avons choisi en 2012 la sortie comme un des axes de l'évaluation de nos pratiques professionnelles. L'idée étant d'y réfléchir et d'améliorer nos pratiques.

Dès 2012, nous avons mis en place une commission pluridisciplinaire appelée commission sortie. Y participent le Dr Ebert dans sa double compétence de psychiatre et de chef de service, une assistante sociale, un médecin généraliste, la cadre sage-femme, une éducatrice spécialisée, une Educatrice de Jeunes Enfants. Cette commission dont l'objectif est de mieux préparer la sortie et d'organiser les soins après la sortie se réunit chaque semaine et passe en revue la situation de tous les patients hospitalisés pour repérer les prochaines étapes pour préparer cette sortie.

Présentation du logigramme du parcours d'hospitalisation du patient. Il présente toutes les interventions. Qui intervient ? Pour quoi faire ? Tout au long de l'hospitalisation, depuis l'entrée jusqu'à la sortie.

Trois étapes : l'entrée, le séjour, la sortie imminente

Dans les dix premiers jours qui suivent l'admission sont désignés des référents pour la situation : référent médical, assistante sociale, éducateur, spécialisé et de jeunes enfants, psychologue ou psychiatre. Au niveau social, l'assistante sociale fait un premier bilan de la situation de la patiente et s'assure de la couverture médicale, pour permettre la poursuite de l'hospitalisation. Ce travail est précieux aussi auprès des femmes accueillies en prénatal qui envisage de revenir en postnatal.

Ainsi la patiente bénéficie d'un soin social qui vise aussi à ce qu'elle bénéficie d'une couverture médicale à l'issue de son séjour. Certaines situations sont simples mais certaines sont complexes et ne permettent pas que l'on puisse anticiper les conditions de la sortie dès l'entrée.

Les réunions pluridisciplinaires en cours de prise en charge permettent d'ajuster celle-ci et de préconiser un étayage, de solliciter des partenaires extérieurs lors de réunions de synthèse pour élaborer un projet de sortie adéquat, parfois de rédiger une information préoccupante, de demander une mesure judiciaire de protection.

Lorsque la sortie est imminente, un bilan médical est élaboré et le lien est fait avec les partenaires médicaux. L'équipe psycho-socio-éducative adresse et oriente aussi vers des lieux et des partenaires à la sortie.

En 2012, sur 108 patientes accueillies, 70% d'entre elles ont regagné leur domicile, 11% en centre maternel, 10% sortent avec un hébergement par le Samu Social (115) Le reste sort en appartement thérapeutique ou avec des solutions diverses. En 2013, le profil des patientes étant différent et à plus forte précarité sociale, le tableau risque d'être fort différent, mais les statistiques ne sont pas encore disponibles.

En ce qui concerne le travail en réseau, nous travaillons souvent avec Solipam, qui nous adresse des femmes. La PMI de Paris aussi, avec laquelle nous avons une réunion toutes les six semaines avec en alternance les médecins d'encadrement du 11<sup>ème</sup> et du 20<sup>ème</sup>, ce qui permet d'anticiper les sorties, y compris celles à risque quand on ne sait pas où la femme va sortir en cas d'hébergement par le 115. Avec le Dapsa enfin, avec lequel nous avons signé une convention, et que nous invitons à certaines synthèses pour élaborer un étayage autour de la sortie.

En 2012, plus d'un tiers des situations ont fait l'objet d'une information préoccupante (35 sur 108). Sur 11 demandes d'ordonnance de placement provisoires, 7 ont donné lieu à une séparation mère-enfant. Nous avons aussi fait 16 demandes administratives d'évaluation au domicile et une demande d'accueil provisoire.

## **Jean Ebert**

Alors de quoi avons-nous besoin pour décider une sortie ?

Les personnes viennent parce qu'il y a un problème de santé. La sortie se fera quand les soins à donner dans le cadre d'une hospitalisation à temps plein sont terminés. Les indications sont posées par rapport à la santé physique et/ou psychique de la mère ou par rapport aux interactions avec l'enfant.

Certaines ont un problème psychiatrique, d'autres une addiction, d'autres un handicap. Donc une dimension du séjour sera d'évaluer l'amélioration de ces dimensions, en sachant que certaines personnes ont toutes ces difficultés en même temps. Il s'agit aussi de la santé de l'enfant. Cet enfant, quand il arrive, est parfois encore dans le ventre de sa mère. L'hospitalisation va permettre de soigner les conditions de son arrivée. Soit cet enfant manifeste de la souffrance, soit une détresse suite aux conditions de sa naissance, une prématurité, soit des troubles qui sont liés à l'interaction maternelle. Il peut manifester des symptômes de dépression. Pour l'enfant aussi, il s'agit de son intégrité physique et psychique. La question est celle de la santé psychique des enfants, que nous pouvons recevoir jusqu'à l'âge de un an.

Un élément déterminant pour l'enfant est l'existence d'un père. La présence de ce père, la qualité du lien établi avec l'enfant, ces dimensions sont importantes pour repérer si ce père peut assurer une continuité auprès de cet enfant. On essaie de l'introduire dans notre prise en charge. Dans beaucoup de situations, le père manque. Mais on essaie de le prendre en compte. Il n'y a jamais d'enfant sans père.

Un des critères pour la sortie, auquel le père participe, c'est la sécurité de l'enfant après la sortie.

Par nature nous avons à travailler non seulement en amont avec ceux qui nous adressent ces femmes et ces enfants mais en aval, avec ceux qui vont accueillir ensuite cette famille-là, une multitude de partenaires. Et il est parfois difficile d'identifier ces partenaires, de repérer

si elles sont en mesure d'accueillir des situations difficiles, parfois c'est possible, parfois pas. C'est une dimension subjective qu'il faut savoir partager pour que l'on puisse travailler ensemble.

La sortie c'est toujours une histoire particulière et c'est un défi. Comment transmettre les éléments cliniques, ceux que nous avons observés pendant l'hospitalisation et ceux que nous avons aussi recueillis de ceux qui nous ont adressé cette femme et son enfant ? Comment transmettre la clinique, ce qui guide constamment nos soins, tant de l'ordre du « cure » que du « care », soins qui ne s'arrêtent pas au psychiatrique ou au somatique, d'autant qu'ils incluent plusieurs personnes ?

Quelques exemples cliniques (voir diaporama) Du plus simple au plus complexes

Les problèmes somatiques peuvent entraver le lien qui se tisse entre la mère et l'enfant. C'est parce qu'on va pouvoir accueillir conjointement la mère et l'enfant que le processus d'attachement, que l'accordage va se mettre en place malgré la situation de maladie ou d'infirmité de la mère. Nous avons eu de belles histoires avec des femmes que nous avons accompagnées à devenir maman. Et ces situations somatiques entrent dans les attributions d'un service de soins de suites et de réadaptations, même si nos partenaires nous écrasent de demandes psychiatriques.

Autre exemple : la dépression du post-partum. Sans signes préalables, c'est un épisode résolutif. Le but est que la maman puisse revenir à son fonctionnement mental normal et puisse développer une relation avec son bébé. L'hospitalisation conjointe permet aussi au père de comprendre ce qui se passe, ce qui est souvent très difficile pour lui. Cela permet de les accompagner pendant l'épisode qui doit normalement se résoudre. La sortie se fait après le rétablissement de la mère, avec l'indication d'un accompagnement psychologique pendant un certain temps.

Une autre indication simple, les vomissements gravidiques. Dans ce cas, la rupture avec l'environnement habituel suffit généralement à faire cesser ces vomissements. Il ne s'agit pas de psychiatriser ces situations qui nécessitent un accompagnement psychologique. On essaie de comprendre, même si tout n'est pas complètement compréhensible. Ces vomissements incoercibles sont d'origine multifactorielle mais il y a une dimension psychologique évidente, que l'on peut prendre en compte.

Des situations complexes : problématiques psy, addictions ou autres.

Autres, ce sont les troubles de la personnalité, c'est « borderline », c'est quand on ne sait pas à l'avance, mais que l'on découvre les troubles en cours d'hospitalisation. Il n'y a pas eu de suivi antérieur qui permette d'avoir une idée de ce qui se passe. Souvent les partenaires sont aussi démunis que nous, ils ne savent pas très bien et ils formulent une demande d'évaluation, des compétences maternelles, de là où en est l'enfant, de ses capacités de développement dans cette dyade, cette triade. Une demande d'observation des interactions. Cette demande existe aussi quand il y a un suivi antérieur, mais qu'on ne peut pas évaluer la qualité des interactions dans le milieu naturel. C'est parfois le cas pour des femmes psychotiques par exemple. L'équipe fait un travail d'observation et d'accompagnement des interactions, 24h sur 24, et va pouvoir mesurer si cette femme peut devenir la mère de cet enfant.

Quand ces situations se clarifient, on se retrouve dans le cas d'une situation simple. Mais cela ne se clarifie pas toujours comme on le voudrait.

On peut toujours construire un projet de sortie, avec, par exemple, un partenariat avec l'association Enfant Présent et un projet soignant de proximité qui va être mis en route.

Par exemple, une femme qui a fait une dépression grave, ne pouvait pas du tout entrer en contact avec son bébé. L'équipe s'est beaucoup occupée de ce bébé jusqu'à ce que sa mère puisse enfin le rencontrer. On a construit un projet de sortie quand on a pu engager des soins pour la dépression et que le père a montré qu'il était présent auprès de l'enfant, qu'il avait investi. Cette femme avait une stabilité auparavant et cette dépression était une émergence aiguë au moment de sa maternité d'une dépression qu'elle traînait depuis des années, qui n'avait pas été diagnostiquée ni soignée. Depuis cette femme suit une psychothérapie en ville, elle a repris son travail et peut parler de son enfant, qui va très bien.

L'évolution peut être favorable mais il y a peu ou pas d'entourage ou cet entourage n'est pas fiable. Il va falloir penser, rêver un entourage de substitution. Je vous rassure, on ne fait pas que rêver, on regarde dans la réalité quelles sont les conditions d'atterrissage de cette dyade. Le projet de sortie se construit forcément avec les partenaires. La question se pose de savoir si cela va être suffisant, mais nous n'avons pas la réponse. L'hospitalisation a une fonction contenante importante et les conditions de vie à l'extérieur vont confronter la personne à sa capacité à être autonome et à l'intégration de cette nouvelle maternité. Autre interrogation, est-ce que les équipes qui prennent le relais du projet de soin vont pouvoir l'installer dans la durée ?

Exemple : une femme qui attendait son premier enfant a été quittée par son compagnon à l'annonce de la grossesse (situation fréquente chez nos patientes). Puis on s'est aperçu qu'elle avait des troubles psychiques, peu bruyants, mais un fonctionnement psychotique indubitable. L'attachement à son enfant était de bonne qualité même si on se rendait compte qu'il fallait toujours qu'il y ait un tiers ou des tiers. On ne pouvait pas les garder éternellement. Donc il fallait un entourage de substitution. Cela suppose que tous ceux qui vont s'intéresser à cette dyade vont s'engager. S'engager pas seulement au niveau professionnel, s'engager avec empathie. Quelque chose de cet ordre qui va permettre de soutenir aussi affectivement cette dyade. Cette maman a été très bien soutenue par la PMI et par une équipe psychiatrique. Tout s'est bien passé, de ce point de vue. Sauf dans sa situation d'hébergement où elle a développé toute sa pathologie mentale vis-à-vis des autres clients de l'hôtel. Ce n'était peut-être pas suffisant. Ce sont des accompagnements au long cours, il peut y avoir des essoufflements. Mais de notre place, on ne peut pas mesurer cela.

Nous sommes en difficulté face aux problèmes d'hébergements, qui ne permette pas d'anticiper l'endroit où vivra la dyade, quelles seront les conditions de vie, ce qui est difficile pour organiser le suivi des soins. C'est dans ce cadre-là que nous avons été interpellés à juste titre par la PMI et que nous avons mis en place les réunions régulières qui vous ont été présentée tout à l'heure. Le but n'est pas de trouver des solutions immédiates, mais un partage d'expérience sur ce qu'on peut penser pour cette famille. Cela permet à la PMI d'avoir connaissance de la situation et aux partenaires d'être ensuite actifs à la sortie de l'hôpital. Réfléchir ensemble permet d'être plus dans la réalité de ce qui va se mettre en place et dans l'anticipation.

Les situations pour lesquelles il y a un suivi antérieur, les situations d'addiction, celles de psychiatrie. On pourrait penser qu'il y a une reprise du suivi en aval. Pas forcément. Quand il y a une évolution positive, les équipes sont d'accord pour reprendre le suivi à la sortie. Ce qui devrait se faire en intégrant cette dimension nouvelle de la parentalité et en intégrant aussi les nouveaux partenaires. Cela paraît idyllique, et, comme vous le savez, il ne suffit pas de le vouloir pour que cela existe, mais c'est parfois le cas.

Il peut se produire aussi, et c'est parfois le cas avec les psychiatres pour adultes, que la dimension psychique de la maternité ne soit pas intégrée. On n'en tient pas compte. Là se pose la question, au-delà de notre hospitalisation, de l'étayage de la relation parent-enfant, nécessaire à penser pour que cette sortie soit satisfaisante. On a donc un travail de soin à faire et à la sortie, on doit veiller à la poursuite de ce travail. On supporterait assez mal qu'il n'y ait plus rien. On fait donc appel à des partenaires, la psychiatrie, la pédopsychiatrie...et parfois se pose la question du placement de l'enfant.

Parfois on ne sait pas qui nous arrive. Exemple d'une jeune femme qui avait été un peu suivie, un peu en addiction, un peu en psychiatrie, pas bien repérée. Il s'est avéré qu'elle était clairement psychotique et « addict » et elle n'a jamais pu établir un lien avec son enfant. Il y avait beaucoup de souffrance pour cette jeune femme et pour son bébé dans cette tentative d'établir une relation. Et nous nous sommes posés beaucoup de questions, nous avons peut-être trop attendu avant d'aller vers la séparation. Nous avons à l'époque suivi les demandes des professionnels qui nous l'avaient adressés, nous ne y prendrions pas de la même façon aujourd'hui pour l'admission.

Nous faisons appel parfois à la protection de l'enfance, vous l'avez entendu.

Dans ce cas nous devons réfléchir à la sortie de la femme, à la sortie de l'enfant et dans le même temps à comment on va pouvoir les aider à rester en lien. Là se pose aussi la question du rôle du père, de sa capacité à assurer peu ou prou la sécurité de son enfant et de ses conditions de vie. Les informations préoccupantes que nous faisons ne sont pas toujours destinées au placement de l'enfant. Elles attirent l'attention de nos partenaires sur la fragilité ou la complexité d'une situation.

Quelques enfants nous viennent sous OPP (ordonnance de placement provisoire) La question est alors qu'elle est l'intention du juge. L'hospitalisation va permettre à la mère de rencontrer son enfant alors qu'il est placé chez nous. On a fait cette expérience à plusieurs reprises, parfois concluante, parfois non. Nous devrions peut-être nous abstenir d'être dans le désir de nos partenaires qui n'ont parfois pas mesuré que cet enfant risquait de pâtir de la rencontre avec sa mère.

Dans le cas d'OPP par un juge d'instruction, nous nous interrogeons sur la pertinence de l'hospitalisation. Si elle permet à l'enfant et à sa mère de se retrouver, le délai de l'instruction, très long et dépassant largement le temps de l'hospitalisation, ne permet pas de faire de projets de sortie... et l'enfant se trouve de nouveau séparé de sa mère, sans pour autant retourner dans le même lieu d'accueil que précédemment. Cela accumule des ruptures, qui pour l'enfant, ne sont pas favorables à son développement.

Quand c'est nous qui demandons le placement de l'enfant, nous faisons un accompagnement de ce placement dans lequel l'équipe s'investit beaucoup. Elle a elle-même constaté les ratages dans la rencontre avec la mère et c'est elle qui s'est occupé de

l'enfant, assurant une continuité des soins et une continuité affective auprès de l'enfant. Cela fait partie de notre mission d'accompagner ces enfants jusqu'au bout et de transmettre aux équipes qui vont les accueillir tous les éléments le concernant nécessaires à une continuité, transmettre ce qu'il en est de sa vie d'enfant, tout ce qu'on a pu en appréhender. Dans ces séparations, la mère nous préoccupe dans une continuité des soins, mobiliser les partenaires qui seront à même de l'accompagner si elle le souhaite... c'est une dimension qui est souvent mésestimée, y compris par nous. Qu'est-ce que veut cette femme ? Veut-elle être hospitalisée ? Veut-elle s'occuper de cet enfant ? Peut-elle oser dire qu'elle n'en veut pas ? Parfois c'est à nous qu'elle le dit. Parfois il y a des éléments de cet ordre avant, qui auraient pu nous être transmis.

Des difficultés.

Recevoir une mère et son enfant, c'est une mission impossible. On doit faire face à la fois à la dynamique de la dyade et aux dynamiques de chacun. Dans l'équipe, il y a des empathies pour l'enfant, d'autres pour la mère, ce n'est pas simple.

Il y a les temporalités différentes avec nos partenaires. Des services qui nous répondent des mois après notre annonce que la personne est sortante. Des temporalités des professionnels. Dans tous les secteurs, des professionnels répondent vite, et d'autres pas.

Et les difficultés temporaires inhérentes aux équipes elles-mêmes. Nous-mêmes ne pouvons pas à certains moments accueillir une dyade que nous aurions accueillie quelques semaines plus tôt. Nous souhaitons être transparents là-dessus, quand on va bien ou pas, quand on peut ou quand on ne peut pas accueillir certaines situations, quand on a eu des situations difficiles et que l'équipe a beaucoup porté, et nous aimerions que nos partenaires le soient. De façon à construire les sorties des familles en fonction de la réalité.

On ne se connaît pas assez. On ne sait pas ce que les uns et les autres nous sommes capables de faire dans la subtilité de nos pratiques. C'est dommage et c'est un point à améliorer.

La temporalité, c'est un point important aussi pour les soins. Certaines situations se résolvent en trois semaines, d'autres en trois à six mois. On repère alors parfois une distorsion entre les besoins de soins de la mère et ceux du bébé. Ils n'ont pas la même temporalité, et c'est encore le cas après la sortie. Comment permettre la poursuite des soins pour la mère et les conditions nécessaires pour que l'enfant poursuive son développement ? Avec les mères psychotiques en particulier.

Autres cas, celui des grands prématurés. Une de ces situations détient le record de la durée d'hospitalisation. Nous pensions que la sortie était possible mais le médecin de PMI, étant donné les conditions de vie précaires, ne souhaitait pas que l'enfant sorte encore. On peut toujours trouver des arguments légitimes au prolongement de l'hospitalisation, mais la question qui se pose alors, c'est jusqu'à quand ?

Enfin, un leitmotiv partagé avec Marijo Taboada, qu'est-ce qu'on désire les uns les autres ? Qu'est-ce qu'on désire les uns des autres ? Dans nos pratiques professionnelles, nous avons des idéaux, nous avons des représentations comment pouvons-nous les confronter afin de construire les projets de sortie ensemble ?

Une formule de Marijo que j'aime bien : différencier ensemble l'idéal, le possible et l'inacceptable. Parce qu'il y a des postures que l'on doit prendre à certains moments. Il y a des positions que, en tant que soignant, on ne peut pas accepter : ne pas soigner certaines

personnes au prétexte de je ne sais quoi. C'est inacceptable, et pourtant, il y a des recommandations...

## ECHANGES

### ***Marijo Taboada***

La conclusion pose cette question qui nous réunit ce matin : comment on peut penser ensemble l'après. L'hospitalisation constituant un temps bref dans une vie, dans des conditions particulières qui existent aussi dans d'autres lieux, tels les centres maternels qui sont aussi parmi nous aujourd'hui. Tous ces lieux résidentiels sont des lieux temporaires dans lesquels il se passe des choses particulières, avec un avant et un après, et un dedans et un dehors. Et ce sont les mêmes questions...

Les réunions, ces dispositifs qui au Dapsa qui s'appelle lui-même dispositif, sont des choses qui nous travaillent. Pour que l'on puisse organiser mieux ensemble les sorties, on devrait pouvoir être dans une espèce de rêverie commune est-ce qu'on est capable de penser à des gens, des mères, des pères, des bébés, des grands-parents, tous ces gens auprès desquels nous sommes susceptibles d'avoir une posture soignante, est-ce qu'on est capable de penser à ces gens qu'on ne verra peut-être jamais? Parce que construire un dispositif d'accueil, un entourage de substitution, c'est construire un nid dans lequel cette famille va pouvoir s'abriter, s'adosser pour pouvoir aider son enfant à grandir. Ces réunions avec la PMI alors qu'on ne sait pas dans quelle PMI cela va se passer finalement, puisque on ne sait pas où les gens vont aller ensuite, ces réunions sont très agréables car on fait des projets pour des gens. Faire des projets pour les gens, c'est les faire vivre, c'est désirer que eux fassent des projets aussi. Evidemment, ils ne font aucun des nôtres. Mais cela, on s'en fiche. Ce qui importe, c'est de cheminer avec eux.

On est obligé d'avoir un idéal qui nous permet de travailler avec un minimum d'allant, il y a le possible qui fait pendant à cela, et on repère ensemble à quel moment on touche le point de butée de l'inacceptable. Mais ce n'est pas parce que l'idéal n'est pas possible, qu'il faut renoncer au possible. Comment on construit cela ensemble, pour cette sortie-là ? Cela dépend beaucoup de ce qu'on attendait à l'entrée. Et de ce qui c'est passé entre-temps.

### ***Claude Lejeune, pédiatre***

Comment s'organise le rôle de la femme et de son entourage dans cette prise de décision de la sortie ?

### ***Jean Ebert***

Il ne peut pas y avoir de sortie sans que cette femme soit partie prenante. Sauf sortie sans avis médical, ce qui peut se produire. Ce n'est pas fréquent. Je crois qu'on ne les a jamais compté. Sinon, forcément, elle est au cœur du projet. Elle et son compagnon aussi. Sinon on penserait à sa place et il s'agit de penser avec elle. On lui fait des propositions. Parfois on aimerait bien qu'elle aille dans un centre maternel, ou dans une autre structure. Elle dit non. Ou alors elle fait semblant. On comprend très bien qu'elle va faire échouer les entretiens d'admission. Forcément ces femmes sont impliquées.

Tu as dit quelque chose qui est très difficile à accepter. On rêve quelque chose, on pense quelque chose de possible, mais ce n'est pas cela qui l'intéresse.



### ***Claude Lejeune***

Dans certaines structures, les commissions de sorties se font en présence de la femme concernée.

### ***Jean Ebert***

Je sais, mais nous n'avons pas cette pratique. C'est une dimension de pratique systémique, qui introduit aussi le père parfois. Mais on ne le fait pas. C'est une commission qui réunit tous les professionnels référents, qui ont aussi récolté le discours de cette femme, là où elle en est. Nous allons d'abord essayer de construire entre nous puis avec les partenaires, qui eux aussi ont des bribes du discours et du désir de cette femme. Parfois on apprend des choses dans ces synthèses, choses que l'on n'avait pas du tout ressenties dans le cours de l'hospitalisation, de la dynamique dans laquelle elle est inscrite, et de la dynamique dans laquelle il va falloir qu'elle inscrive son enfant.

### ***Marijo Taboada***

C'est une question intéressante, mais cela ne doit pas se faire au nom d'une transparence factice. Soit on construit un dispositif qui permet à ce sujet de s'inscrire dans ce cheminement, et cela demande une formation. Cela ne s'improvise pas sinon on court deux risques. D'une part, je ne rêve pas sur l'équité des relations entre le soignant et le soigné. Il y en a un qui est malade et l'autre pas. C'est forcément biaisé, il vaut mieux le savoir. Sinon, c'est là que l'on devient maltraitant, en niant ce déséquilibre.

La deuxième question, et le Dapsa est plus porté sur cela, puisqu'il s'est créé pour cela, ce que l'on mesure dans ces réunions, ce n'est pas la capacité de la dame de faire telle ou telle chose, c'est l'engagement des équipes. Et cela relève de l'intimité de l'intervenant. Les patients, les usagers, ont évidemment droit à notre respect, les intervenants aussi ! Dans ces réunions, chacun peut dire ce qu'il met au pot, et après il ne s'agit plus de se dédire. C'est une espèce de top-là. Cette dignité-là de l'intervenant, elle doit être respectée. Et s'il dit : « écoutez, là, je ne vais pas pouvoir, parce que mon équipe a traversé telle ou telle difficulté », il s'agit de la vie intime des institutions. Il y a une intimité professionnelle aussi. Et exposer à cela les patients demande une véritable réflexion. Que peut-être nous devrions commencer à mener d'ailleurs...

### ***Assistante sociale, Hospitalisation à domicile(HAD)***

Je travaille aussi dans un service de soins de suite. Nous avons peut-être à formaliser les choses. En rédigeant le projet thérapeutique, on s'interroge d'emblée sur la suite et on anticipe avec la famille dès le départ qu'il va falloir ensuite des relais avec la PMI, des CAMSP, des structures, avec une durée un peu prédictive. On anticipe la fin de notre intervention.

### ***Jean Ebert***

Sincèrement, je leur mens à toutes... Quand elles ou leurs compagnons demandent combien de temps va durer l'hospitalisation, je réponds, deux, trois semaines, un mois... En réalité, nous n'en savons rien. Enoncer des possibles, nous le faisons, cela peut arriver très tôt dans l'hospitalisation, parfois dès l'entretien d'admission, de façon à donner un panorama et que cette femme, avec son compagnon puisse commencer à décider ce qui sera le mieux pour eux. Cette dimension est importante à préserver, même si elle nous contrarie parfois. Parce que c'est ce qui va permettre que quelque chose fonctionne, l'adhésion.

Marijo, tu soulignais quelque chose qui est cruel pour nous. Souvent, on attend des équipes partenaires ce top-là. Voilà, on s'engage, on va mettre cela en place. Et parfois, ça ne se met pas en place. Et là, c'est compliqué.

### ***Marijo Taboada***

Je rebondirais sur travail que nous menons parfois au Dapsa avec l'HAD. Ils n'ont pas commencé d'intervenir que déjà ils nous en parlent. Nous sommes alors effectivement dans un flou temporel, mais ces personnes existent déjà pour nous. A l'issue de l'HAD, c'est opportun ou pas que nous intervenions. Peu importe. Ce n'est pas du temps perdu. Ce qui est difficile à appréhender dans le résidentiel, c'est ce qui va bouger pendant l'hospitalisation. C'est donc plus difficile pour l'hôpital de convoquer des partenaires dès l'admission. En ambulatoire, c'est peut-être plus facile de fonctionner comme cela. Les partenaires (pas forcément les patients) sont déjà prêts avant même que vous ayez commencé.

Sur l'engagement des équipes ?

### ***Jean Ebert***

Par exemple, sur l'accueil des mineures. On voit un investissement d'une équipe, qui accompagne pour les entretiens avant l'admission, il y a une continuité... et puis, quand elle rentre à l'hôpital, il n'y a plus rien ! Il n'y a plus rien, y compris pour nous aussi. On ne parvient pas à entrer en contact avec la personne qui suit cette jeune fille. Et on est étonnés. Aussi, et on sait que c'est la force du soin, ces personnes peuvent exister dans nos têtes. Or, on a l'impression que tout à coup, elles n'existent plus dans la tête de ceux qui les connaissaient avant. Et du coup, on s'inquiète. Est-ce qu'elles vont exister à nouveau ? Et ça, c'est très compliqué pour la sortie.

### ***Marijo Taboada***

Quand une personne est admise à l'hôpital, pour ceux qui l'entourent, c'est « ouf ! » Ils peuvent souffler, si on peut s'exprimer comme cela, en ayant le sentiment que la dame est « au chaud ». Et une partie de l'abstention, de l'abstinence signifie peut-être : « on a drôlement galéré pour en arriver là, et un petit moment de pause ne ferait pas de mal ! » Je ne dis pas que c'est bien, c'est une explication possible.

### ***Jean Ebert***

Si c'était dit comme cela, je trouverais cela bien. Mais ce n'est pas dit.

### ***Marijo Taboada***

On essaie d'entamer aujourd'hui ce qui pourrait être du partenariat...qui pourrait vous le dire... On souffle un peu, mais on est toujours là.

### ***Chef de service, Centre Maternel***

Nous avons accueilli 7 mères à la sortie de l'HMEEP. Et bien peu sont sorties avec un lien, un traitement, un soin engagé dans un service. Notamment en psychiatrie adulte. Car on sait que pour une résidente de centre maternel, c'est le no man's land, elle ne relève d'aucun secteur. Un suivi de pédopsychiatrie, car c'est aussi très difficile à mettre en place pour nous. On le fait avec le travail de réseau, notamment avec le Dapsa. Mais on aurait à améliorer avec l'HMEEP les passations. Il n'y a pas un contact suffisamment fin entre nos deux équipes,

et on se retrouve avec des mères enfermées dans leur studio avec leurs bébés, des femmes qu'on accompagne difficilement.

***Mme Gorce, responsable cellule ADEMIE, Paris***

C'est un peu ce qui se passe dans tous les centres maternels. Et c'est dommage car du coup, certains ne veulent plus accueillir ces femmes, car ils ont été en trop grande difficulté. Nous avons besoin d'éclaircissement quant à la durée. Est-ce que quand l'hospitalisation est finie, votre suivi est complètement terminé ? Ces équipes ont un trop grand sentiment de solitude.

***Jean Ebert***

Je peux vous répondre facilement. A l'heure actuelle, quand l'hospitalisation est finie, nos soins aussi. Quand nous avons fait le projet de cet hôpital mère-enfant, nous avons intégré l'idée d'un suivi post-natal, qui a été refusé. Nous allons probablement prochainement ouvrir ces places d'hôpital de jour, qui vont permettre cette continuité, qui est nécessaire, ce dont nous avons parfaitement conscience. On a beau faire des projets de sortie, une fois que les mères sont sorties, c'est fini. On ne peut plus rien faire. Nous essayons de mettre en place des suivis après la sortie, mais nos partenaires de psychiatrie ne sont pas toujours réactifs. On essaie toujours de les inclure. Mais là aussi le désir de la mère va compter. Est-ce qu'elle va prendre ses soins en compte et continuer une suivi ? C'est une dimension qui nous échappe. Une fois sorties, que vont faire ces femmes d'elles-mêmes et de leur pathologie. C'est quelque chose qui vous tombe dessus, et nous ne pouvons pas vous aider. Nous espérons qu'avec l'ouverture de l'hôpital de jour, nous pourrons le faire.

***Psychologue, Centre Maternel***

Comment bien travailler en amont pour bien accueillir ces femmes. Nous avons eu récemment l'expérience d'un accueil qui s'est mal passé, nous avons eu le sentiment de ne pas avoir été préparés. Nous n'avons pas pu avoir d'échange oral, comme une synthèse, avec vous. Et nous avons fait l'admission sur la lecture du dossier. Et nous avons manqué d'éléments.

***Jean Ebert***

Transmettre ce qu'on a perçu de vivant dans la dyade et ce qu'il y a de dynamique dans le processus pour sa santé, pour la mère. QQ chose qui ns échappe aussi, c'est quelles sont les compétences, la capacité de l'équipe à accueillir une mère qui a des troubles psychiatriques mais qui est dans un processus de maternité et d'insertion. Pareil pour les personnes toxicomanes. Il faut bien comprendre que pour les situations d'addiction, le temps d'hospitalisation est comme un temps presque... de miracle. Tout d'un coup, la femme cesse ses consommations, investit son enfant, de façon très adaptée, elle peut même commencer à fonctionner avec les psys de façon adaptée, elle engage un vrai travail. Dans ce contexte idyllique, on doit construire un projet de sortie. Parfois, il arrive que nous placions l'enfant. Elles mettent en acte quelque chose, qui fait qu'elles sont séparées de l'enfant. Celles-ce n'arrivent pas jusqu'à vous. Dans les autres cas, comment on va transmettre à une autre équipe, ce qu'elle a mis en œuvre pendant l'hospitalisation, et chaque fois, c'est vrai, c'est un pari.

### ***Psychologue, Centre maternel***

Comme vous l'avez dit tout à l'heure, il ne faut pas avoir honte de dire ce que l'on ne va pas pouvoir faire, mais pour pouvoir le dire, il faut que l'on ait eu déjà suffisamment d'informations. Dans la situation dont je parle, nous ne connaissons la problématique addiction, qui n'avait pas été clairement énoncée. Et nous ne savons pas faire avec cela, nous n'avons pas l'habitude. Nous le faisons par ce que nous le découvrons en cours de route. Pour dire si on est capable ou pas, il faut que l'on ait toutes les informations.

### ***Mme Gorce***

Ce n'est pas la seule fois que ne sont pas donnés les éléments sur les addictions ou la problématique psychiatrique. Cela ne veut pas dire qu'on ne prendrait pas.

### ***Educatrice, Centre maternel***

Je veux témoigner des questions de cette jeune femme accueillie en centre maternel. Celle de la transition. La sortie de l'hôpital a généré beaucoup d'angoisse. Le passage, sortir de l'hôpital très contenant, pour venir dans un centre maternel dont elle ne sait rien, où elle n'est venue que pour quelques entretiens. Et le changement de statut, qu'elle n'a pas compris tout de suite. Il faut passer du statut de malade au statut de mère, de manière assez rapide. Avec ma collègue puéricultrice, nous voulions échanger avec vous sur cette idée : pourrait-on organiser des périodes de transition ? Pas pour toutes les situations, mais pour certaines, prévoir des temps d'adaptation.

### ***Jean Ebert***

On fait des sorties progressives pour les retours à domicile, avec des permissions pour quelques heures, quelques jours, pour permettre une réadaptation. Je n'aurais pas pensé jusqu'à aujourd'hui que c'était possible pour votre type d'établissement

### ***Marijo Taboada***

Vous posez la question de l'idéal. Finalement, pour une jeune mère avec un bébé et qui a un problème d'addiction par exemple, va-t-on l'orienter vers un lieu résidentiel où le statut majoritaire est celui d'être mère ? Et on va l'orienter vers un centre maternel. Je parle dans l'idéal, où il y aurait des places partout, vous l'avez compris ! C'est là où la complication sociale nous empêche de complexifier la pensée, bien-sûr... Où, elle tient tellement à son identité d' « addictée », que je vais faire le choix d'un centre résidentiel addicto (il en existe qui accueillent des mères et des enfants) ces femmes ne sont pas si éloignées de nous. Nous ne sommes pas figés. Il y a des femmes qui vont se sentir mères pendant six mois, prendre un congé parental et au bout de six mois, mettre l'enfant à la crèche et redevenir chercheur au CNRS. Il y a des mères toxicomanes, qui peuvent se sentir mères six mois, aller à l'hôpital mère-enfant et au bout de six mois, reprendre des produits. C'est la même chose dans la tête. Donc, au centre maternel, vous avez une femme qui a été très bien mère pendant six mois, et vous la rencontrez vous quand elle a envie de revenir à ses premières amours. C'est dans la tête que ça peut se travailler. La question qui se pose, c'est, si on avait tous les choix possibles, comment on pourrait aller vers le lieu qui correspondrait le mieux à l'image que la jeune femme se donne elle-même (si elle se trompe, peut importe d'ailleurs) C'est ce qui permettrait une meilleure adéquation, ou une meilleure préparation de l'accueil.

### ***Psychologue, Centre maternel***

Qu'est-ce qu'on se transmet, qu'est ce qu'on ne se transmet pas, qu'est-ce qu'on s'autorise à se dire entre partenaire, ce qu'on ne peut pas se dire ? Voilà les questions. Après, en fonction de la réalité, on fait avec la situation.

### ***Marijo Taboada***

C'est à cela que je voulais répondre. Si la jeune femme se dit à ce moment-là, j'ai une identité de mère, doit-on mettre l'accent sur d'autres identités, autres que mère ? Par exemple, un centre maternel nous appelle en disant, oh là là, on a découvert que mme machin fume du shit, ça fait deux ans qu'elle est là, on ne s'en est pas rendu compte, on est nul ! Non, vous n'êtes pas nuls. Si pendant deux ans et demi elle a eu une consommation qui n'a perturbé personne, vous avez fait votre travail de centre maternel. Ce qu'elle commence à découvrir, c'est qu'elle commence à avoir envie de sortir de chez vous, mais cela, c'est une autre question. Ce n'est pas si simple que cela ces histoires de transmission, car on transmet aussi des représentations, vous le savez...

### ***Jean Ebert***

Dans la transmission, il y a la question de l'écrit et la question de l'oral, et à qui on le dit. Nos écrits sont sobres et inintéressants. Ils ne sont que descriptifs. Et il y a des éléments médicaux qu'on ne transmet pas non plus à n'importe quel professionnel, c'est comme cela. C'est une question intéressante, qu'on pourrait travailler ensemble, je ne sais pas sous quelle forme...

### ***Mme Gorce, responsable cellule ADEMIE, Paris***

Pour les éléments médicaux, ce qui nous intéresse, sans les dévoiler, ce sont leurs effets, les conséquences sur le quotidien de la pathologie de la dame. Soit pour être vigilants à certaines choses, soit pour travailler avec l'équipe. Et quand on parle de meilleure connaissances, pour les centres maternels parisiens, les membres de votre équipe peuvent venir voir in situ comment fonctionne un centre maternel, comment se passe la collectivité, ce que vont trouver ces jeunes femmes de façon à pouvoir le travailler avec elles en amont, pour que ce soit plus parlant pour elles. En ce qui concerne le séquentiel que nous évoquions tout à l'heure, nous avons eu l'expérience de retour en hospitalisation pendant quelques semaines, alors que les femmes avaient leur place en centre maternel. Les équipes ont travaillé ensemble. On pourrait tout à fait permettre le séquentiel au départ. C'est faisable parce que nous ne sommes pas sur les mêmes financements. Sans abuser cependant, car tout cela coûte cher. Sans le généraliser, cela peut être une expérience.

### ***Marijo Taboada***

Dans ces situations complexes, où on fait en quelque sorte un pari sur l'avenir, que l'on n'est pas sûr de gagner, où on parie ensemble, même si on n'attend pas les mêmes choses, on pourrait imaginer d'emblée de construire des dispositifs complexes. Le centre maternel fait figure de sortie idéale, elles ne sont pas toute seule, il y a une équipe, c'est formidable. C'est formidable sous réserve que le centre maternel, tout pluridisciplinaire qu'il soit, ne soit pas tout seul. Et il faudrait peut-être imaginer d'emblée que vous ne soyez pas tout seul ?

Ce n'est pas forcément la psychiatrie tout de suite, mais une organisation où vous savez que vous avez des partenaires d'emblée présents, pas forcément actifs, mais que vous pouvez activer. Cela éviterait ce sentiment de solitude...

***Elise Plessis, assistante sociale, HMEEP***

Je suis assistante sociale à l'hôpital et cette histoire de sortie m'intéresse depuis le début. C'est une grande partie de mon travail. Il y a des questions de réalités administratives. Et il y a différentes temporalités. Nous sommes sur une durée de séjour de deux mois en moyenne, avec des séjours courts et des séjours beaucoup plus longs. Ce temps se confronte à celui de l'extérieur et la temporalité de la mère. Les mères souvent, quand elles se posent, et sont en soin, commencent à imaginer un avenir. Elles ont souvent été bousculées par la vie, pendant la grossesse, avant la grossesse, et elles connaissent un moment où elles peuvent se poser et penser à la suite, car elles n'avaient peut-être pas le temps avant. On leur propose un temps qui est formidable et qui va se confronter à la réalité extérieure, sociale et économique, et des dispositifs sociaux où les délais d'attente sont longs. Un hébergement via le SIAO, c'est six mois d'attente, une appartement thérapeutique pour une patiente VIH qui aurait des problèmes d'observance de son traitement, c'est un à trois ans d'attente. Le centre maternel n'est pas une réponse systématique. On se pose la question de la demande de la patiente, de son besoin d'étayage, de soins. Parfois le centre maternel n'est pas le dispositif le mieux adapté. Quand c'est le cas, les procédures d'admission peuvent aussi être relativement longues. L'équilibre est difficile. Parfois les situations traînent chez nous, alors qu'il n'y a plus de travail de soins...

***Jean Ebert***

C'est une chose importante de savoir que l'hospitalisation, de bénéfique, peut parfois devenir délétère.

Je retiens l'idée de faire connaissance.

***Marijo Taboada***

J'ajouterais une note de bas de page. Il faut faire connaissance, avec l'idée qu'il ne faut pas faire changer l'autre. Ce serait très bien de connaître l'autre pour lui raconter ce que je fais, comme je le fais bien, et que ce serait bien qu'il fasse comme moi ! Faire connaissance de l'autre, en prenant bien garde qu'il garde ses compétences spécifiques et qu'il ne change pas. Mieux se connaître pour comprendre sa façon de faire, pas pour qu'il la change. On connaît beaucoup de donneurs de leçons et avec cette intention, le partenariat ne marchera jamais. Après... on change tous, mais il ne faut pas que cela soit avec cette intention-là que l'on se rencontre. Non seulement cela abîme le partenariat, mais cela engendre de la confusion. Mieux vaut un bon affrontement que de la confusion.

***Jean Ebert***

Nos projets de sortie sont singuliers. C'est un pari qui correspond à la dynamique qu'on sent et dans laquelle elle veut s'inscrire avec son enfant. Et c'est peut-être cela que l'on devrait vous transmettre, les forces et les fragilités de cette femme. On a tous à progresser. Les centres maternels en nous donnant des réponses, car l'attente est très difficile pour tout le monde. Nous dans la connaissance de ce que chaque centre maternel a comme projet et peut soutenir. Je l'ai déjà dit à mon équipe, il va falloir qu'on sorte des murs et qu'on aille rencontrer les autres équipes.

***Odile Vitte, directrice, APS contact***

Ne pas rester seul avec nos questions, c'est très important. Nous accueillons des femmes avec leurs enfants dans un cadre de soin aux addictions, mais nous travaillons avec les crèches, l'école. C'est très important de ne pas rester seul.

***Cécile Peltier, éducatrice spécialisée, DAPSA***

Nous avons beaucoup entendu parler de la prise en compte de la parole des femmes sur leur sortie, mais j'aimerais demander aux membres de l'équipe qui sont plus spécifiquement situés auprès des bébés, comment ils accompagnent ces bébés vers cette sortie. Vous avez évoqué le contexte particulier du placement, mais pouvez-vous développer quelque chose pour des sorties avec les mamans.

***Anne Kulesza, Educatrice jeunes enfants, HMEEP***

En dehors des placements, on a des liens avec la PMI. On essaie d'installer des modes de garde pour les enfants. On demande aux médecins de PMI d'appuyer notre demande de place en crèche. On accompagne les mères dans toutes ces démarches.

***Jean Ebert***

Et on transmet à la PMI nos observations sur l'enfant, là où il en est. Aux autres services concernés aussi.

***Dr Frybourg***

Je fais partie de la commission des sorties pour la PMI. Les sorties vers un centre maternel représentent seulement 10% des sorties. Beaucoup se font au domicile et beaucoup au Samu Social, ce qui d'une grande difficulté. Ces réunions permettent d'alerter les collègues sur la situation, et la plupart du temps, une synthèse permet d'échanger sur celle-ci. Nous tentons de soutenir quand il y a une demande de crèche, mais cela dépend des mairies. On arrive en général à trouver d'un mode de garde quand c'est la demande. Mais la première demande est plutôt un suivi par les équipes de PMI et là, on peut mobiliser très rapidement une puéricultrice de PMI. Il y a des centres de PMI proches des domiciles des familles, et ce ne sont pas seulement des lieux de consultation. Ce sont des lieux d'accueil pour les mères et les enfants. On y propose aussi des ateliers. Quand on sait où la femme va sortir, sur Paris, on peut transmettre ces fameuses informations qui nous sont si précieuses. On peut mobiliser rapidement les équipes. On peut rencontrer la mère avant la sortie pendant une permission. Ce qui est important pour nous, c'est que ces permissions n'aient pas lieu le week-end. En semaine, le contact est possible. On est quand même en difficulté, notamment pour les 10% qui n'ont pas de domicile. Quand on sait où elles vont, même hors Paris, on peut prévenir les PMI pour qu'une équipe prenne contact avec elles rapidement.

***Marijo Taboada***

C'est très compliqué de construire un dispositif quand il y a une incertitude géographique car nous sommes dans un système très sectorisé, ce qui est un désastre, même si certaines institutions essaient de transgresser cette organisation. Cela pose la question de l'entourage de substitution, puisque la plupart de ces femmes ont un entourage familial, amical et

affectif flageolant. La question c'est alors comment on sort d'un environnement très contenant, « cocoonant », à la grande solitude du formule 1 au fin fond du 77 ?

Nous avons parlé de l'idéal, comme si nous avions tous le même... peut-être devrions-nous nous poser cette question. Avons-nous tous la même conception du risque, du risque acceptable ? Cela fait partie des choses que l'on doit pouvoir parler ensemble.

### ***Patricia Menguy, TISF***

Pour les sorties de week-end, les TISF de certaines associations peuvent intervenir le week-end.

### ***Elise Plessis***

La notion de domicile n'a pas été développée. Mais c'est parfois revenir auprès des sa famille parce qu'on n'a pas de domicile personnel, c'est réintégrer un logement insalubre, c'est être hébergé chez des amis...ces définitions permettrait de nuancer le pourcentage des femmes sans domicile personnel, car il y en a beaucoup plus que 10%. Elles sortent chez des particuliers, à défaut d'autres solutions. Les 10% sont les personnes qui n'ont aucun appui, même temporaire, pour être accueillies en sortie d'hospitalisation et avec lesquelles on sollicite le 115. Sur ces situations, on travaille beaucoup avec Solipam et la PMI, mais on ne peut jamais garantir la solidité des sorties.

### ***Jean Ebert***

Ce que soulève Marijo est une question de fond. Comment en tant que psychiatre je peux soutenir qu'une femme peut sortir, alors qu'elle est encore malade. Ce n'est peut-être pas la même chose que ce que vous pensez. C'est pareil pour les addictions. Ça fait trente ans que je m'occupe de personnes qui souffrent d'addiction, je peux vous dire que je connais. Mais je connais quoi ? Je connais ce que je vois, mais je ne sais pas ce qui va se passer après. J'ai tout connu. J'ai connu une mère qui est devenue une mère au neuvième enfant, pour la première fois. Elle tapinait sur les boulevards et fumais du crack toute la journée. Elle a rencontré sa petite fille et ça a tenu. Elle a renoué avec ses autres enfants, elle a pu reprendre les plus jeunes. Pour les plus grands, ils avaient fait leur parcours de placement, ça a été plus ou moins facile. Voilà, il y a des choses qui se passent comme cela, et on ne peut pas le savoir. Ce qu'on propose avec l'hospitalisation, c'est un temps court, c'est un temps qui permet de mesurer un certain nombre de potentialités de cette mère et qui permet, et pour le reste... il faut qu'on se parle. Et qu'on améliore la manière de travailler ensemble. Et il y aura toujours, ce que souligne Marijo, notre culture professionnelle. Ce qu'on peut vous transmettre, ce sont nos règles, autour d'une situation, en lien avec le projet d'établissement. Et c'est quelque chose qu'il faut qu'on confronte. C'est fondamental. D'ailleurs, j'ai toujours demandé aux juges des enfants de préciser dans les ordonnances ce qu'ils avaient envie qui se passe pour l'enfant. Au début, il n'y avait rien. Cela a pris du temps avant qu'il y ait un contenu. Il faut qu'on soit capable de faire la même chose, ensemble. Dire ce qu'on aimerait qui se passe. Parfois, pour ceux qui sont dans l'accompagnement ; cela peut être très long. C'est quelque mois pour certains, pour d'autres c'est des années et des années de suivi. Nous ne représentons qu'un tout petit temps. Dans les centres maternels, vous les accueillez pendant trois ans et c'est une autre temporalité. Il faut qu'on se parle de cela. J'insiste sur cette question de temporalité car quelque chose de l'idéal se greffe dessus.



### ***Marijo Taboada***

Ces petits chantiers peuvent se continuer...y compris avec l'hôpital mère-enfant car on n'a pas tout réglé aujourd'hui. Et nous soulevons toujours de nouvelles questions qui méritent d'être approfondies.

Parler de nos idéaux et de la perception différentielle que nous avons du risque possible, voire du risque salutaire, qui est sûrement très différente selon nos missions, nos métiers, voire nos expériences personnelles. Ce non-dit fait que nous pouvons être en conflit et c'est très dommage. Il est plus intéressant de se disputer sur ma vision du risque qui n'est pas la tienne; parce que nous ne sommes pas à la même place. C'est assez normal qu'on en discute, et c'est même normal qu'on s'affronte, mais ce n'est pas un conflit délétère. Car je peux même penser que si j'étais à votre place, je penserais sûrement comme vous. Supporter la divergence, ce n'est pas la même chose que d'être dans un conflit où on se torpille parce qu'on ne s'est pas dit des choses aussi importantes que, je pense ce risque salutaire alors que vous le pensez terrible. Ce jour pourrait être celui où on commencerait à pouvoir se parler alors que nous ne sommes pas seulement amenés à travailler ensemble, mais à le faire avec plaisir. Être pour cela il faut cette espace où on a le droit de se dire, je ne suis pas d'accord.

### ***Jean Ebert***

Cela me fait penser à une chose qui m'étonne. J'ai créé le centre Horizons, et nous hospitalisons parfois des patientes de ce centre...et nous ne sommes pas d'accord. Je pensais que je connaissais le Centre horizons ! Mais parfois c'est compliqué. Nous n'avons pas le même regard, les mêmes représentations. C'est là-dedans que sont pris nos patients eux-aussi, c'est pour cela que je vous en parle. Eux-aussi ont des représentations, des centres maternels, de l'hôpital. Il y en a qui nous prennent pour un lieu d'hébergement, d'autres pour un fast-food, et d'autres qui ont bien compris ce qu'elles font là, certaines qui ne veulent pas retourner dans un hôtel miteux après avoir vécu dans un certain confort... je suis d'accord avec marijo, il faut confronter nos représentations, non dans l'affrontement, mais dans la confrontation. C'est quelque chose qui va permettre à chacun d'avancer.

### ***Marijo Taboada***

On pourrait donc organiser un prochain chantier... sur le concept de risque et ses différences. Par exemple, la psychose qui rend les choses si compliquées, la place dans la société et dans la vie de la maladie mentale, pour moi qui suis psychiatre, n'est pas la même que pour vous... on pourrait se parler de cela...

### ***Claude Lejeune***

On parle peut-être trop de risque, pas assez de besoins

### ***Marijo Taboada***

Merci. C'est plus intéressant d'évaluer, plutôt que les risques, ce dont les gens ont besoin pour que les choses tiennent. Ce qu'il faut répondre pour qu'elles tiennent, c'est cela construire un dispositif.

### ***Jean Ebert***

Le défi, c'est celui du lien que cette femme a avec cet enfant, parce que ça change sa trajectoire, sa vie. La fondation d'une famille, avec souvent un père. Les processus qui sont en cours, on essaie de les mesurer pendant l'hospitalisation, et on essaie de vous les

transmettre. Je suis content qu'on parle aussi du plaisir, de la joie de travailler ensemble. Malgré la pathologie, malgré son parcours chaotique, parfois malgré des maltraitances, des violences telles qu'on se demande comment elle peut encore tenir debout, il y a cet enfant, et les choses changent et c'est là que nous avons quelque chose à soutenir. C'est ça que nous avons à soutenir tous ensemble, les uns auprès des autres et les uns avec les autres. Les dispositifs sont insuffisants mais on peut prendre les risques ensemble, avec elles, car ce sont elles qui prennent les risques et les enfants aussi. Pas n'importe lesquels. Le désaccord n'est pas de savoir qui a tort ou raison, c'est le sentiment intime, en ayant rencontré cette personne, que quelque chose va être possible ou pas. Alors le possible, on vous le passe. Sans être sûr que les choses vont marcher.

***Marijo Taboada***

Il est formidable ! « Je rêve, je rêve mais c'est à vous de mettre le rêve en actes ! » Merci !!