



DAPSA

Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires

COMPTE RENDU
Chantier ouvert aux publics 4
du
26 septembre 2008
organisé par la DAPSA

« Holding des mères, nursing des bébés »

Invité :

Le Centre Psychologique du tout petit « L'AUBIER »
92340 Bourg la Reine

- Dr Annick LE NESTOUR - Chef de service – Responsable du Centre « L'Aubier »
- Mme Isabelle PATOUILLOT-SLATINE – Assistante Sociale à « L'Aubier »
- Mme Caroline HEROUX - Puéricultrice à « L'Aubier »

DAPSA
59, rue Meslay
75003 PARIS

reseau@dapsa.org

Chantier du DAPSA

Holding des mères, nursing des bébés

26 septembre 2008

Dr Marijo TABOADA

Bienvenue à notre premier chantier de rentrée. En avant propos, je voudrais vous recommander la lecture d'un article de Julia Kristeva dans *Libération* d'hier sur « Sarah Palin et le féminisme archaïque ». Il est vrai que les mères sont parfois archaïques et phalliques, ce qui est dangereux. Au vu du nombre d'hommes présents ce matin, il va donc falloir que nous nous auto contrôlions...

Pour ceux d'entre vous, nombreux, présents pour la première fois à l'un de nos chantiers, je rappelle l'unique règle du jeu, fort simple : il ne s'agit pas ici de produire une pensée définitive, comme dans un colloque, mais bien de participer à la construction de travaux en cours (work in progress). Plus nous serons nombreux sur le chantier, plus le monument sera beau, diversifié, voire ésotérique car nous essayons de sortir des normes.

Viennent à ces chantiers des personnes qui en général travaillent autour de la périnatalité au sens large, c'est-à-dire qui s'occupent de femmes enceintes, de couples dont la femme attend un enfant, et de petits enfants avant leur entrée à l'école. Le réseau Dapsa s'intéresse à la périnatalité dans le cadre assez particulier de parents ayant des troubles liés à une addiction à des produits licites ou illicites, peu nous importe. Mais nous savons bien que derrière ce qui est repéré comme addiction on peut trouver des structures psychopathologiques extrêmement diversifiées, et qu'il serait intéressant de ne pas focaliser notre pensée sur ce sujet mais au contraire de jeter des ponts vers d'autres secteurs qui finalement se posent des questions assez similaires, s'agissant en particulier de savoir comment aider des parents en difficulté à offrir à leurs enfant de meilleures chances de bien grandir.

Nous espérons commencer une série de chantiers sur «le thème « Holding des mères, nursing des bébés », sur la base d'une hypothèse clinique assez largement partagée, qui est que les mères dont nous nous occupons ont un peu de mal à être mamans parce qu'elles n'ont sans doute pas eu le loisir d'être bébés... Et que, du moins dans le champ de l'addiction mais peut-être au-delà, l'on estime que le fait d'attendre un enfant est l'occasion de pouvoir démarrer une vie meilleure.

Sans doute est-ce fondé, mais l'on voit bien qu'à conforter l'aspect « maman » uniquement, sur un mode positif et gratifiant, on oublie que pour être une grande personne il faut avoir été une petite personne, que pour renoncer à l'insouciance de l'enfance, il faut en avoir bénéficié. On ne saurait en effet renoncer à ce que l'on n'a pas eu. Il faut donc que ces futures mamans puissent être encadrées par des personnes qui acceptent qu'elles soient elles aussi bébés. D'où bien sûr une prise en charge compliquée, mais notre hypothèse est qu'il faut soutenir les mamans pour qu'elles puissent soutenir leurs bébés.

Nous commençons donc ce cycle de conférences avec l'Aubier, puis nous espérons recevoir l'Unité de la Pomme, et ensuite l'Hôpital du Vésinet, avant d'autres institutions qui s'interrogent sur ces questions, en un cycle suffisamment long pour qu'apparaisse le plus large diaporama des dispositifs et des réflexions sur le sujet. Au total, chacun pourrait disposer de d'avantage d'outils pour mieux adapter chaque réponse à chaque famille.

Dr le NESTOUR

Je suis responsable d'un inter-secteur, et je travaille essentiellement en clinique, à l'Aubier donc, qui est un dispositif de périnatalité ayant pour vocation première d'accueillir des parents et leurs bébés. Mais les futurs parents représentent aujourd'hui environ 20% de notre file active sur 400 familles prises en charge annuellement, tant se sont multipliés les partenaires et les liens de grande qualité. L'Aubier, en raison de cette évolutivité de la demande des parents, est devenu membre cofondateur du réseau Périnat Sud, qui est le premier réseau français accrédité dans toutes ses dimensions médico-socio-psychologiques. Cette formalisation, dont nous rêvions, est bien la preuve qu'en périnatal, il fallait tenir compte de ces multiples dimensions.

Cette inscription dans un réseau a eu des conséquences heureuses parce qu'elle nous a permis de participer au recrutement des psychologues du sud des Hauts-de-Seine à la fois dans le public et dans le privé, là où les crédits ont été donnés, c'est-à-dire que les psychologues de maternité se trouvent étroitement articulés d'une part avec l'Aubier, et d'autre part avec une structure originale, les « Pumas bondissants », qui est une unité mobile de psychiatrie périnatale se rendant à la demande dans les maternités. En effet, quelle que soit la qualité du travail des psychologues de maternité, il arrive qu'ils se trouvent en grande difficulté pour reconnaître telle femme en tant que mère potentielle, ou tel bébé comme un bébé potentiel.

Après 17 ans de pratique à l'Aubier, nous pensions être descendus dans les bas-fonds de l'extrême, pour paraphraser Gorki, mais nous constatons que les familles extrêmement désorganisée et carencées, qui il y a dix ans n'accédaient pas aux soins, constituent aujourd'hui environ 60% de notre file active...

C'est dire avec quelle ardeur, quelle persévérance, quelle endurance, quelle rigueur, mais aussi avec quelle souplesse nous travaillons, nos partenaires et nous-mêmes pour entourer ces familles.

J'ai beaucoup apprécié la polysémie de l'intitulé du chantier : « Holding des mères, nursing des bébés ». De quelles mères allons-nous parler : des mères actuelles ou des mères de la génération antérieure ? De quels bébés sera-t-il question : des bébés actuels ou des bébés que constituent les parties infantiles des parents ? Notre objectif, ambitieux, est effectivement de tenir compte de ces différentes mères et de ces différents bébés pour les aider à se développer ensemble. C'est une condition sine qua non ; on ne voit pas comment on pourrait nurser des bébés, leur donner des soins, sans donner des soins aux multiple personnages auxquels nous tentons de donner une meilleure vitalité psychique et émotionnelle.

A partir de notre expérience auprès de très jeunes enfants et de leurs parents à l'Aubier, nous avons construit des cadres de travail qui visent à faciliter et à améliorer le fonctionnement de familles particulièrement fragiles et vulnérables. Nous tentons ainsi de pressentir et de prévenir précocement les risques de répétitions, de violences et de maltraitances qui avaient déjà submergé ces parents dans leur passé, en potentialisant leurs ressources et en instaurant avec eux de nouvelles relations à l'occasion de la naissance de leur bébé.

Mais nous parlons rarement à l'Aubier sans chanter à plusieurs voix, aussi je vais laisser la parole à Isabelle Patouillot-Slatine, qui est notre assistante sociale depuis la préhistoire de l'Aubier et qui a donc participé à tisser ces liens de partenariat qui sont un des piliers fondateurs des missions d'inter-secteur, liens particulièrement riches dans notre inter-secteur comme dans la sphère de la parentalité, surtout en périnatalité.

Interviendra également Caroline Héroux, puéricultrice de PMI que nous avons recrutée en fonction d'un critère essentiel : les professionnels de la petite enfance que nous recherchons pour compléter le dispositif habituel de pédopsychiatrie doivent être capables de s'identifier à la fois aux parents et au bébé, pour qui les enjeux parfois diffèrent. La souplesse identificatoire est en effet un élément essentiel de notre institution, car c'est un formidable levier thérapeutique. Les choses se créent donc au fur et à mesure que notre pensée se développe, avec de nouveaux outils tels que l'hospitalisation à domicile conjointe, et ce malgré les contraintes qui pèsent sur le milieu hospitalier.

Isabelle PATOUILLOT-SLATINE

La «vulnérabilité» est un terme bien connu des professionnels du champ de l'enfance et de la périnatalité. On a parlé de «mères vulnérables», on parle aujourd'hui «d'enfants et de familles en situation de vulnérabilité». Ainsi le plan périnatalité 2005-2007 rappelle que «les professionnels de la naissance

s'accordent sur la nécessité de considérer les vulnérabilités personnelles et familiales particulières à cette période comme un facteur influençant le bon déroulement du processus naturel de la naissance».

Nous savons que la naissance d'un enfant apporte dans chaque famille son lot de modifications significatives. Cette transition qui exige une adaptation importante est souvent associée à une plus grande vulnérabilité. Et nous savons que celle-ci peut être exacerbée par des circonstances particulières, qu'elles soient d'ordre socio-économique, médical ou psychologique. Ainsi, la souffrance psychique des parents, leurs angoisses ou la dépression les conduisent souvent à être exposés avec leur bébé au risque de ne pas se comprendre, de ne pas développer de ressenti commun, de ne pas construire de liens.

Dans ces situations, nous, professionnels, sommes parfois bien empêtrés, perplexes, tâtonnants, oscillants et souvent inquiets face à tant d'incertitude, d'inconsistance et d'instabilité. En d'autres termes nous devons faire face alors à notre propre vulnérabilité. Etant soumis à la vulnérabilité de l'autre, nous en éprouvons inéluctablement toutes les facettes jusqu'à parfois nous en protéger activement quand la coupe est pleine.

Quel paradoxe! Professionnels expérimentés, nous perdriions l'accès à notre bon sens, soumis au diktat d'émotions qui nous traverseraient comme qui dirait «à l'insu de notre plein gré»? Que prédire alors de nos actions à venir destinées à protéger la mère et l'enfant à naître ou déjà là? La vulnérabilité productrice de dysfonctionnements chez les professionnels, entre professionnels? Serait-il difficile pour nous aussi de nous comprendre, de développer des ressentis communs, de construire des liens, tant et si bien que l'art et la manière d'être ensemble autour et avec ces parents et ces bébés ne resterait qu'une pure illusion? Combien de fois avons nous pensé: «que cette famille est difficile à comprendre, et à aider!»

De son côté, lorsqu'il nous raconte avec son corps quelque chose de son histoire et de celle de ses parents, le bébé nous interroge: «qui va me comprendre?» Comprendre, ce mot dont l'étymologie nous donne le sens suivant: «saisir, prendre ensemble, contenir en soi».

Mais revenons à ce terme de «vulnérabilité». Pour Bernard Golse la vulnérabilité est une «sensibilité particulière aux blessures potentielles». Personne n'est invulnérable mais la plupart du temps les individus développent une souplesse psychique, une capacité de résistance «normale» aux traumatismes qui résultent d'un développement harmonieux pendant l'enfance. Mais qu'elle soit fragilité propre au bébé, ou à son environnement, en particulier ses parents, certains prédisent que la vulnérabilité est productrice de dysfonctionnements dans l'instauration du lien parents enfants et qu'à ce titre nous serions chargés de la dépister et de remédier à ses conséquences.

Or, si la période périnatale est un temps de fragilisation psychique, elle est aussi, grâce à cet état particulier, la possibilité d'un mouvement psychique créateur sans lequel la mise en place d'un savoir-faire parental ne saurait s'inscrire.

Le bouillonnement interne est habituel à cette période. Deux cas de figure doivent néanmoins particulièrement retenir notre attention : le premier est celui où les turbulences désorganisent toute tentative de mise en place du lien parents-bébé ; nous sommes en général sur le pied de guerre, récepteurs, voir amplificateurs de toutes les tensions psychiques à l'œuvre. Parents, bébés, professionnels, comment s'y retrouver, s'apaiser, reprendre ensemble un rythme, une respiration ?

Le second cas de figure est celui où une trop grande inertie émotionnelle nous empêche de voir, d'entendre, de penser. Comment alors en tant que professionnels échapper à cette inertie et favoriser nos propres capacités créatives ?

Sylvain Missonnier le rappelle, «la vulnérabilité de l'humain n'a d'égal que sa créativité». Il ajoute, «l'une comme l'autre sont particulièrement amplifiées chez tous les acteurs soignants et soignés en présence, pendant la grossesse et à l'âge du nourrisson». De quoi nous donner quelques perspectives...

Dr le NESTOUR

Il faut donc créer un cadre qui prenne en compte non seulement le bébé actuel mais aussi les parties infantiles des parents, «présentifiées» et souvent massivement projetées en lui. Les mères déploient une rivalité extrêmement importante à l'égard du thérapeute pour occulter ce bébé qui ne leur renvoie que mésestime, honte et humiliation.

Ce travail serait donc tout à fait impossible par un seul thérapeute. Il se trouverait d'emblée dans un transfert massif soit d'idéalisation, soit de rage envieuse quand il porte attention au bébé. Ainsi nous mettons souvent en place une co-thérapie, avec un co-thérapeute observateur centré sur le bébé, et un thérapeute centré sur l'interaction comportementale et fantasmatique parentale. C'est vraiment le cadre d'origine de notre travail et pour rien au monde nous n'y renoncerions.

Les thérapeutes accordent plus d'importance dans un premier temps à leur capacité empathique d'observation des relations parents/bébé, faisant du travail d'observation du bébé lui-même un levier thérapeutique.

Ces parents, très vulnérables, anticipent des attaques et des mises en accusation de leur conduite parentale, tout comme ils se sont sentis eux-mêmes dans leur enfance des enfants dévalorisés ou agressifs. La recherche

active par leur thérapeute d'accéder à leur propre histoire ne pourrait d'emblée que raviver brutalement les sentiments parentaux d'impuissance et de honte, liés à leur passé. Du fait de leur extrême sensibilité, ils sont extrêmement sensibles à la valorisation des compétences de leur bébé, ce qui conforte inéluctablement les leurs dans une spirale positive, rétablissant ainsi une estime de soi (et potentiellement de l'autre) effondrée. Ils peuvent alors mieux supporter les difficultés de leur bébé ainsi que les leurs propres.

L'observation du bébé, le soutien apporté par le regard de l'observateur côté bébé et le déploiement de sa disponibilité activement réceptive, conduisent en effet rapidement, de façon mimétique et plus ou moins consciente, à une identification de la mère aux fonctions de l'observateur du bébé.

Caroline HEROUX

La place de co-thérapeute, côté bébé, consiste, dans un premier temps, à l'observer tandis que sa mère s'exprime et raconte, tournée vers le thérapeute. Celui-ci essaie de ressentir dans quel état de tension est le bébé, ce qu'il tente d'exprimer, à travers ses attitudes corporelles, sa façon d'écouter et de regarder. Le but est d'emmagasiner des sensations, plus que des informations concrètes. Il tente d'être au diapason du registre émotionnel du bébé. Il tâche d'appréhender le rythme de ce bébé-là, avec ces parents, leur harmonie, les capacités qu'ils développent pour se rencontrer.

L'attention soutenue pour le bébé permet de l'accompagner dans les moments de détresse en rajoutant, si nécessaire, une parole presque chuchotée, pour ne pas interrompre le dialogue entre la mère et le thérapeute, pour faire comprendre au bébé que si sa mère est momentanément très prise par ses émotions, il n'est pas tout seul.

Très longtemps des moments d'échanges sans paroles peuvent avoir lieu avec le bébé. Peu à peu, l'observation «agit». La mère commence à regarder le co-thérapeute en train d'observer puis, à observer elle-même et à chercher à comprendre. La mère semble trouver intuitivement, peut être même comprendre, la présence et la fonction du co-thérapeute et le sens de son engagement vers le bébé.

C'est en observant ainsi les bébés, que nous avons appris à reconnaître les signes et messages envoyés par eux et leurs mères. Au-delà d'une simple réceptivité, le co-thérapeute est mobilisé dans une relation anticipatrice de ce qui sera possible entre la mère et le bébé. Je parle surtout de la mère, même s'il arrive aux papas de venir, car force est de constater la plus grande régularité de visite de la mère : il n'est pas souvent facile d'avoir les trois en même temps.

Dr le NESTOUR

Je crois quand même que les pères sont mis en mobilité, avec leurs très jeunes bébés, dans leurs propres fonctions, non seulement paternelle mais maternelle primaire, c'est-à-dire l'intégration de capacités de soins. Heureux les pères qui savent jouer de leurs parties féminines maternelles pour assister les mères, à l'origine de la construction psychique de leur bébé.

Caroline HEROUX

Le co-thérapeute ne peut pas être un observateur neutre car sa curiosité et le désir de contenir et de comprendre se réfléchissent probablement dans sa manière d'être, comme un artiste qui peint ce qu'il voit à travers ce qu'il ressent. Il essaie de voir, en continu, le bébé dans son entier, coûte que coûte, et de garder la possibilité de croiser son regard. Il m'arrive par exemple de me déplacer pour rester en contact avec le bébé.

Mais le co-thérapeute reste en retrait, sans pour autant présenter un visage impassible, même si le bébé cherche à rentrer en interaction en multipliant les actions pour attirer son attention. Cela permet au bébé, petit à petit, de se «voir» à travers ce qui est ressenti de lui. Le bébé semble «se remplir de lui-même» dans le regard du co-thérapeute. J'ai vraiment le sentiment qu'à un moment donné, les bébés observés finissent par s'interroger. De cette façon, observer le bébé permet de résister face aux tentatives-tentations de la mère à revenir sans cesse à l'expression de l'échec de la relation avec son bébé, se laissant encore et encore envahir par la désespérance. D'autres aspects de ce bébé deviennent visibles. C'est lui qui donne les réponses ; il faut les porter jusqu'à sa mère.

La position d'observateur serait pour le co-thérapeute le préalable pour établir une relation avec le bébé en respectant les possibilités de chacun (mère et bébé) tout en essayant de préserver le minimum relationnel nécessaire pour le bébé. Ceci dans le but de mettre en mouvement la vie émotionnelle nécessaire à la construction psychique du nourrisson.

Dr le NESTOUR

Cette réception active, qui agit au sens d'un processus, suppose en fait un dispositif très sophistiqué, ne fonctionne pas par un simple effet de miroirs, car le visage de l'observateur reflète ce qu'il éprouve du bébé, corrélé à ce qu'il sent de ce que le bébé agit en sa mère et de ce la mère lui renvoie.

Une intervenante dans la salle

Comment ce dispositif s'établit-il dans l'espace ?

Caroline HEROUX

Il dépend de la configuration de la pièce, sachant toutefois que le consultant et la maman sont en direct, avec le bébé en vue du co-consultant. La mère fait comme elle veut avec le bébé, amenant le co-consultant à se déplacer le cas échéant, mais discrètement et sans jamais s'immiscer entre la mère et le consultant. Mon attitude est de clairement laisser entendre que je regarde ce bébé, que je suis avec lui.

Dr le NESTOUR

Les parents posent le bébé où ils veulent. Ce qui compte est de pouvoir maintenir un dialogue entre le co-thérapeute et le thérapeute, en une sorte d'analogie avec la relation parent-bébé. Nous en jouons pour en faire un levier harmonique, dans le sens où Caroline peut se tourner vers moi pour dire quelque chose du bébé, en une psychodramatisation permanente et une inflation des émotions pour les verbaliser, à la façon des mères s'adressant à leur bébé, car il est des choses qu'elles ne sauraient entendre dites directement. De même que je transite volontiers avec le co-thérapeute – Caroline en l'occurrence – pour dire quelque chose que je ne peux pas dire directement au bébé ou à la mère. La subtilité du dispositif tient donc à ce qu'il y a des transits par le bébé de choses à dire à la mère, des transits par la mère de choses à induire vers le bébé, en un jeu de miroirs complexes qui intègrent nos pensées – et par la suite nos rêves...

Une intervenante dans la salle

Je croyais que ce dispositif s'adressait surtout à des mamans inscrites dans des configurations limites de la personnalité. Sachant la complexité de la question transférentielle, comment justifiez vous la systématisation de ce dispositif ?

Dr le NESTOUR

C'est un dispositif qui au départ nous est apparu comme astucieux pour tout le monde. Certains confrères penseront différemment, mais je pense qu'il est extrêmement difficile d'écouter à la fois la musique de l'instrument parent et celle de l'instrument bébé. Car ce qui nous intéresse aussi, dans le discours parental, c'est ce qu'on pressent des fantômes qui vont infiltrer de manière inconsciente leurs propos, ou des identifications qu'ils ont eues à leur propre imago parental, positives ou destructrices. S'identifier à des parents envahis par des démons et en même temps à des bébés en train de croître relève à mon sens de la prouesse incertaine.

Le dispositif est construit à l'Aubier comme un dispositif d'origine pour tous. Lorsque les parents arrivent dans la salle de consultation, nous nous présentons dans nos métiers, sachant que la secrétaire les a prévenus de la présence d'une puéricultrice et d'une psy (nous ne faisons pas de différence

conceptuelle entre psychologues et psychiatres car nous faisons le même métier d'analyste). Les parents et les bébés comprennent très vite la distribution de leurs fonctions dans l'espace. Je leur dis en général : « installez vous confortablement sur ce canapé et faites comme chez vous ». En quelques minutes, on peut alors évaluer quelque chose de l'organisation de la mère et du bébé, et de leur interaction.

Certaines mères présenteront spontanément leur enfant, d'autres le garderont contre elle, lui donnant toute priorité, avec pour toutes des postures et des attitudes significatives. Pour celles qui s'installent confortablement, on s'inquiètera moins de leurs fonctions maternelles primaires. D'autres resteront assises de guingois, au bord du canapé, et l'on pourra s'interroger sur les fonctions support qu'elles auraient dû avoir petites. Et le bébé est dans le chaos, obligé de s'auto-agripper. Tout ces mouvements processuels nous imprègnent des qualités qui ont fait défaut, nous donnent des intuitions de positionnement. Parfois la mère en rajoute dans le pathétique et nous intervenons alors pour remettre du confort.

Ces premières minutes d'entrée dans le dispositif nous mettent donc dans une certaine attitude interne, sachant que dans certaines constellations nous allons prêter nos pensées, dans d'autres nos éprouvés, et dans d'autres encore nos perceptions. Cela est en lien avec une graduation du déni des parents, qui pour ne pas trop souffrir en sont parfois à abraser leurs émotions, leurs éprouvés, voire leur perception d'eux-mêmes et d'autrui.

A travers l'observation le bébé devient moins « persécutoire » et plus gratifiant, porté par l'empathie métaphorisante du thérapeute qui reconnaît et apprécie ses élans relationnels.

Les parents commencent à prendre le risque d'accéder à leurs propres souffrances infantiles qui avaient déformé, dans un premier temps, la perception même de leur bébé. Sur un fond de sécurité qui se crée progressivement dans un cadre devenu étayant, les affects douloureux du passé peuvent se réveiller et progressivement s'intégrer via les capacités de transformation des thérapeutes. Le thérapeute peut suffisamment s'identifier, voire même se laisser agir pour aller éprouver l'intolérable, l'insupportable, l'indicible du bébé inclus dans le parent.

Les thérapies bifocales se veulent centrées le plus intensément possible sur ces interactions à la fois actuelles et transgénérationnelles, pour libérer chacun des impasses du passé et enrichir des co-crétions.

Mais parfois les parents captent trop avidement les thérapeutes et tentent de les entraîner en dehors de la relation avec le bébé. Il faut alors pressentir, discuter, annoncer un professionnel autre, exclusivement disponible pour les parents – la mère en général - quand les besoins primaires infantiles de ceux-ci sont impérieux et exigeants, alors qu'ils sont apparemment déniés.

Isabelle PATOUILLOT-SLATINE

Je vous propose de dérouler une illustration clinique de nos propos, que nous allons commenter tour à tour chacune du point de vue de nos places respectives. Il s'agit de l'accompagnement social d'une mère dont la vulnérabilité psychique entrave l'accès à la parentalité.

ACTE I - De l'inquiétude à la préoccupation : création d'un lien ?

Mme S., 38 ans, consulte pour la première fois à l'Aubier alors que sa fille, Amélie, a deux mois. Elle est adressée par la PMI. Le motif de consultation est le suivant : «c'est une grossesse non déclarée, je suis mère célibataire, j'ai des parents assez âgés avec lesquels il n'y a pas d'échange possible». Huit mois plus tard les consultants - le psychologue et la puéricultrice - m'adressent Mme S.. Ils me transmettent qu'elle est endettée et craignent que sa situation sociale ne se dégrade rapidement : elle se met apparemment en danger financièrement. Ils sont tous les deux inquiets : j'ai du travail sur la planche.

Je fais connaissance avec cette femme qu'il me faudra apprivoiser pendant une année. Cette première période de mon intervention reste assez décousue dans mon souvenir. Pourtant, je l'ai vue régulièrement trois à quatre fois par mois. Mme S. est un personnage indécis aux contours imprécis. Notre relation met du temps à s'installer. Je sens qu'il ne faut pas la solliciter trop vite. C'est donc à son rythme que je dois m'ajuster autant qu'à la nécessaire distance qu'elle m'impose, figée dans un sourire-masque à l'image de son peu d'estime d'elle-même.

J'apprends peu à peu que le père d'Amélie rencontre épisodiquement sa fille au domicile de Mme. Il n'a pas reconnu légalement Amélie. Il n'y a pas de projet de vie commune. Mme S. a été confiée par son père à des membres de sa famille dès le premier trimestre de sa vie. Ce n'est qu'à l'âge de quatorze ans qu'elle découvre incidemment qu'elle n'est pas leur fille. Après sa naissance, sa mère aurait été hospitalisée en psychiatrie et n'aurait jamais retrouvé son autonomie. Les inquiétudes des consultants quant aux difficultés sociales et financières de Mme S. étaient-elles fondées ?

Mme S. a quelques dettes, mais nous parvenons à les résorber. Pourtant, elle entretient au fil du temps des liens de dépendances avec ses proches qui donc ne cessent de lui reprocher son inconséquence (elle a dilapidé le peu de son héritage paternel). Sa grossesse cachée, puis l'aide nécessaire de sa famille ne font qu'exacerber la désapprobation familiale de sa conduite, voire un jugement très négatif.

A chaque question traitée succède une nouvelle source d'inquiétude. «J'avais oublié de vous dire...» Mme S. maintient le lien (le construit ?) en m'inquiétant, un lien d'inéluctable dépendance. Inquiéter l'autre pour ne pas être abandonnée. En me dévoilant à la fin de chaque entretien un nouveau problème à résoudre elle m'oblige en quelque sorte à penser à elle jusqu'à la

prochaine fois, à me préoccuper d'elle, de sa réalité physique et matérielle autant que psychique, comme la mère attentive aux besoins du nourrisson. L'inquiétude marquerait-elle les prémices d'une préoccupation maternelle possible, et surtout recevable ?

«Inquiétez vous pour moi, devinez-moi, anticipez-moi» semble-t-elle dire, et plus loin on entend «continuez à vous intéresser à moi afin que je puisse prendre soin de moi et de mon enfant». Sollicitude appelée, réclamée à grands frais par des mises en actes qui me mettent en demeure de me positionner.

Dans ces moments, Mme S. me montre combien elle est en difficulté pour identifier ses propres besoins, les nommer clairement, les «prioriser». Elle ne peut pas encore anticiper les conséquences des actes qu'elle pose en relation avec ses propres besoins et c'est encore difficile de s'appuyer sur moi autrement qu'en me faisant vivre des éprouvés impératifs, catastrophiques, qui nous lient de manière adhésive. Elle souhaitait par exemple me faire modifier ses horaires de travail « pour mieux s'occuper de sa fille ». Le rendez vous pris avec le chef du personnel, elle en ressort avec des horaires très matinaux, posant le problème de savoir qui s'occuperait de l'enfant en attendant l'ouverture de la crèche...

Pendant toute cette période, les consultants sont préoccupés par Amélie. La mère reste très éloignée de la réalité psychique de sa fille, de ses besoins propres. Nous échangeons régulièrement et je me sens soutenue par ce travail de réflexion.

Dr le NESTOUR

Dans nos prises en charge, les conflits et le risque de rupture sont perceptibles après une lune de miel plus ou moins longue avec les thérapeutes. L'histoire même de la prise en charge est émaillée de discontinuités - attaque sur la régularité des séances, voire même rupture, d'où l'importance du travail en réseau pour encourager le retour à l'Aubier. Ces discontinuités temporelles s'actualisent aussi dans les séances pour que se rejouent, comme dans une nouvelle pièce de théâtre, les événements traumatiques du passé à l'origine de ces discontinuités.

Le bébé prenant peu à peu un aspect moins persécutoire, les parents se détournent et évacuent souvent leur hostilité sur le thérapeute, ou bien ils les «lâchent» pour ne pas les détruire lorsque leur ressenti est trop violent, comme pour les protéger. Comprendre cela, c'est se mettre dans une disposition de travail qui évite la potentialisation de la haine déferlante.

Les thérapeutes sont malmenés ; ils tentent surtout au début de survivre psychiquement afin de préserver une attention empathique et une réceptivité continue. Ils essaient de trouver en eux une ultime souplesse pour entrer

activement en contact avec des parties parentales morcelées, désespérées, voire anéanties. Ils tentent d'accéder aux vécus intrapsychiques chaotiques des parents ou de la mère. Ils prêtent véritablement leur appareil psychique, assurant une présence affective fiable et continuant de faire crédit aux ressources virtuelles et potentielles des parents, ce qui me semble fondamental pour eux comme pour nous, pour ne pas être entraînés dans la désespérance.

Isabelle PATOUILLOT-SLATINE

ACTE II - Une inquiétude persistante et envahissante : le risque de la sidération.

Moins d'un an après notre première rencontre, Mme S. manifeste des inquiétudes qui semblent l'envahir. Sa famille fait pression sur elle et la menace d'une mesure judiciaire la confirmant irresponsable. Je lui donne mon point de vue : elle a peut être suffisamment inquiété son entourage et parfois à juste titre. Commence à poindre la question «Quelle image de moi je donne aux autres ? Qu'est-ce que cela déclenche ?».

Mme S. est inquiète de la perte potentielle du seul membre positif de sa famille qu'elle a investi. Ses inquiétudes sont envahissantes, elles me semblent le signe d'une vague de souffrance souvent indicible. Elle semble épuisée et manifeste son état interne par une théâtralisation qui suscite parfois l'agacement de l'équipe. Grande, maigre et voûtée, elle revêt un grand manteau foncé. Ses cheveux mal entretenus et sa démarche souvent hésitante - elle se plaint de chutes de tensions et de vertiges - lui donnent un air fantomatique. Elle me fait penser à une personne âgée échappée de l'asile (sa mère ?), voire à un épouvantail, pour reprendre le terme de Boris Cyrulnik. Je pense aussi à son père, avec son penchant pour l'alcool, qui a fini sa vie dans une maison de retraite médicalisée. Plusieurs rendez-vous sont annulés. Mme S. me téléphone. Elle reste en lien malgré tout.

Une nouvelle mise en acte dont nous ne comprendrons le sens que plus tard représente un tournant dans mon travail avec elle. Lorsque je la reçois, Mme S. est dans l'incapacité de s'exprimer sur la raison qui l'a conduite à abandonner son poste depuis environ un mois (selon les informations du service du personnel qui avait gardé mes coordonnées). Il lui est même très difficile de repérer avec elle depuis quand elle n'est plus allée travailler. Comme si le temps, la pensée, la parole s'étaient arrêtés. Je la sens très déprimée. Je fais appel aux consultants, notamment Caroline.

Caroline HEROUX

Nous décidons à ce moment là de l'aider, notamment en établissant un arrêt-maladie.

Isabelle PATOUILLOT-SLATINE

Nous mettons en place un rendez-vous rapide avec un psychiatre de l'équipe et je contacte en effet son employeur afin de régulariser sa situation. J'ai le sentiment que nous venons de la récupérer au bord de la falaise...

Suite à cet événement Mme S. va s'engager dans un travail psychothérapique avec le psychiatre, travail qu'elle continue aujourd'hui. Elle m'a confié quelque chose de l'intimité de sa détresse mais n'a pas fini de se cacher...

Un mois et demi plus tard, un lundi matin, je reçois un appel téléphonique de la maternité locale, un hôpital privé : « Mme S. vient d'accoucher d'un beau petit garçon, à terme. La mère et l'enfant se portent bien ». Mme S. a demandé qu'on nous prévienne. Je suis sidérée. Et je dois annoncer la nouvelle à l'équipe... qui est gagnée aussi par la sidération. Les professionnels de la PMI ont eux aussi été saisis par le même aveuglement. Ils avaient juste remarqué que Mme S. portaient immuablement son grand poncho foncé... Après coup, je remarque que son arrêt de travail correspond peu ou prou à ce qu'aurait été son congé de maternité. Elle a protégé inconsciemment la fin de cette grossesse non déclarée qu'elle n'a annoncée à personne.

Dr le NESTOUR

J'ai donc cette dame en thérapie depuis un mois et demi, qui tente désespérément d'investir un cadre pour elle-même. J'ai co-créé avec elle un cadre de séance de façon à différencier une vie psychique pour elle, la confusion avec sa fille étant extrêmement importante. Je ne savais pas que je m'adressais à une mère et à un bébé dans le ventre de cette dame. Les résumés de ces séances m'étaient impossibles, j'avais la tête vide à leur issue tandis que son ventre se remplissait et que je n'y voyais rien. On voit dans quel froid, dans quel gel de sa pensée peut être placé le thérapeute. Cela illustre le déni dans lequel peut entraîner ce genre de patient, qui ne peut ni se voir ni se sentir.

La psyché du thérapeute court donc bien des risques. Il serait facile d'adhérer à l'idéalisation pour dénier les mouvements du plaisir de la cruauté injectée en lui. Ce plaisir de cruauté présent chez ces patients représente quelque chose qui a été inclus en eux, qui les a traversés et qu'ils ne peuvent comprendre qu'en les reproduisant sur nous et dans nous.

Le thérapeute doit résister à l'attraction du vide. L'ennui et la lassitude s'injectent massivement dans le contre-transfert et devient un adversaire majeur : la tentation est de créer le vide en soi, de dévitaliser son appareil psychique pour triompher de la souffrance impensable et ne pas souffrir à la place du patient.

Le risque est aussi de «jeter le gant» face à la destructivité injectée et les affects qui y correspondent : il faut alors accepter et gérer les sentiments d'impuissance et d'humiliation, tout comme le désespoir de l'incompréhension. Le contre-transfert et lui aussi soumis à cette crainte fondamentale injectée par les patients : pourquoi investir si la déception reste la menace permanente ? Cette nouvelle de l'accouchement fut traumatique pour nous tous, mais cette femme ne pouvait reconnaître ni désirs ni besoins, dans sa lutte contre la dépendance. C'est dire l'anéantissement que s'imposent ces patients pour ne plus rien désirer. Je pense que l'investissement de ce bébé pour cette dame était vraiment un acting processuel dans le cadre psychothérapique lui-même : ce bébé allait-il être décevant, ou bien ce bébé soigneusement caché comme source de vie allait-il surgir ?

Une intervenante dans la salle

Pendant l'année de consultations, sa fille Amélie n'a donc rien laissé paraître ?

Caroline HEROUX

Je n'ai rien perçu sur le moment. Cette petite fille de deux ans ne jouait pas à la poupée, ce que la crèche a confirmé, mais après la naissance de son petit frère, j'ai compris qu'elle en était en fait terrifiée et que cette peur s'était probablement développée pendant la grossesse de sa mère.

Isabelle PATOUILLOT-SLATINE

ACTE III - Une profonde solitude.

Mme S. m'appelle de la maternité. Elle me dit combien cela a été difficile pour elle cette impossibilité à dire sa grossesse. «J'ai du mal à parler même à des gens très proches comme vous» me dit-elle. Mme S. s'inquiète de la réaction de l'équipe, me demande de leur parler : «je voudrais qu'ils me comprennent, qu'ils ne me jugent pas». «Est-ce qu'ils vont vouloir suivre Michel ?» me demande-t-elle. Elle redoute qu'on lui ferme la porte.

Elle me demande de passer à la maternité. Nous devons régulariser sa situation administrative. Pendant ce temps la PMI fait le nécessaire pour que Mme S. soit aidée au domicile au retour de maternité. Je fais donc connaissance avec ce petit garçon qui n'existe pas encore pour les consultants : ils ont du mal à digérer la nouvelle...

Michel est un bébé blond aux traits fins, la peau fine et claire. Bien que d'un poids de naissance raisonnable, il semble plutôt mince et tout en longueur comme sa mère. La première fois que je le vois, il dort. Et pendant quelque temps je serai la seule à le connaître.

La mère ne demande pas de visite à domicile aux consultants. Amélie est accueillie dans une association de relais parental que nous avons déjà sollicitée deux semaines auparavant alors que la mère était très fatiguée. Elle avait donc en quelque sorte anticipé quelque chose pour Amélie au moment de l'accouchement. Il faut du temps pour présenter cet enfant-secret si bien caché. La suite de la prise en charge est en suspens. Je me sens très seule. En écho avec la profonde solitude de Mme S. et à celle supposée d'Amélie. Du père, il n'est pas question.

Lors de ma première visite à domicile, alors que Mme est dans la cuisine à préparer une tisane de thym (dont elle m'a souvent fait prescription pour ses vertus), une inquiétude me saisit. Le bébé est allongé sur le dos, sur le lit de camp installé par Mme dans le séjour. Ses petites jambes nues me donnent froid, il ne bouge pas. Je ne vois même pas le mouvement de sa respiration. Je le trouve très blanc. Je suis envahie par l'idée que ce bébé pourrait être mort et je ne peux faire autrement que de l'effleurer légèrement pour sentir sa chaleur. Dans les visites suivantes, la mise au sein est très pénible à regarder. Mme est assise de guingois. Je l'encourage à s'installer confortablement. Le bébé a toujours l'air suspendu à son sein sans que rien ne le contienne. Elle me fait penser à un nu de Picasso de la période bleue, décharnée, avec le sein qui pend comme une peau vide.

Nous menons à terme ce que nous avons prévu de faire à chaque visite. Mme a besoin d'être soutenue dans ses démarches administratives, vis-à-vis de son employeur, de la CAF, etc. Elle semble maintenant s'appuyer sur moi avec confiance. «Vous me connaissez maintenant», me dit-elle quand je débusque derrière son sourire figé une vérité émotionnelle qui ne demande qu'à être révélée - tristesse, peur, inquiétude, découragement... De retour à l'Aubier, je deviens la messagère de cet enfant dont j'atteste l'existence.

Deux semaines après la naissance de Michel, Mme revient en consultation à l'Aubier. Les prises en charge des enfants se différencient et s'organisent. Les inquiétudes aussi. Dans les mois qui suivent, Mme continue de quêter notre intérêt en nous inquiétant, véritable psychodrame où elle cherche sa propre authenticité quitte à conduire les professionnels à des vérifications proches de l'intrusion. Je me souviens d'une visite à domicile pour aller vérifier dans le placard s'il restait des conserves...

Cette apparente répétition questionne notre capacité à préserver notre empathie, à ne pas céder à l'irritation, mais à comprendre les mouvements de rejet ou au contraire les maternages excessifs que Mme S. suscite dans l'institution et auprès de nos partenaires.

Caroline HEROUX

J'en arrive à l'énorme difficulté de la prise en charge de sa petite fille Amélie, frappée d'un mimétisme absolu avec sa mère : même démarche, même sourire,

même air niais. Si nous avons été sidérés par la naissance de son frère, elle n'a quant à elle quasiment rien manifesté, en une sorte de « stupeur blanche », sinon cette terreur absolue des poupées. Et quand Michel est arrivé, la consultation avec les deux enfants est devenue impossible. Pas tant en raison d'une jalousie possible, mais par son attitude, tel un chiffon jeté par terre.

Nous avons donc différencié les espaces, mis en place une prise en charge hebdomadaire en orthophonie, constatant qu'elle avait besoin d'être soutenue pour elle, tandis que j'allais en observation à la crèche, où elle marchait comme une petite vieille. Et un jour, sans doute contente de me voir, elle s'est redressée et a marché normalement, sous le regard ébahi des auxiliaires présentes. Elle avait bien compris que j'étais là pour lui proposer autre chose que l'identification à sa maman. Amélie a quatre ans aujourd'hui, et le travail de prise en charge doit encore continuer.

Une intervenante dans la salle

Pouvez-vous nous préciser ce qui vous a amené à penser qu'il était souhaitable de voir la petite dans ce contexte de vie qu'est la crèche ?

Caroline HEROUX

Il s'agissait d'accentuer la différenciation. Là, elle pouvait être elle-même avec moi directement, sans passer par sa maman. En plus, à deux ans, elle avait beaucoup de mal à participer aux jeux, à s'épanouir. Nous avons soutenu un projet de crèche collective, qui offrait plus de sécurité eu égard à la situation sociale de la mère. Pendant les activités de peinture, je me mettais dans le dos d'Amélie et faisais les gestes avec elle, pour l'encourager mais aussi dans un souci de psychomotricité, pour délier ses mouvements.

Une intervenante dans la salle

Le fait que vous ayez été acceptée à la crèche comme soutien témoigne de la qualité des liens que vous avez tissés en réseau.

Dr le NESTOUR

La prise en charge du bébé Michel va aussi être un accélérateur formidable du travail fait avec Amélie.

Caroline HEROUX

Madame S., la maman de Michel, dit ne pas avoir voulu de relation sexuelle. Elle n'a pas déclaré sa grossesse et ne l'a annoncée à personne. C'est son deuxième enfant, né quasiment dans les mêmes conditions, à la même date d'anniversaire !

Michel, âgé de quinze jours, est un bébé silencieux. Ses expressions vocales sont rares et peu variées. Sa maman ne lui parle pas et ne le regarde pas. Miche se tortille. Aucune position ne lui convient vraiment. Il tend sa musculature ; au niveau des articulations, il est aussi souple qu'un contorsionniste. Il est toujours porté par sa maman, le plus souvent comme un balluchon sur son épaule, la tête pendante dans son dos, ou bien comme un sac à main, un bras de la mère passé sous les aisselles de l'enfant. Il disparaît dans les vêtements maternels, caché comme pendant cette grossesse non suivie.

Il est nourri au sein, qu'il prend positionné comme si sa mère avait un «sac banane» autour de sa taille à elle. Dans ces conditions, s'éviter du regard est obligatoire. La mère dit qu'il refuse la tétine. Michel regarde, avec parcimonie, d'un regard sans intensité. Il s'agrippe du regard au plafond, aux images sur le mur et aux personnes qui passent à distance dans la pièce. Il ne manifeste aucune émotion. Madame S. semble «encombrée» de son bébé mais le pose très peu.

Dr le NESTOUR

Au fil du temps, pour ces prises en charge difficiles, le thérapeute se risque à faire des propositions, des hypothèses concernant en particulier les affects ingérables infantiles des parents et les défenses qu'ils ont mis en place : déni, clivage, idéalisation. Les constructions qu'ils proposent, hypothétiques, deviennent une aire de jeu transférentielle et contre-transférentielle tant à l'égard du parent que du bébé. Ces constructions que propose le thérapeute n'ont valeur que parce qu'elles sont hypothétiques. Nous ne voulons pas inféoder nos patients à nos pensées ! Comme le disait René Roussillon, nos hypothèses doivent pouvoir être déchiquetées, retournées, jetées, évacuées puis reprises comme une propriété personnelle du patient... C'est alors un moment de grâce dans ce processus de construction psychique, comme lorsqu'émerge d'un chantier la silhouette d'une maison.

Madame revient de vacances dans sa famille. Elle avait confié temporairement ses deux enfants à un centre d'accueil, avec lequel nous avons des liens depuis longtemps. Son histoire familiale est complexe : elle a été élevée, dès la petite enfance, par son oncle et sa tante qu'elle croyait être ses parents, alors qu'un autre homme appelé aussi « papa » venait la voir régulièrement. Il ne lui avait été révélé qu'à l'âge de dix ans que sa mère avait été hospitalisée en psychiatrie dès sa naissance.

Dans la séance de retour avec moi, elle décrit avec amertume la reprise de la vie quotidienne, tel Sisyphe poussant son rocher. Elle peut dire : « c'est dur » ; elle parle de la gestion de la vie quotidienne, de l'ordre difficile à mettre dans son appartement, des bruits, des travaux, des machines en panne, de l'aide ménagère qui aide si peu. Son appartement semble une représentation d'elle-

même avec des vécus persécutifs et pourtant, le chaos paraît être soigneusement entretenu par elle-même.

Je verbalise (la tristesse, être submergé par les tâches quotidiennes). Elle répond presque méchamment : « je l'ai voulu », puis : « enfin, c'est ce qu'a toujours dit ma famille, mais j'y arriverai, je n'ai besoin de personne ». Un beau déni transférentiel, au vu des efforts déployés... Ses paroles expriment pourtant des affects extrêmement contrastés, ce pour la première fois depuis le début de la thérapie. Elle se reprend pour dire : « c'est vrai que je sais maintenant, en appui sur les professionnels de l'Aubier, demander de l'aide ». Joli repentir. Cette problématique, elle dit y travailler et comprendre le travail de Mme Patouillot, qui tente de la faire survivre dans un chaos social qu'elle crée aussi elle-même, reconnaissant ne pas faire les démarches nécessaires.

Je ponctue (le même déchirement toujours : vouloir y arriver toute seule ou accepter de l'aide, pouvoir en demander un peu. Puis la honte d'être aidée alors que s'amorce le plaisir à recevoir. Y aurait-il un nouveau plaisir à être reconnaissante, une vraie valeur dans l'échange, une dette qui pourrait devenir supportable et gérable ?). Elle veut faire répéter cette longue intervention, alors qu'elle en a bien saisi la mélodie.

Comme je ne dis rien, elle lance : « alors, il faudrait savoir ce qu'ils veulent », puis : « il me faut comprendre ce dilemme, je veux continuer ». C'est-à-dire qu'elle a eu un mouvement projectif d'accusation sur toute sa famille. Depuis, elle s'organise mieux dans sa quotidienneté pour voir régulièrement les professionnels de l'Aubier. Sa soif relationnelle déniée retrouvera-t-elle une satiété ?

Quoi qu'il en soit, je m'appuie sur ma conviction que le bébé Michel apporte ses forces vives au traitement.

Caroline HEROUX

Le bébé est dans les bras de sa mère, installé de façon à ne pouvoir la regarder et sans même la possibilité d'avoir accès à son visage. L'observation soutenue du bébé ne semble pas l'aider. Pour cette dyade, l'observation du co-thérapeute ne paraît pas avoir de capacité contenante suffisante.

Cette mère très vite a largement sollicité les professionnels de l'Aubier, soit le co-thérapeute, soit une autre personne. Elle demande que l'on garde son bébé pendant qu'elle prépare un repas, ou bien qu'on le prépare à sa place. Elle nous confie le bébé le temps d'aller faire une course, et parfois même pour se reposer, car elle est épuisée.

Un effet d'apaisement dans les interactions a été rapidement induit, nos réponses aux demandes maternelles permettant une certaine mise à distance

de la mère et du bébé, tout en proposant à ce dernier un holding sans doute plus satisfaisant.

Le bébé, très jeune, profite rapidement de l'expérience qui lui est proposée, celle d'un maternage moins parasité par toutes les difficultés maternelles. Le nourrisson garde avec sa mère les mêmes comportements. Parallèlement, assez vite, il retrouve avec le co-thérapeute, pendant ou en dehors des temps thérapeutiques, des échanges plus harmonieux.

Cette maman vient deux à trois fois par semaine à l'Aubier. Elle reste plusieurs heures et a du mal à s'en aller. Michel commence à gazouiller. Son tonus est plus harmonieux. Ses regards, s'ils restent d'assez courte durée, sont suffisants pour permettre l'échange mais, c'est un bébé qui ne sollicite pas encore l'échange de lui-même.

Pour les professionnels, comme pour d'autres personnes, la présence d'un bébé provoque, en général, le désir de s'en approcher, souvent de le prendre et d'interagir, ce qui ne se fait généralement pas à l'Aubier avec des bébés si petits. Il semble que la situation s'inverse pour Mme S. Elle confie son bébé et ne semble pas en être agacée ou blessée narcissiquement. Au contraire, c'est comme si cette mère voulait observer son bébé dans les bras d'une autre femme. A la question : «qu'est-ce que vous ressentez à voir votre bébé comme ça (dans les bras du co-thérapeute) ?», la mère de Michel dit qu'elle est fière que ce bébé soit le sien et qu'elle ressent des choses «bizarres».

Cette mère, en mettant à distance son bébé, semble vouloir résister à un remaniement identitaire, toute accrochée qu'elle est à son malheur. Peut être veut-elle protéger le bébé de son chaos interne ou de son insignifiance ?

Devenir mère semble entraîner une perte pour elle et non un gain. Pour le moment, elle est installée dans l'impuissance, trop sollicitée et trop désorganisée, dans le régressif du bébé quand il est proche et dépendant d'elle. Cela la met dans la quasi-impossibilité d'éprouver simultanément ce qu'elle vit. Se projetant dans une scène animée d'une autre femme avec son bébé, elle semble, à son tour, ressentir le désir de s'approcher du bébé, de le prendre et d'interagir avec lui. En autorisant le co-thérapeute à prendre le bébé, cette dimension inquiétante est mise suffisamment à distance pour que la mère puisse s'autoriser à vivre des «émotions maternelles».

Face à cette scène de «maternalité par délégation», elle peut se trouver, se retrouver, se projeter parce que c'est bien son bébé qu'elle voit. C'est ici une identification d'un bébé à distance qui réveille le désir maternel et favorise ensuite le tissage du lien entre la mère et le bébé. Cette nouvelle relation peut mettre alors en seconde place la permanence du malheur qui semblait constituer son identité ; du moins en seconde place dans les temps où elle regarde son bébé à distance dans les bras d'une autre.

Le bébé, lui, dans un premier temps, est soulagé non pas des tensions internes propres à tous les bébés au cours de leur développement, mais des tensions dues à l'impossibilité/incapacité de la part de sa mère d'avoir accès à ses émotions propres, à la satisfaction d'être mère.

Lorsque le co-thérapeute s'occupe de son bébé, la mère peut fournir, en réponse à des questions, des informations qu'elle ne donne pas spontanément. Elle connaît, malgré tout, les préférences et les besoins spécifiques de son bébé ; elle peut guider le co-thérapeute. Elle donne l'impression de chercher une image de son enfant, mais sa description reste en surface ; il ne s'agit pas d'une véritable appropriation du bébé dans sa profondeur. Celui-ci ne peut que peu à peu être découvert, décrypté, animé de sentiments compréhensibles. Les identifications au bébé permettent alors de le faire exister, «plein de lui-même» afin qu'il puisse, avec suffisamment de sécurité, explorer le monde maternel.

Lorsque le co-thérapeute observe et interagit avec le bébé, il psychodramatise à sa manière (surtout en pensée) les éprouvés, les ressentis, les affects du bébé. Ils sont transformés dans une forme acceptable pour la mère qui peut alors faire exister un bébé différent de celui qu'elle a à l'intérieur d'elle-même. Dans les bras du co-thérapeute, la mère peut observer son bébé, rassurée. Encouragé, le bébé peut regarder sa mère. Les yeux de la mère et du bébé se trouvent, un jeu de regard peut s'initier. C'est le début d'une spirale interactive : le feedback des regards.

Lorsque la mère, épuisée par des nuits courtes et des journées envahies par les pleurs, par les besoins du bébé, par sa propre tristesse et sa détresse, dort à l'Aubier, le co-thérapeute ne prodiguera des soins (comme le change ou le repas) au bébé que si la mère a pensé elle-même à le demander. Sinon, il faut interrompre, à contrecœur, son sommeil. C'est une façon de bien confirmer que c'est elle la mère. Voir son bébé se calmer dans les bras du co-thérapeute, se détendre, gazouiller, et regarder avec plaisir, rassure la mère sur les compétences de son bébé ; elle peut aussi avoir un certain plaisir à constater l'échec de tentatives de consolation quand celui-ci continue à pleurer ou à montrer son malaise.

Il y a des moments où les thérapeutes pourraient «remplacer» ces mères auprès de leur bébé ; ce sont les moments où le chaos prédomine en elles, et les empêche d'être en relation. Puis, en d'autres temps, les thérapeutes ne peuvent pas être plus adéquates que ne le seraient ces mères ; ce sont les moments où elles perçoivent les besoins propres du bébé et ses élans affectifs. Peu à peu, les bébés exprimant leurs sensations de tensions internes, ces mères ont appris à les différencier d'autres inquiétudes : celles qu'elles pouvaient induire elles-mêmes.

Dans cette prise en charge, plutôt qu'observer, le co-thérapeute a été observé... cette observation partagée a fait advenir le bébé et sa mère. Ceci ancre notre conviction que si les mères supportent si bien de nous voir avec leur bébé, c'est qu'elles sont elles-mêmes portées, ainsi que le bébé qui est en elles, par le thérapeute.

Isabelle PATOUILLOT-SLATINE

ACTE IV - Une possible réciprocité et créativité.

Quelques mois ont passé. Michel aura bientôt un an. C'est un petit garçon qui se développe bien. L'idée a pris corps d'un temps «gratuit» avec Mme S. pendant qu'Amélie est en prise en charge avec l'orthophoniste, un temps où il ne serait pas question de dossiers à remplir, de démarches administratives, de soucis matériels.

Ainsi, j'avais remarqué, lorsque nous préparions un courrier administratif, qu'elle avait très envie de saisir elle-même le texte sur l'ordinateur. Quelque temps plus tard je lui ai proposé de prendre le clavier. Elle était rouge de plaisir (rappelons brièvement que ses déboires avec son employeur l'ont conduite à un poste déqualifié par rapport à ses compétences). Alors qu'elle regarde l'écran elle raconte sa formation initiale, et aussi le sadisme de son professeur, comment elle s'était pliée «sagement» en enfant docile aux exigences scolaires de celui-ci.

Afin de lui permettre de pouvoir utiliser l'ordinateur mis à disposition des habitants dans le local de la mairie annexe, je lui propose de lui transmettre ce que j'ai appris «sur le tas» afin qu'elle découvre les possibilités actuelles comme l'accès à internet et de me transmettre ses propres compétences. C'est ainsi que de fil en aiguille nous avons réalisé ensemble le carton d'invitation pour l'anniversaire des enfants (objet de discussion entre nous car elle ne s'y nommait pas dans un premier temps).

Elle a également commencé à écrire une histoire pour Amélie. Nous avons cherché sur internet quel vin accompagnerait le mieux le repas qu'elle avait organisé pour le parrain et la marraine de Michel. Je dois dire que nous avons eu des fous rires. Puis Mme S. a voulu utiliser ce temps pour lire en salle d'attente. Le temps de la réciprocité faisait-il peur ? Pas si sûr. Peut être était-elle en train de faire l'expérience d'un temps seule, occupée, à proximité, sans crainte d'être lâchée.

Les vacances approchent. Mme S. me fait part de ses projets. Elle est invitée au mariage d'un proche. A l'issue de cet entretien, Mme S. prend conscience qu'elle n'a pas du tout envie d'aller à ce mariage et qu'elle s'est mise dans une situation compliquée de dépendance vis-à-vis de sa famille à laquelle elle voulait faire plaisir. Elle réalise surtout qu'elle n'a pas pensé à elle, à ce qui lui

conviendrait. Le projet se modifie alors assez spontanément. Cette année les vacances, ce temps de la séparation, ont été anticipées par Mme. Lorsque nous nous quittons, je sais qu'elles se passeront bien, parce que l'on se quitte pour quelques temps... sans se perdre.

Caroline HEROUX

Michel grandit, inséré dans une spirale positive. Sa maman est encore persuadée qu'elle est incapable d'être mère, qu'elle n'en avait pas le droit, mais après ses deux ans de consultations avec sa fille aînée, elle va rapidement accepter que son petit se développe bien malgré tout, ce qui est gratifiant pour elle.

Le petit en grandissant posera peu de questions sur son père, dont elle ne peut parler, mais il sait par nous qu'il a un papa qui ne le connaît pas. Etant un garçon, il échappe à la malédiction du parent malade, qui ici semble se transmettre par les filles, vouées à n'être pas grand-chose.

Dr le NESTOUR

Après un certain nombre de séances où les affects peuvent se deviner, les émotions vont beaucoup plus se montrer, voire donner lieu à des énonciations (savourer le plaisir de vos enfants, mais aussi, paradoxalement, la tristesse de ce qui a manqué pour vous). Madame étonnamment répond : « avant, je ne pouvais pas l'éprouver, j'avais mis une pierre dessus, je portais un masque ». Une étrange association me saisit : je pense au loup d'une des versions de Chaperon Rouge, dont le chasseur remplit le ventre de pierres après en avoir extrait la grand-mère et la fillette...

Quelque temps plus tard, elle parlera du plaisir dans la relation avec son fils, reprenant à son compte les discontinuités de son père à son propre égard. Montrant sa tête, elle affirme avec tendresse : « mon fils n'est plus là, comme une image. Elle dirige sa main vers son cœur pour représenter l'amour qu'elle a pour lui. Par association, après l'angoisse suscitée par son fils lorsque, la veille, il a rejeté brutalement sa tête en arrière, elle se remémore ses propres coups de tête répétés contre les barreaux de son lit dans la solitude de son enfance. Et elle dit : « peut être tout ce bruit et cette violence pour affirmer mon existence et pour savoir me consoler moi-même »...

On voit bien que le gain dans l'interaction avec ses enfants donne un gain réflexif pour elle, permettant des liaisons d'affects dans le passé et la remise en marche de fonctions maternelles primaires pour le bébé en elle-même ; c'est sans doute pour cela qu'elle a parlé d'auto-consolation. Le bébé renforce les fonctions maternelles, la soutient à contenir, nommer, trier les affects, les siens propres et ceux de sa mère.

Isabelle PATOUILLOT-SLATINE

J'en reviens à ce terme de vulnérabilité introduit au début de mon intervention, pour me demander comment cela se traduit pour le professionnel. En d'autres termes, qu'est-ce que cette maman et son bébé m'ont fait vivre ?

D'abord, un sentiment de flou. Ce que j'ai souvent ressenti au début avec Mme S., c'est une proximité relationnelle sans grande différenciation de soi et de l'autre, de ses propres pensées et des miennes, une adhésivité qui lui donnait le sentiment continu d'exister très probablement au moment de la rencontre mais qui ne laissait pas penser qu'il perdure au-delà.

Dans le champ de mon intervention, ordonner, clarifier, nommer, délimiter, hiérarchiser les papiers, les démarches administratives etc. ont été autant de petits objectifs qui, une fois réalisés, ont permis de contribuer à ce que cette maman prenne en quelque sorte des contours et de l'épaisseur.

A certains moments, j'ai vécu un sentiment de solitude, d'impuissance, parfois de répétition ou de vide incommensurable. Cela a pu aller jusqu'à la sidération... On peut penser que ce ne sont que les faibles reflets des états internes de cette maman. Dans d'autres cas, les angoisses parentales surgissent. Angoisses d'abandon ou d'intrusion et peur de perdre peuvent alors se manifester par une hostilité. Mme S. a plutôt manifesté cette peur de perdre notre soutien par l'évitement et la mise en danger d'elle-même sur le plan social. Quand elle cesse son activité sans en parler, on pourrait dire qu'elle met en scène son propre abandon.

Mais il faut pouvoir continuer à travailler sur ce qui unit, organise, enveloppe, contient, pour tisser le lien à l'environnement. Le fait de pouvoir à tout moment relier ma pensée à l'équipe est alors primordial, cette position professionnelle entre l'intérieur et l'extérieur facilitant le soin à l'intérieur, le lien social à l'extérieur étant nécessairement solitaire. Quand je suis seule au domicile de Mme S. et que ce bébé me paraît mort, j'éprouve le pire, le vide, mais je n'y sombre pas.

J'ai aussi éprouvé des sentiments extrêmes, en lien avec la question de savoir comment continuer à me sentir une professionnelle «suffisamment bonne», ni trop parfaite, ni trop mauvaise ; en d'autres termes savoir comment ne pas céder à la tentation de l'idéalisation de mon travail et à son inverse celle du découragement et de l'exaspération. Il s'agit alors à chaque fois de rester fiable, cohérente, prévisible, non intrusive et d'accepter les effets de surprise, les aléas, les erreurs, ce qui est fondamental dans notre pratique.

Quid de la créativité ? Bien sûr elle n'est pas là d'emblée, car dans les mouvements de tout ou rien, le découragement peut aussi être vite ressenti, ne serait-ce que dans la manière dont les consultants m'adressent une famille,

quelques fois désemparés eux-mêmes par une réalité sociale trop envahissante et un jeu psychique limité, où le chaos de l'une n'a d'équivalent que celui de l'autre...

En tout cas, lorsque j'écrivis dans un premier jet : «il y a du travail sur la planche», j'étais dans l'incapacité de citer l'expression juste qui est bien sûr «il y a du pain sur la planche». Mais cela suppose qu'on a déjà lié la farine, le sel, l'eau et le levain et que maintenant il faut pétrir. En ce qui concerne cette patiente, il fallait faire ce premier travail de rassembler les ingrédients puis de les lier pour ensuite seulement pouvoir se mettre au travail.

La créativité réside aussi dans la capacité à l'ajustement relationnel. Mais à la capacité à contenir les pensées, les émotions, doit nécessairement s'ajouter ma capacité de réponse et de justesse dans la réponse sur le plan social. Il s'agit de préserver ma propre capacité à penser et de considérer cette maman comme un être capable de penser et de ressentir, d'accueillir sa détresse, de lui communiquer le sentiment que j'y fais face.

D'autre part et simultanément je décline une proposition dans la réalité, très concrète. Elle conduit à d'autres propositions et peut devenir, avec tout ce qui précède, le support d'un «travailler ensemble», d'un co-créeur. Elle m'a d'ailleurs dit à plusieurs reprises que nous étions partenaires. Avec le temps, nous pourrions passer du «je suis l'acteur/porteur du projet» de l'assistante sociale au «nous sommes les acteurs/porteurs du projet» de l'assistante sociale et du parent, puis au «je suis l'acteur/porteur du projet» du parent.

Dr le NESTOUR

Dans certaines constellations familiales pèsent des menaces liées aux impasses des parents dans leur propre passé d'enfants. Leur accession à la parentalité est périlleuse mais peut également se figer. Le remaniement des identifications des parents à leurs propres parents, travail essentiel de la construction de la parentalité, est quasi impossible, comme «en panne». Ici le sceau implacable de ce fantasme central : « ma mère m'a-t-elle transmis sa folie ? »

En raison de leur histoire, ces parents pour lesquels prédomine inconsciemment la terreur de leur destructivité ne savent pas gérer des affects dépressifs. La honte d'avoir échoué à créer des parents aimants en eux-mêmes constitue probablement le frein majeur à une dépressivité habituelle en période périnatale. Cette dépressivité ordinaire permet pourtant d'accéder à une culpabilité raisonnable avec les doutes habituels que tout parent éprouve pour se sentir finalement suffisamment convenable.

L'effroi de se situer dans la relation avec son enfant dans une répétition implacable du passé leur devient accessible. Elle avait peur que sa fille ait intégré la même peur de la folie qu'elle avait elle-même. L'enfant Michel, peut-

être parce qu'il est un garçon, réveille l'espoir. Un travail laborieux et coûteux permet l'actualisation d'un désespoir autrefois verrouillé, qui peut être contenu et géré dans ces traitements par le thérapeute puis par la patiente elle-même.

Les parents deviennent peu à peu suffisamment capables de comprendre et de penser non seulement à ce qu'ils veulent éviter à leur bébé mais aussi à ce qu'ils auraient voulu éviter à celui qu'ils ont été.

Des fonctions parentales qui ont fait défaut chez les parents des parents s'initient ou se revitalisent. Des fonctions se créent : prêter attention à soi, accepter et gérer ses affects même les plus désespérés, ne plus se tourner en dérision, valoriser ses pensées et ses émotions. C'est-à-dire, et c'est fondamental, créer sa propre intimité psychique contenant une vie intérieure où un jeu presque de plaisir autoréflexif peut se déployer. Ce qui induit simultanément une attention affectivée au bébé et à ses pensées naissantes. La répétition implacable peut alors être déjouée.

Je voudrais évoquer la dernière séance en date avec cette dame, la semaine dernière : Amélie a cinq ans et Michel trois ans. Elle a des soucis professionnels, mais elle me parle dès le début de ses « enfants cadeaux ». Elle dit : « j'ai mis tellement longtemps à la construire, mon intimité. J'ai besoin de la défendre maintenant, comme je défendrai celle de mes enfants. Non je ne veux plus me soumettre et toujours m'ajuster aux autres, il faut qu'ils me respectent car je veux me respecter moi-même ». Puis, suspendant sa voix : « j'ai un mot mais je n'ose pas le dire... C'est la délicatesse. C'est ce que je n'ai jamais connu... Vous voyez, mes enfants ils connaissent ça, sûrement. Oh oui, avec Michel ça c'est du sûr, du direct, il est spontané, mais il comprend ». Après un temps de rêverie, elle ajoute : « avec Amélie, c'est plus dur pour elle » j'entends là, la spontanéité, « mais c'est aussi plus feutré ». Je lui dis de regarder avec intensité deux bourgeons qui grandissent, elle me répond : « il faut dire que la fleur était un peu fanée avant »... « mais elle est tendre ».

Marijo TABOADA

Au-delà du grand intérêt de cette observation clinique fine, de ce cheminement collectif, nous devrions essayer de réfléchir à quelque chose de plus général, c'est-à-dire nous demander comment chacune d'entre nous peut se saisir de cette expérience.

Je voudrais vous remercier pour votre choix définitif de la subjectivité et non pas de l'objectivité : vous êtes en effet des sujets accompagnants et non pas des observateurs lointains. Vous montrez aussi à quel point votre réflexion sur vos propres mouvements contre-transférentiels est un outil clinique fondamental. En outre, et je voudrais vous en féliciter, vous ne dérogez à aucun moment du fait que vous êtes dans le soin quoi qu'il arrive.

Je voudrais aussi vous demander l'autorisation de reprendre la métaphore du pain, qui me semble excellente à moi qui suis plutôt dans celle du béton avec les chantiers, étant bricoleuse plutôt que boulangère. Car pour les situations que nous avons à traiter dans nos champs respectifs, je trouve intéressant de pouvoir défendre dans la situation actuelle qu'avant de pouvoir être dans le soin ou dans le travail, il faut déjà lier les ingrédients, voire parfois aller les chercher.

Autre particularité importante : le fait que nous travaillons dans la haute couture – vous avez parlé de créativité –, car il est bien évident que pour le prêt-à-porter il faut être bien foutu. Si l'on cherche à faire rentrer dans la normativité les gens mal foutus, ils en meurent.

Comme vous êtes dans la subjectivité, vous travaillez par rapport à vos propres ressentis, vos propres éprouvés. Le point important est de savoir comment cela se collectivise, comment travailler cela en équipe, voire même avec d'autres équipes. Il faut un climat particulier pour pouvoir avouer quelque chose comme « tu sais j'ai cru voir un petit cadavre, j'ai flippé ». Nous ne disposons pas toujours de la générosité suffisante pour accueillir la parole d'un autre professionnel qui serait décalée par rapport à ce qu'on en attend, c'est-à-dire une certaine mise à distance. Or vous nous dites qu'un professionnel doit aussi savoir s'approcher davantage.

Toutefois, ce double mouvement ne peut pas être spontané, sans quoi on risque d'être dans l'interprétation sauvage, toujours périlleuse. Cela demande un dispositif de travail commun, que votre présentation à bien éclairé.

Caroline HEROUX

En tant qu'observatrice, je suis dans un état de réceptivité qui dans un deuxième temps laisse place à une interrogation sur mon ressenti, pour comprendre où en sont les consultants avec qui je travaille et reconnaître la musique des parents.

Je voudrais profiter de cette occasion pour remercier mon chef de service, chose que je n'avais pas encore faite, car nous travaillons dans une institution où l'on peut parler de tout avec tous les consultants, où l'interlocuteur va essayer de comprendre et de prendre en compte ce que l'on dit.

Isabelle PATOUILLOT-SLATINE

J'ajoute qu'il ne s'agit pas seulement d'accueillir la parole de l'autre à un moment où quelque chose se passe ; c'est un processus d'équipe. Mais cette possibilité de parler n'empêche pas la conflictualisation : j'étais en colère de ce sentiment de solitude, de l'impression qu'ils n'avaient pas forcément envie d'entendre mon ressenti. Je leur demandais, quand j'allais la voir seule, « bon

alors, vous allez la recevoir quand ? » et on me répondait « quand elle le demandera », ce qui ne manquait pas d'être agaçant. Ce n'est donc pas toujours le monde des Bisounours.

Marijo TABOADA

La conflictualité est un élément parfois dynamisant...

Dr le NESTOUR

Il faut un chef qui donne la parole, mais qui donne aussi valeur à toutes les voix qui peuvent s'exprimer dans une institution. Je suis alors co-partenaire dans une prise en charge, je suis un des instruments. J'ai à restituer aux autres comment la patiente utilise ou non mon instrument, j'ai à partager les inquiétudes des autres dans leur espace thérapeutique, j'ai aussi le droit qu'on me dise, à un moment : « ce n'est plus possible ».

Nous nous sommes donnés le droit de nous interpeller réciproquement, car je sais depuis toujours que l'on ne peut aller vers ces extrêmes de l'humain que si le chef a activement à cœur la sécurité des professionnels, y-compris au plan émotionnel. On ne peut aller vers des zones de turbulences et de danger sans se soucier de la psyché des personnels, auxquels je suis redevable du fait qu'ils n'attendent aucune reconnaissance des patients ni d'autres personnes. L'essentiel est de gagner du plaisir à penser et à travailler ensemble, sans devoir en remercier les uns et les autres.

Les patients de toute façon évalueront l'intensité de notre travail avec eux. Il y a aussi le plaisir d'apprendre d'eux, et le plaisir qu'ils ont de se comprendre eux-mêmes. Je pense au temps d'émerveillement des mères avec leur bébé, et à ces fois nombreuses où je dis « c'est très joli comme vous venez de le dire ». Il m'est arrivé, avec la maman de Michel, de trouver le mot juste lorsqu'elle le recherchait pour me dire quelque chose, sans pour autant qu'elle s'en sente redevable, ce qui est précieux. Et lorsqu'elle trouve seule le mot juste, comme « délicatesse », je lui souris et il se passe quelque chose dans la communication entre nous, ne sachant plus bien si c'est elle la mère et moi le bébé, ou l'inverse. Les patients nous font tout de même beaucoup travailler sur nos vécus infantiles... Et grâce à cela nous pouvons faire de la haute couture plutôt que du prêt-à-porter.

Une intervenante dans la salle, avocate au barreau de Paris

Que faites vous concrètement quand vous sentez que la psyché de vos collaborateurs est en danger ? (*Rires*)

Dr le NESTOUR

Nous nous engueulons avec empathie... J'accepte d'être interpellée par des collègues. Je me souviens de cette visite à domicile d'une dame dont la mère a tué un bébé quelques années auparavant. Cette prise en charge, qui a duré deux ans, fut fort difficile, surtout en raison des disputes avec le co-thérapeute qui estimait que le bébé, que l'on voyait peu, pouvait être en danger. Et ce n'est qu'au bout de trois mois que la mère m'a tendu le bébé, que j'ai immédiatement transmis à mon collègue observateur en le tournant vers la mère. Il a dit : « enfin tu es là, je peux te voir en même temps que ta mère ». Ce bébé était enfin advenu aux yeux du co-thérapeute, comme il était advenu à ceux de sa mère.

Pendant trois mois j'ai donc tenu bon, même si ce bébé pouvait être pris comme destiné à passer par la fenêtre. Et ma collègue a eu raison de me mettre en garde sur le fait que nous étions dans une zone à gros risques. Mais la mère avait commencé à aborder le fait que certes son frère était passé par la fenêtre, mais qu'elle était sortie de la famille à ce moment là. Il fallait lui laisser le temps d'aller au fond de ce sentiment qu'elle avait participé au meurtre de son frère.

Il y a eu tout un travail en liaison avec la PMI, mais si l'un des professionnels avait dit pousse, il était évident qu'il aurait fallu sortir le bébé de cette famille.

Caroline HEROUX

On ne se prive jamais de râler... ou de parler de ceux qui n'en ont plus la force.

Dr le NESTOUR

Nous ne sommes pas épargnés de devoir revivre des vécus primitifs de ces familles. Mais nous travaillons les zones d'insécurité fondamentale que ces parents ont connues, et toutes nos émotions ont valeur parce qu'elles répondent à l'ingestion parfois brutale de ce qu'ils ont subi pendant l'enfance. Cette « sauvegarde psychique » est précieuse, car elle intègre ce que les parents nous transmettent, à savoir les matériaux du chantier, qu'il ne faut pas jeter mais utiliser pour construire mieux.

Dr Dominique Brengard, médecin-chef du 3^{ème} secteur infanto-juvénile de Paris

Je me sens assez proche de ce que vous nous avez présenté, dans le dispositif comme dans les concepts : le holding et la contenance psychique, la vulnérabilité et la créativité, la prévention hors des grilles de prédictivité. Cela fait beaucoup de bien de voir des collègues engagés sur cette voie.

Isabelle PATOUILLOT-SLATINE

Il faut que l'on puisse rester en état de disponibilité psychique, ce qui n'entre pas tout à fait dans les cases de l'administration et des finances à l'heure actuelle. Pourtant, cette question de la disponibilité, du jeu, de l'espace, est essentielle.

Dr le NESTOUR

C'est à nous de construire des grilles aérées... Il y a des choses que l'on peut transmettre seulement si on ne se limite pas à un langage fondé sur une codification à cases. On construit peu à peu, avec nos différences et nos particularités, un langage commun dans les réseaux. On partage des notions, on tente servir de repère, quand par exemple il s'agit d'évaluer le degré de solitude d'une mère pendant sa grossesse. Nous devrions peut être tenter d'expliquer notre action dans un langage clair, qui parle à tous et surtout aux financeurs...

Une intervenante dans la salle

L'histoire du bébé Michel montre que vous adressez un thérapeute à la maman pour elle-même : est-ce fréquent ?

Dr le NESTOUR

Lorsqu'on peut penser, pour certaines constellations familiales, que les parents ont besoin de reprendre un travail psychique, ils le font en général en libéral. Quand on reste dans la sphère de la parentalité parce que la différenciation psychique n'est pas possible, nous ne pouvons pas adresser ces patientes à l'extérieur.

Cette dame mijote un livre sur les mères célibataires. On construit avec elle, à l'Aubier, dans une thérapie individuelle, une intimité. En attendant qu'elle ait suffisamment confiance en son monde interne pour pouvoir faire confiance au monde externe, elle n'ira pas voir quelqu'un à l'extérieur.

Je l'ai prise en charge parce qu'elle était déprimée, parce qu'elle inquiétait les consultants ainsi que Mme Patouillot. J'inaugure le travail avec elle alors qu'elle est enceinte de six mois sans que personne ne le sache. Mes collègues m'envoient donc une dame avec une intimité psychique à différencier, alors qu'elle est en train de gester un enfant... Mon axe était de construire une intimité de pensée avec elle tout en lui prêtant mes pensées, ne sachant pas grand-chose de ce qui se passait dans les autres espaces, juste le minimum. Cela pose toute la question de la communication, avec quels filtres et pour quoi faire. Et c'est vrai qu'à l'Aubier, au niveau du travail de partenariat, c'est une question centrale que de savoir ce que l'on transmettra. Dans un espace

thérapeutique, on dit : « l'un de nous va aller à tel endroit, que souhaitez vous qu'on transmette ? » C'est un matériel de travail où on rend actifs psychiquement les gens.

C'est la même chose lorsqu'il s'agit d'un classement : quand on établit un signalement, il ne nous viendrait jamais à l'idée de ne pas le lire avec les parents. On pourra ainsi aussi expliquer à la famille ce que nous estimons important de signaler.

Isabelle PATOUILLOT-SLATINE

Je voudrais préciser qu'il n'était pas possible, dans le cadre du social, qu'elle puisse aller rencontrer d'autres spécialistes du social à l'extérieur. Petit à petit elle a pu s'appuyer sur d'autres services

Dr Evelyn Petroff, gynécologue accoucheur

Outre le portage, qu'en est-il du travail du corps ? Disposez-vous de psychomotriciens ?

Dr le NESTOUR

Nous avons en effet une psychomotricienne à l'Aubier, dont les axes de travail sont la prise en charge des mamans pendant la grossesse, mais aussi des bébés avec la participation active de la maman, voire des mamans seules après l'accouchement.

Une intervenante dans la salle

Dans votre suivi avec cette femme enceinte, qu'est-ce qui aurait été différent si vous aviez connu son état ?

Dr le NESTOUR

Je me suis laissée agir par cette patiente. Elle m'a caché cet enfant secret, comme on cache un trésor. Les trois mois de thérapie ont certainement donné une base à la psychisation de cet enfant. La question était aussi de savoir quand pouvoir dévoiler un l'enfant sans trop l'exposer.

Isabelle PATOUILLOT-SLATINE

Je l'ai vue progressivement prendre mieux soin d'elle. Elle est partie en thalasso thérapie et en est revenue avec l'envie d'écrire.

Dr Marijo TABOADA

Le temps qui nous est imparti est malheureusement écoulé. Je regrette de devoir clore un débat que la salle semble vouloir poursuivre, illustrant la différence entre polyphonie et unisson : chanter ensemble ne veut pas dire forcément chanter la même chose. Je voudrais simplement mettre en avant le fait qu'il est important de pouvoir accepter que des choses puissent se passer à notre insu.

Le prochain chantier, début 2009, reprendra donc ce thème du holding des mères et du nursing des bébés. Merci à tous