

LES FRAGILES INTERACTIONS PRECOCES MERE-BEBE

I. Hospitalisation conjointe mère-bébé dans un service de soins de suite périnatal.

A. Prise en charge à l'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien

L'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien, ouvert en avril 2010, est un Service de Soins de Suite en Périnatalité qui assure le suivi et l'accompagnement en prénatal et en postnatal de femmes ayant des difficultés somatiques, psychiques et/ou psychiatriques. Nous accueillons des mères et des bébés ayant besoin d'une prise en charge hospitalière, sans pour autant que la dyade ne soit séparée, et/ou pour des indications de difficultés dans la relation précoce. La mission première du service vise donc à offrir aux mères l'accès aux soins nécessaires aux motifs de leur hospitalisation, sans rompre ni distendre les liens qu'elles sont en train de créer avec leur enfant. Ce lieu d'hospitalisation permet dans cette optique d'aider des femmes à construire la relation avec leur bébé : leur souffrance pouvant venir entraver le lien à leur enfant et parfois même leur capacité à satisfaire les besoins de ce dernier.

L'équipe aide ces femmes à restaurer leur image d'elles-mêmes et permet des moments de soin de la souffrance vécue pendant les premiers mois de vie de l'enfant, temps fondamental dans la construction de son développement psychique (Cazas, 2005). Si l'on prend en compte le bien-être de celui-ci, nous nous trouvons dans la situation paradoxale d'un enfant qui souffre avec sa mère, de la souffrance de sa mère ou d'un enfant qui souffre de l'absence de sa mère. Or, nous connaissons les risques que peuvent faire courir ces souffrances infantiles précoces sur le développement de l'individu en devenir.

B. Présentation de l'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien

L'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien propose quarante lits d'hospitalisation : six lits de femmes enceintes, neuf lits en post-partum immédiat et neuf berceaux bébé de moins de 3 mois, huit lits en post-partum et huit berceaux bébé entre 3 mois et un an. L'équipe soignante est pluridisciplinaire composée d'une équipe médicale (psychiatre, pédopsychiatre, pédiatre, gynécologue-obstétricien, sage-femme), d'une équipe paramédicale (infirmiers, auxiliaires de

puériculture) et d'une équipe psycho-sociale (psychologues, éducateurs spécialisés, éducateurs jeunes enfants, psychomotricien, assistants sociaux).

Les demandes d'hospitalisation sont sous-tendues par une demande de soins face à une problématique médicale, obstétricale, post-chirurgicale, psychologique, et/ou un trouble du lien mère-enfant.

Ainsi, l'hospitalisation concerne pour les adultes :

- les mères ayant des besoins de soins somatiques post-partum (invalidité temporaire ou définitive, VIH, hépatite, diabète, maladies chroniques) ;
- les mères dans un contexte psychopathologique fragile (syndromes dépressifs, états limites, syndrome psychotique) ;
- les mères présentant un handicap ;
- les mères confrontées à une problématique d'addiction (drogues, alcool) ;
- les femmes enceintes dans le troisième trimestre présentant les mêmes difficultés ;
- les femmes enceintes dans le troisième trimestre présentant des risques obstétricaux en fin de grossesse (menace d'accouchement prématuré, diabète gestationnel) ;

L'hospitalisation concerne pour les enfants :

- les nouveau-nés dont certains sortent d'unité de néonatalogie ou de maternité et qui nécessite une surveillance et une poursuite des soins ;
- les bébés souffrant de pathologie somatique perturbant l'établissement des liens mère-enfant ;
- les bébés présentant des troubles du développement et de la relation liés aux désordres de la relation mère-enfant.

Toutes ces indications peuvent parfois être intriquées les unes aux autres et/ou associées à des difficultés psychosociales.

Ce projet de soins de suite en périnatalité est une vraie évidence sanitaire et sociale. L'évolution des mœurs vers une recherche d'indépendance et d'autonomie sociale et familiale amène malencontreusement à créer un contexte d'isolement (Molénat, 1992). De la même façon, un autre phénomène social croissant, la grande précarité, est également un sujet au cœur de nos pratiques. Les femmes accueillies à l'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien peuvent nous être adressées par différents partenaires : services de Protection Maternelle

Infantile, Aide Sociale à l'Enfance, praticiens en libéral (médecins, psychiatres, puéricultrices, sages-femmes), services de maternité et divers services hospitaliers. La durée d'hospitalisation est variable selon les problématiques rencontrées de quelques jours à trois mois.

Salle :

Vous avez parlé de l'Hôpital de l'Est Parisien, c'est DEBRE ? C'est lequel ?

Frédérique ROUVEAU : Ce n'est pas rattaché à l'Hôpital DEBRE. L'Hôpital mère Enfant de l'Est Parisien, est une structure privée à but non lucratif, avec une gestion associative, et il se situe dans les anciens locaux de la maternité des Bluets dans le 11^{ème} arrondissement, donc c'est une petite structure d'hospitalisation mais pas rattaché à un Hôpital public.

II. Situation clinique de Nawel et Lina, les réalités du dedans et du dehors lors d'une hospitalisation conjointe d'une mère et de son bébé.

A. Exemple des mères adolescentes et de leurs bébés

Depuis l'ouverture, nous avons accompagné plus de 400 femmes. 25% d'entre elles vivaient une maternité couplée à une problématique adolescente. Il nous semble intéressant au travers de l'approche que nous proposons des grossesses adolescentes de repérer sous le cortège bruyant de la symptomatologie et l'importance des mouvements psychiques et des passages à l'acte, le sens de l'expression des mouvements pulsionnels réveillés chez l'adolescente par la maternité (Konichekis, 2006). L'hospitalisation permet aux mères de régresser (Cazas, 2005). Nous formulons l'hypothèse qu'en restaurant narcissiquement l'enfant qui est en elle, la mère peut faire appel à ses propres ressources internes pour, à son tour, s'occuper de son enfant (Bydlowski, 2000).

Si la plupart du temps nos missions sont d'assurer simultanément le bon déroulement médical, psychologique et socio-éducatif de la grossesse et d'observer, soutenir et étayer les premières interactions mère-enfant, nous sommes régulièrement interpellés par les partenaires extérieurs autour d'un défaut d'investissement de la grossesse, ou mandatés par les services de l'enfance pour une évaluation de la relation mère-bébé.

Les adolescentes hospitalisées dans notre structure cumulent pour la majorité des difficultés médicales (maladies chroniques), obstétricales (suivi tardif de la grossesse ou absence de

suivi, menace d'accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin, anémie), psychologiques (grossesse non désirée, état anxiodépressif) dans un contexte environnemental et familial précaire.

Comme le service n'est pas sectorisé, nous avons pu accueillir des demandes de toute la région parisienne mais aussi de province. Un grand nombre de ces adolescentes ont été hospitalisées dès le prénatal, durant le troisième trimestre de la grossesse et nous avons pu poursuivre l'accompagnement de la dyade durant les deux, voire trois premiers mois du post-partum.

Pour ces jeunes mères en devenir, l'hospitalisation à l'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien est un temps de répit face aux difficultés tant psychiques que physiques auxquelles elles sont confrontées. Ce temps d'accueil est un rempart contre les agressions extérieures et cet espace-temps devient un cadre contenant pour les mouvements psychiques liés à l'évolution de la relation mère-bébé. Comme nous l'avons déjà démontré (Rouveau, 2013), l'hospitalisation se veut prioritairement thérapeutique pour la mère et pour l'enfant à la fois comme dyade mais également dans le respect de leur individualité.

Aussi souvent que possible, l'institution encourage le père de l'enfant à être présent lors de temps de visite quotidien, et soutient sa participation aux soins du nourrisson. Ainsi, le bébé éprouve régulièrement sa place au sein du couple de ses parents. En soutenant la triangulation, l'institution cherche à réduire les risques d'une disqualification paternelle en faveur du maternel et d'une fusion duelle mère-bébé qui serait alors source d'excitabilité pulsionnelle pour la mère et l'enfant. Le père peut être reçu à sa demande par un professionnel de l'institution ou y être invité. Avec le couple, nous travaillons sur la place de chacun. Si le père est lui-même inscrit dans une problématique adolescente, nous travaillons avec lui sur la continuité de sa présence auprès de la dyade mère-enfant.

B. Anamnèse et contexte de l'hospitalisation

Nawel est orientée à l'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien, à la demande conjointe de sa référente éducative de l'Aide Sociale Enfance d'un département francilien et de la structure d'hébergement qui l'accueille alors.

La demande de préadmission reçue par le médecin coordinateur de l'unité se justifie par des crises d'angoisses paroxystiques durant la grossesse et un parcours chaotique marqué par des violences intrafamiliales.

A son entrée dans le service, Nawel est âgée de 18 ans et a bénéficié d'une mesure de placement judiciaire à 17 ans. Née en Belgique d'une mère française et d'un père marocain,

elle est la cadette d'une fratrie de trois enfants. A 4 ans, ses parents divorcent et son père se remarie et a quatre autres enfants. Nawel évoque des violences exercées par son père avec qui elle rompt les liens lorsqu'elle a 14 ans. La fratrie est confiée à la garde de la mère et la famille s'installe en France lorsque Nawel est âgée de 8 ans, en présence du nouveau compagnon de sa mère.

Nawel évoque une adolescence tumultueuse, avec des comportements et des attitudes très sexualisées, provoquantes et l'apparition des premières crises d'angoisses à l'âge de 12 ans. Sa scolarité est mise à mal par un comportement inadapté à la vie scolaire. A l'âge de 13 ans, une information préoccupante est d'ailleurs adressée au service de la protection de l'enfance, pour agressivité verbale et angoisses inquiétantes liées à la sexualité. Une mesure éducative est proposée et menée, avec une adhésion relative de la part de la mère de Nawel, qui aboutit quatre ans plus tard à un placement en urgence de la jeune fille. Durant sa prise en charge, Nawel évoque alors des abus sexuels exercés par son beau-père contre lesquels elle dépose plainte. La plainte est classée sans suite mais provoque le placement de la jeune fille en foyer d'urgence puis en famille d'accueil. Elle réintègre une scolarité par internat scolaire et obtient un CAP avec des appréciations très gratifiantes.

C'est durant cette période de placement qu'elle rencontre le père de son futur bébé, un jeune homme de 19 ans, guinéen et musulman, bénéficiaire d'un Contrat Jeune Majeur auprès de l'Aide Sociale à l'Enfance, arrivé en France comme mineur isolé il y a quelques années. Elle découvre sa grossesse quelques jours avant sa majorité. Elle est alors enceinte de quatre mois et malgré un équilibre relationnel établi entre la jeune fille et sa famille d'accueil, la prise en charge s'interrompt du fait de la grossesse. Elle intègre un foyer d'hébergement pour femmes enceintes jusqu'à son admission à l'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien.

A sa majorité, elle se convertit à l'Islam, rompt ses relations amicales, adopte une tenue vestimentaire plus traditionnelle et un discours plus engagé. Nawel peut dire durant son hospitalisation que le cadre religieux la rassure et lui donne plus confiance en elle. Elle continue à bénéficier d'un soutien éducatif des services de l'enfance par la signature d'un Contrat Jeune-Majeur.

Bien que le père du futur bébé considère que les conditions d'accueil d'un enfant ne sont pas suffisantes, il demeure présent et engagé auprès de sa compagne. Il lui rend quotidiennement visite au foyer et reconnaît l'enfant de façon anticipée. Le couple a des projets communs.

La demande d'hospitalisation est faite conjointement par le foyer et l'éducatrice de l'Aide Sociale à l'Enfance. Nawel est décrite comme une jeune fille en recherche de contact avec l'adulte et d'attention, qui peut parfois se montrer envahissante. Elle investit le quotidien au

sein du foyer et le suivi psychologique proposé, mais évoque de façon banalisée des événements traumatiques. A plusieurs reprises, elle fait des crises d'angoisse paroxystiques, entre automutilation et hyperventilation. Elle idéalise massivement le bébé à venir.

Une entrée en centre maternel est évoquée et engagée avec l'Aide Sociale à l'Enfance. Au regard des éléments connus de la situation et de la symptomatologie présentée par la jeune fille, un temps d'hospitalisation, pour un soutien à la parentalité et une évaluation de la relation mère-bébé est envisagé par les professionnels situés en aval, afin d'affiner le projet familial.

C. Prise en charge de Nawel et Lina

1. Une admission en deux temps

Nawel est enceinte de 8 mois lorsqu'elle est reçue par le médecin coordinateur de l'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien. Elle est volontaire pour une hospitalisation. Même si elle ne formule pas de demande explicite de soin, elle peut évoquer son parcours personnel et l'histoire de cette grossesse. La venue de l'enfant ne semble pas évoquer d'angoisses particulières chez la future mère, voire même, pour elle, les difficultés sont inenvisageables. L'appréhension de son futur rôle maternel est vécue comme une évidence et exprimée dans une idéalisation extrême. Le discours peut apparaître plaqué, sans élaboration significative. Nawel évoque le père qui a une place prédominante dans son discours et auprès duquel les attentes sont nombreuses : la vie commune et le mariage apparaissent comme un projet imminent.

Compte tenu de l'accompagnement mis en place en amont par le service enfance, le médecin coordinateur propose un deuxième entretien avec la jeune fille et sa référente de l'Aide Sociale à l'Enfance. L'éducateur spécialisé de notre service est mobilisé sur cet entretien. Une semaine plus tard, cette rencontre permet la contractualisation du projet de soin, de ses objectifs et de ses enjeux entre les différents acteurs : l'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien, le service enfance départemental et la patiente elle-même. Le foyer d'hébergement, par sa vocation à accueillir uniquement des femmes enceintes, n'est pas habilité à revoir Nawel, à l'issue de l'accouchement. Le projet de sortie peut alors d'ores et déjà être évoqué avec le service enfance. Ce dernier reste un interlocuteur privilégié autour de l'évolution de l'hospitalisation et pour la mise en place d'une sortie adaptée à la dyade mère-bébé.

L'admission est alors prévue après l'accouchement. Début décembre, Nawel donne naissance à une petite fille, prénommée Lina. Elle intègre l'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien en service postnatal à cinq jours du post-partum.

2. Une hospitalisation en deux temps

La durée du séjour de Nawel et de Lina est de 7 mois, soit une hospitalisation plus élevée que la Durée Moyenne de Séjour. D'ores et déjà, nous pouvons affirmer que les besoins de soutien et d'accompagnement au quotidien de la dyade ont justifié ce dépassement de séjour. L'hospitalisation peut être étudiée en deux temps : en premier lieu un temps de transit et en second lieu, celui de la consolidation.

Le temps de transit

A leur entrée, et ce durant plusieurs semaines, Nawel et Lina sont peu accessibles à l'équipe soignante. La période d'observation de dix jours, où tous les soins au bébé sont accompagnés, peut permettre l'amorce de l'alliance thérapeutique.

La dyade reste beaucoup en chambre et Nawel investit peu les espaces collectifs informels proposés : nurserie, espace d'éveil. La jeune maman dit être là en attente d'une solution d'hébergement pour elle, le papa et leur fille. Nawel ne formule aucune difficulté qu'elle peut vivre dans cette maternité, ni aucune demande auprès de l'équipe soignante. Les quelques observations recueillies au sein du service et dans les espaces d'entretiens individuels nous permettent d'affiner le projet de soin. En effet, nous observons rapidement un portage lâche du bébé. Lina est peu tenue à la base et au niveau de la tête, donnant alors souvent l'impression qu'elle peut glisser à tout moment. Nawel couvre peu Lina, malgré son très jeune âge et la période hivernale. Elle l'allaite sans s'installer réellement, parfois debout en marchant ou dehors dans le froid. Elle n'anticipe pas toujours le matériel de puériculture nécessaire lorsqu'elle sort à l'extérieur. Malgré les sollicitations de l'équipe dans le cadre du projet de soins, Nawel refuse de confier Lina aux soignants, qu'elle a systématiquement dans les bras et qu'elle couche peu, seule dans son lit.

Nawel alterne des démonstrations d'affection très expansives vis-à-vis de Lina avec des gestes brusques et inadaptés. Le discours est tout autant variable : si Nawel affirme en entretien individuel, notamment avec ses référents socio-éducatifs, que Lina est « l'amour de sa vie » en présence de son enfant, il est observé qu'elle supporte difficilement les manifestations verbales et corporelles de sa fille, l'encourage systématiquement à s'endormir

ou lui met la tétine brusquement dans la bouche. Nawel s'agace vite, tient des propos inadaptés, voire agressifs, auprès de son enfant. Elle ne semble pas pouvoir être à l'écoute des besoins de sa fille. Les projections sur l'avenir sont nombreuses, notamment sur comment devra être Lina, ce qu'elle pourra ou ne pourra pas faire, de l'importance religieuse et de la tradition. Nawel fait part d'un mariage avec le père, d'un projet d'appartement commun à la sortie de notre service, d'un départ pour la Guinée et de ses projets futurs. Elle dit vouloir sept enfants avant ses 30 ans. Du projet de centre maternel évoqué en amont de l'hospitalisation, elle se dit réticente et sous contrainte de l'Aide Sociale à l'Enfance, refusant le collectif.

Sur cette période, Lina apparaît comme un bébé passif, qui regarde peu l'adulte ou de façon très vigilante. Elle bouge et s'exprime peu. Elle a des difficultés d'endormissement. Le développement du bébé semble être figé et les progrès sont très limités, voire inexistant. Il est d'ailleurs relevé par l'équipe soignante que le bébé se fait « oublier » dans les bras de sa mère. Les échanges de regard entre la mère et l'enfant sont peu observés. Lina peut d'ailleurs tourner la tête à l'opposé du regard de sa mère quand celle-ci s'adresse à elle. Il n'y a ni pleurs chez Lina ni manifestations d'inconfort ou de faim. Pourtant, paradoxalement, lors des ateliers thérapeutiques ou des sorties collectives mère-bébé proposés par l'équipe, Nawel se montre moins intrusive et plus adaptée. Elle participe aux ateliers « massage bébé ». Masser Lina devient un temps de plaisir et favorise les interactions mère-bébé. Nawel est douce, ses gestes sont tendres et ses mots bienveillants à l'égard de sa fille.

Si les entretiens individuels semblent être un espace perturbant pour Nawel qui manifeste alors, verbalement et physiquement, toutes ses angoisses et sa potentielle agressivité vis-à-vis de Lina, les temps en collectif semblent plus adaptés pour accompagner la relation.

Du collectif à l'individuel

Ainsi, le début de cette prise en charge est marqué par des observations mère-bébé préoccupantes mais aussi par une proposition d'un rendez-vous d'admission dans un centre maternel, un mois après leur entrée dans le service. Alors même que l'alliance thérapeutique reste fragile, l'équipe est partagée entre deux considérations. Cette proposition constitue une opportunité de stabilité sociale pérenne et un accompagnement à la parentalité, les dispositifs de l'Aide Sociale à l'Enfance fonctionnant en flux tendus sur l'Ile de France. Or, la dyade nécessite des soins.

Bien qu'opposée à ce projet d'orientation, Nawel se rend aux entretiens d'admission et en revient très en colère. Il lui est formulé l'interdiction de porter le voile au sein des lieux

collectifs de la structure, alors même qu'un éducateur de sexe masculin y travaille. C'est l'occasion pour elle d'exprimer ses ressentis et d'investir ses référents individuels pour élaborer son projet, en nous identifiant comme tiers vis-à-vis de sa référente éducative et des partenaires extérieurs. Le refus mutuel de cet accueil marque alors une étape significative dans le projet de soins d'hospitalisation.

Dans cette colère qu'elle exprime alors ouvertement, viennent se périlcliter toutes ses problématiques : sa crainte des hommes, son rapport avec son propre corps, sa plainte classée sans suite, ses antécédents de maltraitance, les difficultés de sommeil de Lina. La question religieuse, même si elle est encore mise en avant, devient alors secondaire et peu habitée dans ses propos.

C'est au constat que Nawel semble plus détendue dans des temps collectifs et qu'elle exprime davantage ses difficultés personnelles, formulant ainsi une attente vis-à-vis de notre équipe, que nous adaptons le projet de soin initial. Tout en maintenant sa participation active aux temps collectifs, nous élargissons notre projet en proposant à Nawel de nouveaux objectifs de soins : une approche autour de son corps et de sa sexualité avec une gynécologue-obstétricienne, des séances de psychomotricité et des consultations mère-bébé avec le pédopsychiatre.

Même si Nawel n'a jamais formulé explicitement que ces différents aspects soient abordés dans notre service, elle a accueilli avec un plaisir manifeste notre proposition et a été très régulière dans ces espaces de soins.

A l'étage d'hospitalisation, nous mettons en place un contrat nurserie durant lequel Lina est confiée deux heures par jour aux soignantes. Nawel apprend alors à confier sa fille, à s'en séparer. Elle investit ce moment sans Lina pour prendre du temps pour elle, tout en faisant bénéficier Lina d'un temps de soins.

Alors même que les premières semaines nous apparaissaient inquiétantes dans l'établissement des liens mère-bébé, quelque chose semble alors prendre place progressivement. Dans la perspective d'une sortie à venir et de modalités qui restent alors à définir, nous sommes en lien régulier avec le service de protection de l'enfance pour faire part de l'évolution de l'hospitalisation. Nous sollicitons une réunion de concertation avec les partenaires.

Le temps de la consolidation

Quelques semaines après la mise en place de ce nouveau cadre d'hospitalisation, Nawel est plus posée dans le service. L'alliance thérapeutique est établie. Nawel exprime davantage ses difficultés, vient régulièrement aux espaces thérapeutiques individuels qui lui sont proposés,

les sollicite même. Elle s'intègre facilement à son groupe de pairs, fait de l'humour, s'intéresse à ses démarches administratives. Elle apparaît plus centrée sur sa fille et accepte de la confier. Lina est plus en interaction, même si ses progrès sont lents. Elle suit l'adulte du regard, explore davantage le monde sur le tapis.

Durant un temps, elle explore la faisabilité d'une vie commune avec son compagnon, en recherchant un appartement. Elle est confrontée alors à la réalité du logement locatif privé sur l'Île de France, les minimas sociaux ne lui permettant pas de concrétiser ce projet. S'ajoute à cela la réticence du père, qui souhaite poursuivre ses études et se stabiliser avant d'envisager une vie de couple. La position du père est confirmée lors d'entretiens avec le pédopsychiatre et par le référent Aide Sociale à l'Enfance de Monsieur. Les consultations conjugales leur permettent d'être confortés dans leurs positions individuelles. Monsieur réaffirme son engagement auprès de sa compagne et de leur fille. Il précise qu'il a besoin de temps et que leurs situations mutuelles ne leur permettent pas d'engager une vie commune sereine et stable. Toutefois, il reste présent, soutenant et amoureux. Il vient d'ailleurs leur rendre visite régulièrement. Si cette position ne correspond pas au désir initial de Nawel, elle semble toutefois l'apaiser. Dans son désir de vie commune immédiate, c'est probablement davantage l'engagement amoureux et parental de son compagnon qu'elle questionnait.

Nawel envisage alors un retour dans sa famille d'accueil d'origine avec laquelle elle est toujours en contact et qui semble être un repère constructif pour elle. Faute d'agrément et après vérification avec l'Aide Sociale à l'Enfance, ce projet n'est pas envisageable. Le bébé ne peut pas être accueilli. Nawel élabore elle-même une nouvelle demande en centre maternel, soutenue par le père et entame un travail d'élaboration sur son projet et ses attentes avec ses référents socio-éducatifs, Aide Sociale à l'Enfance compris.

Parallèlement, la présentation physique de Nawel évolue. Elle soigne davantage son apparence, se maquille, quitte la robe traditionnelle pour des vêtements occidentaux plus modernes. Elle ressemble davantage à une jeune fille de 18 ans, elle continue à porter le voile mais moins fréquemment, elle aborde la question de sa prise de poids et de moments de boulimie.

A trois mois d'hospitalisation, l'ensemble des intervenants se rencontre lors de la réunion de concertation Aide Sociale à l'Enfance que nous avons sollicitée. Nous faisons part des progrès continus et consolidés sur plusieurs semaines de la dyade et de la part de fragilité qui demeure et nécessite un relais contenant : une famille d'accueil mère-bébé ou l'accès à un centre maternel. Nous estimons qu'un mois d'hospitalisation supplémentaire est nécessaire afin de trouver une solution adaptée et de poursuivre la consolidation des soins, notamment

pour l'éveil de Lina. Pour soutenir les parents dans leur projet, des permissions de sortie d'une nuit hebdomadaire, en concertation entre les différents intervenants, sont accordées à la dyade au foyer du père.

Toutefois, le projet de sortie, tel qu'il est pensé, ne parvient pas à se concrétiser, faute de place en famille d'accueil et en centre maternel. A cinq mois d'hospitalisation, le séjour devient délétère, nous sommes arrivés au terme de nos objectifs : plus le temps passe, moins il est possible de se projeter pour Nawel dans une réalité extérieure. Nous sommes contraints, avec la patiente, de modifier l'orientation. Les effets de la sortie, dans un contexte d'instabilité résidentielle, doivent être toutefois minimisés par la mise en place d'un dispositif professionnel suffisamment contenant.

Ainsi, en collaboration avec l'Aide Sociale à l'Enfance de son département, nous élaborons jusqu'à sa mise en œuvre, une sortie en hôtel, financé par les services de l'enfance et à proximité de notre institution afin de favoriser la continuité avec un Hôpital de Jour. Ce lieu présent dans nos locaux accueillera la dyade à raison de quatre demi-journées par semaine, afin de poursuivre le travail engagé. La sortie est effective, à sept mois d'hospitalisation.

D. Nawel et Lina, hors les murs

La transition entre l'hospitalisation et la vie en hôtel a été brutale fragilisant de nouveau la dyade. L'équipe socio-éducative a trouvé une chambre dans un hôtel meublé sans pouvoir anticiper le jour de la sortie définitive. Nous avons pensé l'hôtel comme une alternative, faute de solution adaptée. Ainsi, face à ces conditions de sortie précaire, nous avons mis en place une visite à domicile. Cette dernière est réalisée par l'éducatrice spécialisée de l'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien afin de permettre le passage de relai avec les partenaires investis sur la situation.

Nawel se saisit de cette visite et trouve là un espace pour élaborer sur ce qu'elle vit. Elle passe finalement peu de temps à l'hôtel pour se rendre chez le père de Lina. L'idée qu'un professionnel puisse venir la voir régulièrement dans sa chambre l'apaise. Elle a de nombreuses questions concernant l'adaptation à ce nouveau lieu de vie. En effet, Nawel explique que Lina a du mal à quitter ses bras. Elle pleure dès que sa mère la pose. Nawel se questionne sur l'aménagement de la chambre, très petite et elle sollicite une aide pour son agencement. Elle parle de moments d'angoisse qu'elle tente d'apaiser par des exercices de sophrologie appris lors de sa grossesse. Si elle se sent autonome avec sa fille, ce cadre de vie

ne la rassure pas. Nawel montre de nombreuses ressources pour gérer son quotidien et celui de sa fille dans des conditions peu optimales.

Le suivi à l'Hôpital De Jour commence parallèlement à son installation à l'hôtel et apparaît d'emblée bénéfique pour la dyade. Nawel y rencontre d'autres mères et elle apprécie la diversité des suivis proposés : consultations psychiatriques, entretiens psychologiques hebdomadaires, groupe de paroles avec et sans Lina, psychomotricité, ateliers sommeil et alimentation du bébé.

Si l'attachement réciproque est manifeste, des fragilités dans leur relation persistent. Lina reste un bébé discret qui se manifeste peu. Elle cherche souvent à interpeller sa mère. Nawel présente une discontinuité dans le lien à sa fille. Ses réponses ne sont pas toujours adaptées et une certaine brusquerie persiste.

Un relais est mis en place avec le Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires, réseau permettant de coordonner le travail en partenariat sur cette situation (contact avec la référente de l'Aide Sociale à l'Enfance, mobilisation de la Protection Maternelle Infantile de secteur) afin d'assurer de façon hebdomadaire des visites à domicile.

Parallèlement au projet de soin de l'Hôpital De Jour, une entrée en centre maternel s'organise et Nawel obtient un entretien d'admission dans une nouvelle structure qui n'aboutira pas, faute de place disponible. Au même moment, Nawel est déstabilisée par un décès soudain dans sa famille, ce qui l'éparpille davantage.

Après deux mois d'hospitalisation de jour et sans avancée concernant le centre maternel, Nawel évoque un projet de départ pour Nantes chez une tante. Elle demande une rupture de son Contrat Jeune Majeur auprès de l'Aide Sociale à l'Enfance. L'Hôpital De Jour établira un relais de soins vers la Protection Maternelle Infantile de secteur et une Unité Parent-Enfant, si Nawel est toujours dans cette demande.

Frédérique ROUVEAU :

Enfin, Nawel a disparu pendant quelques temps en Province, ne donnant plus du tout de signe de vie, son téléphone ne répondant plus et là elle a réapparu hier, à l'Hôpital de jour en disant qu'elle n'allait pas très bien et qu'elle avait besoin d'aide et de soutien. Donc je ne peux pas du tout vous dire ce que ça va donner mais j'ai trouvé ça quand même assez intéressant que l'on vienne m'en parler hier soir. Voilà pour la situation de Nawel et Lina. Si vous avez des questions...

Marijo TABOADA :

Depuis tout à l'heure je trépigne sur la période de transit, parce que ça m'est apparu comme ça tout d'un coup : tu dis « grossesse adolescente » et je me dis c'est bizarre comme expression, comme si c'était la grossesse qui était adolescente et non pas la personne enceinte. Mais en fait on dit tous « grossesse adolescente », c'est-à-dire que le sujet est exclu, la personne enceinte n'est pas dans notre discours. Il y a l'âge de la personne, il y a le fait qu'elle est enceinte mais la personne elle-même n'y est pas. Et donc pendant que tu exposais je me suis dit mais cette période de transit, en fait c'est la période dont nous (tous les professionnels qui sommes autour de ces jeunes femmes) avons besoin pour passer d'une grossesse adolescente à une jeune personne enceinte, et qu'en fait c'est ça que vous avez mis en place et ces 3 mois ne sont pas perdus.

C'est le temps consacré à être dans une position d'adulte, mortellement ennuyeuse mais néanmoins nécessaire : ce qui serait raisonnable, qui évidemment ne correspond pas du tout à ce dont les gens peuvent avoir le désir, même pas nous d'ailleurs parfois. Et je trouvais que ton exposé était particulièrement clair ; à quel point nous avons-nous besoin d'un temps pour pouvoir se représenter un sujet X plus ou moins désirant, non pas juste une grossesse adolescente. Car effectivement le seul signe perceptible du soin nécessaire et ça vient comme ça presque en filigrane, c'était tout à fait intéressant c'était que finalement Lina ne poussait pas si bien que ça. Finalement elle avait l'air de fonctionner pas si mal que ça cette gaminette, sauf que Lina ne progressait pas si bien et que si ça n'avait pas été une structure comme l'Hôpital Mère Enfant où on a un regard permanent, on s'en serait peut-être pas rendu compte et c'est très troublant. Parce que finalement tu ne parles pas de Nawel mais du bébé, tu te dis Nawel pourquoi elle est hospitalisée 7 mois ? Sauf que Lina n'allait pas si bien et c'est ça ma question : dans quelle mesure est-on capable, ou a-t-on les moyens ou les espaces pour pouvoir renoncer à cette position d'adulte qui fait qu'on aimerait tellement que ce soit rassurant ? Parce que quand tu as parlé d'un temps d'hospitalisation comme temps de répit,

j'ai pensé temps de répit pour l'intervenant...Bon nous cherchons à ce que nos adolescentes soient hospitalisées c'est aussi pour que nous puissions respirer.

Frédérique ROUVEAU :

C'est exactement ça qui s'est passé, je pense qu'on a mis à peu près 3 mois à pouvoir penser Nawel comme une jeune mère mais je pense qu'elle n'avait pas envie qu'on la voit comme une jeune mère aussi, elle montrait tout. Moi c'était impossible pendant les entretiens psychologiques de parler de Lina, elle me disait mais c'est un temps pour moi et on parle de moi. Dès que je demandais, j'essayais d'introduire Lina à l'intérieur des entretiens psychologiques c'était un refus catégorique, je la recevais elle et c'est ça qui s'est passé en fait, c'est que petit à petit elle a su investir les différents endroits thérapeutiques en fonction de ce qui lui était proposé. Dans le suivi psychologique où moi je la recevais toute seule, on a quasiment jamais parlé de Lina, alors qu'elle le faisait très bien dans les entretiens, dans les consultations mère bébé où là c'était pour parler de sa fille, autour de la psychomotricité parce que là on parlait de sa fille mais les endroits qui étaient pour elle, le suivi social, le suivi éducatif, le suivi psychologique on ne parlait pas de sa fille ou difficilement.

Cécile PELTIER :

Quand tu as démarré ton propos tu parlais de grossesse adolescente, de problématique adolescente, est-ce que tu penses que cette jeune fille, cette jeune femme, cette jeune mère, est-ce que c'est une pathologie d'être adolescente ? Et qu'est-ce que tu caractériserais qui ferait indication pour cette personne là en dehors du fait qu'elle a été enceinte et mère très jeune ?

Frédérique ROUVEAU :

Alors déjà on accueille des adolescentes, il y a pas beaucoup de lieu qui accueille des adolescentes, souvent les partenaires sont toujours surpris qu'on accueille les adolescentes. Je pense quand même qu'on n'accueille pas n'importe quelle adolescente, ce n'est pas les adolescentes lambda, il y a aussi des adolescentes enceintes qui sont dans un environnement beaucoup plus sécurisant et beaucoup plus soutenant et qui nécessitent pas forcément une hospitalisation. Là je pense que c'est l'accumulation des indications, donc à la fois le contexte social très précaire, le contexte familial très précaire également, la succession de rupture, de séparation. C'était plus ça qui inquiétait finalement et ses crises d'angoisse qui finalement étaient très impressionnantes puisqu'elle en a fait plusieurs à l'hôpital qui ont inquiété les

partenaires, donc c'est plus la multiplication et le défaut d'investissement affiché comme ça de sa grossesse dans un presque refus de parler de sa grossesse, c'est comme ça qu'elle était quand elle était enceinte en tout cas. et je pense que c'est ça qui a beaucoup inquiété les partenaires. Et puis dans une idéalisation extrême mais qui est assez propre à l'adolescente ou finalement c'était très facile un bébé, elle savait très bien comment faire. Mais ce n'est pas n'importe quelle adolescente que nous accueillons à l'Hôpital Mère Enfant.

Marijo TABOADA :

Est-ce que justement par rapport à ce petit sous-groupe d'adolescentes accueillies enceintes à l'Hôpital Mère Enfant, est-ce que ce ne serait pas ces jeunes femmes pour qui la tentative de résolution de l'adolescence par la grossesse échoue ? Parce que c'est vrai que tomber enceinte c'est une façon de ne plus être adolescente, une maman c'est forcément formidable, après ça se discute dans la réalité. C'est une des façons de sortir d'une adolescence compliquée. Il y en a certaines pour qui ça fonctionne sûrement. Est-ce que celles qui arrivent chez vous, c'est celles pour lesquelles justement cette tentative a raté ? C'est-à-dire que ça n'a pas souvent bien résolu la problématique adolescente qui est traversée et que ça ne fait que compliquer ?

Frédérique ROUVEAU :

En tout cas c'est ce que l'on nous demande dans le temps qui nous est imparti, c'est-à-dire 3 mois, ce qui est souvent un peu une mission impossible. Oui il faudrait arriver à faire ça, parce que justement elles n'ont pas un environnement qui le permettrait, et très souvent j'ai constaté que l'on a dépassé la durée moyenne du séjour. C'est au moins 6 mois à chaque fois et Nawel c'est l'une des seules que l'on n'a pas accueilli en prénatale. Et quand on peut les accueillir en prénatale, c'est encore mieux finalement parce que l'on commence à travailler avant l'arrivée de l'enfant et souvent j'ai l'impression que c'est plus rassurant pour elles.

Marijo TABOADA :

Qu'est-ce qui fait qu'elles acceptent de venir en prénatal ? Parce que c'est très très ennuyeux l'Hôpital

Frédérique ROUVEAU :

Alors le motif...

Marijo TABOADA :

Non, non, qu'est-ce qui fait qu'elles disent « oui je viens » ?

Frédérique ROUVEAU :

Souvent elles disent « je suis forcée de venir », « il y pas d'autre solution mais je ne veux pas être là », « je ne veux pas manger à 18h », « je ne veux pas demander la permission de sortir », « je veux faire ce que je veux ». Mais très étonnamment, elles se plient quand même, même si elles râlent beaucoup, elles se plient complètement aux règles hospitalières, donc elles remplissent très bien leur demande de sortie, elles demandent toujours l'autorisation, elles vérifient que leur médecin référent a bien signé la feuille avant de sortir, donc c'est plein de paradoxes. On sent en même temps que ça a un effet sur elles parce que souvent la plupart elles font pour la première fois de leur vie ou quasiment l'expérience du cadre, de la continuité, dès fois de la bienveillance. Elles n'en reviennent pas lorsqu'elles rencontrent des gens qui les rencontrent-elles, elles cherchent toujours à savoir ce qu'on leur veut. Je pense qu'il y a l'expérience de la rencontre aussi.

Salle :

Ce que je voudrais interroger pour votre équipe, c'est vrai qu'on s'est dit un peu entre nous là que l'enfant est assez absent de l'exposé, mais au-delà de ça moi je me pose la question, vous êtes un peu l'environnement suffisamment bon, comment on peut le rester ? Surtout là ce que vous dites sur la sortie, avec une sortie hyper précaire, vous avez l'hôtel, et tout ça...

Comment on peut rester sécurisée pour une équipe pluridisciplinaire avec cette mère qui laisse l'enfant ailleurs faire ses premiers pas, sortir de la pièce tout seul ? Comment on peut rester solide dans cette posture en sachant qu'à l'extérieur il y a des falaises, il y a des trous, il y a un état qui est un peu défaillant par rapport à l'accueil de ces jeunes femmes et par rapport à l'accueil de la précarité quelle qu'elle soit en général ? Comment on reste dans cette clinique de l'adolescente, de la jeune adolescente, de la dyade mère bébé ? avec par exemple la question de cette famille d'accueil qui est prête à la récupérer, et puis on dit « bah non ce n'est pas possible ils ne sont pas agréés », c'est fou.....vous voyez ma question est importante ?

Frédérique ROUVEAU :

Très bonne question, mais c'est un peu tout l'enjeu de notre questionnement au quotidien, du coup on essaye de penser, d'imaginer, de créer des choses parce que l'on est tout à fait conscient que le temps de l'hospitalisation c'est un temps tellement contenant, tellement étayant et que la sortie tout d'un coup, patatra... Donc on essaye nous de mettre en place le maximum de monde autour et puis que ça prenne un sens surtout pour la patiente. En fait ce qui est surtout important c'est qu'elle puisse savoir qui interpeller et à qui demander de l'aide, c'est l'une des choses qui me paraît assez essentiel. On sait que de toute façon on arrivera jamais à reproduire la même contenance à l'extérieur, ça c'est une certitude mais en tout cas de créer autour d'elle suffisamment de personnes pour qu'elle puisse être en mesure de demander de l'aide. Mais souvent on manque de relai, c'est sûr.

Après juste pour le début de votre question, c'est sûr que Lina est assez absente de mon exposé mais ça j'en prends l'entière responsabilité puisque moi j'ai suivi madame seule. Donc moi j'étais assez rassurée de savoir qu'une équipe vraiment de la petite enfance était autour de Lina, je les ai aidé à penser le projet de soin autour de Lina, le pédopsychiatre, les éducateurs de jeunes enfants, la psychomotricienne, les auxiliaires de puériculture, les infirmières, tout ce monde autour de Lina, je savais une préoccupation constante et très importante autour de l'enfant qui me permettait moi dans les espaces thérapeutiques en tout cas d'écouter la mère, surtout c'était ce que me demandait Nawel, de l'écouter elle. Donc c'est pas du tout représentatif de l'hospitalisation tout ce que je vous raconte mais c'est mon regard à moi. Mais j'ai pu faire ce travail avec elle, parce que rassurée, je savais que mes collègues s'occupaient de Lina, mais c'est sûr et ce sera pareil pour la situation clinique avant que nous on offre un espace individuel aux mères, mon discours est plus centré sur les mouvements en tout cas psychiques de la mère. Mais souvent, on observe quand même que la prise en charge de la mère à un impact après sur l'état psychique de l'enfant.

Salle :

Est-ce que dans votre structure finalement avec un recul d'une dizaine d'années, vous avez eu les moyens de faire des groupes d'anciennes patientes pour effectivement partager cette expérience ? Parce que j'y pensais même aussi, peut-être, inclure dans cette équipe pluridisciplinaire, des mamans, pas forcément modèles. Parce qu'il me semble qu'à l'origine aussi de cette grande problématique, ces jeunes femmes sont très seules, c'est bien parce que il n'y a pas d'entourage suffisamment bienveillant et aidant qu'elles se retrouvent dans une situation aussi complexe et effectivement rapproché avec des anciennes patientes faisant part

de leur expérience malheureuse et douloureuse, peut être que cette bienveillance sociale, cet accompagnement....

Frédérique ROUVEAU :

Alors l'Hôpital n'a que 5 ans en fait, donc on n'a pas encore 10 ans, alors peut être que dans 10 ans ce serait une excellente idée et qu'effectivement dès fois c'est des choses auxquelles on pense parce qu'on a souvent des nouvelles dans l'après coup des patientes qui sont hospitalisées mais on n'a pas encore pensé comment on pourrait mettre en lien, alors certaines nous rendent visite très régulièrement. Voilà après ça se joue plutôt comme ça et dans des espaces un peu informels. Mais déjà on est en train de réfléchir comment avoir presque systématiquement des nouvelles des dyades hospitalisées ce qui n'est pas toujours le cas. Il y en a on leur dit au revoir et puis on n'a plus jamais de nouvelle, donc ça c'est assez frustrant et du coup ça ne nous permet pas vraiment de savoir sur le long terme comment ça s'inscrit. Mais c'est une excellente idée.

III. Situation clinique de Maya et Elya : maternité et toxicomanie, quelle rencontre ?

A. Maternité et toxicomanie, quelques éléments théoriques

Lorsque j'ai commencé à rencontrer la clinique des femmes toxicomanes, j'étais en train d'écrire une thèse sur la maternité des femmes toxicomanes. Cette recherche était réalisée au CSAPA Horizons et je rencontrais ces femmes pour la recherche, un cadre bien spécifique.

De l'avis de la population générale, mais également des professionnels, il paraît difficile voire même impossible de pouvoir se représenter l'association de ces deux termes : grossesse et toxicomanie ; la première portée vers la vie, l'autre associée à la destruction. Ces deux processus sont antagonistes, l'un va du côté de l'aliénation et l'autre du côté d'une humanisation, du côté de l'élaboration de la relation à l'autre qui permet de se construire une identité en l'occurrence de mère, qui ne doit évidemment pas se faire au prix du sacrifice de l'enfant. Du fait même de ce paradoxe, la population des toxicomanes, et spécifiquement celle des femmes toxicomanes, ne sont que difficilement considérées comme des devenants parents.

Par toxicomane, nous entendons « un sujet qui est entré dans un certain rapport avec la drogue, et qui consent à se définir toujours d'avantage, à se simplifier lui-même dans ce rapport à la drogue » (Miller, 1989, p.135).

Au début de ma pratique à l'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien, la rencontre avec des femmes présentant des organisations psychopathologiques, particulièrement la rencontre avec les femmes toxicomanes, a été quelque peu déconcertante. Dans un premier temps, je cherchais principalement à explorer dans l'entretien le symptôme, ses tenants et ses aboutissants : le début de l'intoxication, les moments importants de l'histoire du patient, les liens à la famille, le sens de la grossesse. L'analyse de la relation transféro-contre-transférentielle m'a permis d'enrichir mon analyse clinique et d'envisager la toxicomanie sous un autre angle que celui du symptôme. Dans ce cadre, la plupart du temps ces femmes ont déjà rencontré de nombreux professionnels, engagé plusieurs suivis psychologiques et/ou psychiatriques. Pour aller au-delà du symptôme, nous nous sommes référée à des auteurs, tel que S. Le Poulichet (1987) qui parle de *pharmakon* (poison ou médicament) ou encore de solution.

Les femmes rencontrées sont toutes consommatrices de drogues depuis de nombreuses années et ne situent pas en phase de « la lune de miel » (Olievenstein, 1987), c'est-à-dire la période de l'intoxication où elles ne ressentent pas encore les effets négatifs de la prise de drogue (manque, difficultés financières, isolement affectif). La maternité s'inscrit alors comme une ré-interrogation possible de la prise de drogues.

La clinique nous a appris que la pathologie relationnelle précoce met en difficulté parents, enfants et professionnels. En 1981, S. Fraiberg écrivait « Mais que peut faire un enfant dans les dix-huit premiers mois de sa vie lorsque ceux qui l'entourent ne remplissent pas leur fonction de protection et qu'il est exposé à des expériences répétées et prolongées d'abandon ? Comment peut-il soulager sa propre souffrance ? Quels moyens a-t-il pour supporter son impuissance totale ou chasser cette « chose-là dehors » qui est vaguement associée à la suite de circonstances quotidiennes et répétées, comment peut-il se protéger de la personne dont il est entièrement dépendant et qui pour lui est source de souffrance et de déception ? Ces questions semblent nous mener à une impasse : penser l'impensable. » (p.7-27)

La clinique auprès des nourrissons apprend, au-delà de la théorie, à ne plus opposer souffrance psychique et souffrance physique. Chez les bébés, ces deux types de souffrance sont très intimement intriqués, et le plus souvent, les troubles affectifs et relationnels

s'expriment au travers de l'expression du corps et des manifestations somatiques. Le corps, à cet âge précoce, est la voie d'expression privilégiée de la souffrance affective relative au lien à l'environnement maternel primaire.

Grossesse et toxicomanie, ces deux notions s'inscrivent comme des vecteurs potentiels de réorganisation du fonctionnement psychique, amenant des transformations nécessaires de la vie psychique confrontée aux mouvements de régression inhérents à l'arrivée d'un enfant. Au sein d'une institution telle que les unités mère-bébé et l'Hôpital mère-enfant de l'Est Parisien, le terme de régression est régulièrement employé pour témoigner du comportement de certaines mères prise en charge (Cazas, 2005). Le fait de réunir la mère et son nourrisson au sein d'un même service hospitalier pour leur offrir un lieu sécurisant, contenant et bienveillant vise à permettre une rencontre. L'instauration des premiers liens entre la mère et son enfant passe régulièrement par la nécessité d'un état régressif de la mère, phénomène retrouvé particulièrement chez les femmes toxicomanes. Alors que ces comportements pourraient paraître inquiétants et faire craindre une désorganisation psychique durable, la régression peut apparaître comme un outil thérapeutique (Cazas, 2005), menant progressivement à l'instauration de la maternité.

La régression est conçue le plus souvent comme « un retour à des formes antérieures du mode de pensée, du type de relation à l'objet et de structuration des comportements, qui ne correspondent plus ni à l'âge, ni à la maturité psychique. » (Cazas, 2005, p.13)

Pour D.-W. Winnicott (1963), la régression peut faire partie d'un processus de guérison. Il défendait l'idée selon laquelle un environnement actuel nouveau suffisamment bon peut permettre au sujet d'abandonner son faux-self, permettant ainsi que quelque chose se rejoue sur la scène psychique. D.-W. Winnicott (1954) parle de la nécessaire tolérance du thérapeute à l'égard du passage à l'acte, le thérapeute doit s'adapter nécessairement à la régression sans pour autant entrer dans la réassurance. « On pense habituellement que la régression d'un patient au cours d'une psychanalyse présente un certain danger. Ce n'est pas dans la régression que réside le danger, mais dans le fait que le psychanalyste n'est pas prêt à faire face à cette régression et à la dépendance qui l'accompagne. » (p.315)

L'expérience de la maternité constitue une expérience corporelle à la frontière psyché-soma. Elle induit la régression. Les femmes sont dans un état où elles sont susceptibles de recevoir les surprises, les imprévus de leur fonctionnement psychique grâce à une bonne assise narcissique.

Les femmes toxicomanes connaissent un contexte de vulnérabilité psychique et sociale renforcé par le vécu de leur maternité. Ces nouvelles mères en souffrance semblent ne pas pouvoir se laisser aller à des mouvements régressifs sans risquer une désorganisation psychique ou somatique. Quand une mère ne peut passer par cette étape, parce que cela lui est intolérable, une perte de repères et une rapide désorganisation du Moi de la mère entraînent des perturbations, parfois graves, des liens avec son bébé.

Pour l'équipe soignante, il s'agit d'accueillir, d'accompagner des mouvements régressifs en acceptant le rôle maternant induit par la mère, afin de lui permettre d'entrer en relation avec son bébé, à travers le bébé qu'elles retrouvent en elles. Permettre à la mère de faire l'expérience d'un environnement maternant suffisamment bon, c'est lui offrir la possibilité de devenir mère de son bébé. Devant les manifestations pulsionnelles souvent bruyantes de ces mères, l'équipe soignante doit se sentir investie sur un mode très primitif et positif, participant au projet de soin thérapeutique. *Pour être thérapeutique, le psychologue doit être attentif à ne pas se laisser prendre dans ses mouvements contre-transférentiels, susceptibles de le rendre trop ou pas assez maternant.*

La régression, ainsi entendue peut constituer un moment clé lors d'une hospitalisation mère-bébé. Pour se faire, la mère toxicomane doit pouvoir tolérer la dépendance sans risquer une désorganisation anarchique et parallèlement la régression doit être tolérable pour les professionnels. Les hospitalisations mère-enfant peuvent s'entendre comme un lieu de soins, où la rencontre entre la mère et l'enfant est possible si une régression effective de qualité se développe. La mère rejoue au sein du cadre thérapeutique la dépendance à l'environnement comparable à celle des premiers temps, permettant à la femme toxicomane de se détacher du lien fusionnel à la mère qu'elle a connu dans les premiers temps de sa vie, ouvrant alors le champ à l'instauration de liens avec l'enfant.

Parentalité et toxicomanie, deux notions à priori antinomiques, rarement considérées comme pouvant être liées. Or, le désir d'enfant qu'elles mettent en acte en tombant enceintes, se situe davantage du côté de la construction que de la destruction. Pour la population rencontrée, la grossesse vient questionner la consommation de toxiques et peut permettre une élaboration, une recherche de sens par rapport à l'histoire toxicomaniaque. Le rapport à la dépendance est ici interrogé : comment gérer et concilier la dépendance à des toxiques et la dépendance vitale du nourrisson à sa mère ? Tout l'enjeu de notre questionnement est de savoir comment les parents vont pouvoir savoir se soustraire à leur dépendance aux toxiques ou savoir concilier la

prise de toxiques et le bien-être de l'enfant. Nous allons tenter de montrer que nous avons bel et à bien à faire à des sujets désirants. Ils désirent être dans des responsabilités, sans forcément réussir à ne plus être dépendant de leur drogue.

Notre pratique nous a confronté rapidement à la question du désir : désir d'enfant/ désir de consommation, désir de la mère/désir du père/désir des professionnels. Autant de désirs différents, fluctuants, évolutifs. La difficulté de la prise en charge de cette population est que le désir des professionnels ne rencontre pas forcément le désir de la mère, et s'il le rencontre son expression et sa réalisation en demeure délicate. Lorsqu'une demande émerge du côté des devenants parents, le risque pour le professionnel est de projeter ces propres représentations concernant les futurs parents, bien souvent ils doivent laisser derrière eux leur vie de toxicomane pour faire place à une vie de famille, souvent très idéalisée. Il est fort probable qu'avec une demande de soins, les devenants parents montrent un désir de changement, un désir d'investir l'enfant à venir. Le rôle des professionnels est de garder une « neutralité bienveillante » exempt de fantasmes projectifs pour les patients. Or, la question est-elle de se positionner soit du côté des parents, soit du côté de l'enfant ? L'alliance thérapeutique en jeu dans chaque prise en charge va se mettre en place ou non en fonction de l'interaction avec les professionnels. Les parents vont pouvoir s'appuyer sur le regard contenant, bienveillant des professionnels, pour pouvoir s'autoriser à assumer leur statut de parent.

Au sein du couple parental, la dynamique établie est bouleversée à l'arrivée d'un enfant et des aménagements sont nécessaires. La relation de couple qui préexistait avant l'arrivée de l'enfant, la consommation individuelle ou collective, récente ou ancienne, et les ressources personnelles de chaque parent peuvent leur permettre de trouver un point d'ancrage dans l'ici et maintenant. Nous n'en oublions pas la place du père qui reste toujours indissociable ; père absent ou père attentif aux besoins de leur enfant. Les professionnels peuvent ainsi se positionner en tiers en cas de père absent ou favoriser une place de tiers possible et aider la mère à laisser le père prendre sa place et occuper sa fonction.

La venue d'un enfant réinterroge en effet les liens d'attachement précoces. Reviviscence des conflits infantiles, réactivation des deuils antérieurs, réactualisation des identifications précoces en particulier à la mère préœdipienne, réaménagement des relations objectales, nécessité de régresser sur un mode archaïque pour s'accorder au besoin de l'enfant... Autant de réaménagements qui font de cette période un moment critique, riche de potentialités maturatives, mais aussi de risques de profondes désorganisations, si ces étapes ont fait l'objet

de fixations traumatiques chez la mère. La situation d'extrême dépendance du bébé, son avidité, l'expression non maîtrisée de ses besoins peuvent renvoyer la mère à son propre vécu de dépendance et à la réactivation douloureuse de ses expériences infantiles. Cette situation sera susceptible d'entraîner une désorganisation psychique importante qui mettra en péril l'environnement primaire de l'enfant.

Dans le parcours d'une femme, la naissance d'un bébé peut désorganiser une économie psychique déjà précaire mais aussi renforcer d'éventuelles défenses pathologiques dans la crainte plus ou moins persécutrice de l'envahissement et/ou de la confusion avec le bébé. P.C. Racamier (1988) fait l'analogie entre la crise de l'adolescence et la crise de la maternité¹, au cours de laquelle un processus d'évolution est en jeu au même titre qu'au cours de l'adolescence, puisque se mettent en place une « remise en cause des défenses ordinairement utilisés par le Moi ainsi qu'une remise en cause de l'identité et du sentiment d'identité du sujet ». De ce fait, la crise maturative que constitue la maternité pour une femme toxicomane induit un processus de changement vis-à-vis de la relation au toxique, pouvant évoluer aussi bien du côté de l'aggravation, que de la diminution voire d'un abandon des conduites de consommation.

B. Maternité et toxicomanie, suivi psychothérapeutique d'une femme toxicomane.

1. L'anamnèse de Maya et le contexte de la rencontre

Agée de 30 ans, Maya est une femme d'origine haïtienne et guyanaise. Elle est en couple depuis dix ans avec son compagnon Emilio. Originaire des DOM-TOM, Emilio est polytoxicomane, consomme préférentiellement du crack et de l'alcool. Il est sous traitement de substitution à l'héroïne. Maya et Emilio sont sans emploi, ils vivent de manière précaire dans une petite chambre de bonne insalubre en région parisienne.

Née à Cayenne d'une mère guyanaise et d'un père haïtien, Maya y a vécu jusqu'à l'âge de 16 ans. Elle est issue d'une fratrie de six enfants, elle a trois sœurs aînées et deux jeunes frères. Lors de ces premiers mois de vie, Maya a été séparée de ses parents biologiques qui partaient s'installer en métropole, avec le désir de faire venir leurs enfants dans un second temps. Suite à cette séparation, Maya est tombée malade, même si elle ne peut pas dire de quel mal elle souffrait.

¹ Période qui recouvre les temps de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

Selon ses dires, ces parents l'auraient laissée à l'abandon chez des tantes, alors qu'ils font venir ses sœurs en métropole : « *Moi je leur ai servi de passeport* ». Rapidement, elle sera placée en famille d'accueil. Cette famille l'a accueillie jusqu'à l'âge de 13 ans, nombre d'années durant lesquelles, ceux qu'elle nomme ses parents adoptifs lui ont soutenu qu'elle était leur fille biologique, malgré les doutes dont Maya leur faisait part fréquemment à mesure qu'elle grandissait. Le couple est métissé (métropolitain/guyanais) alors que Maya a la peau plus foncée. Elle décrit une mère adoptive possessive et intrusive, en constante demande d'amour et de reconnaissance de la part de Maya. Le père adoptif est décrit quant à lui comme alcoolique présent physiquement, absent psychologiquement. Ce dernier se montrait complice des agressions sexuelles, attouchements et viols, subies par Maya, à partir de l'âge de 7 ans, invitant quotidiennement l'oncle qui se livrait à ces pratiques en échange de quelques bouteilles d'alcool.

Vers l'âge de 12 ans, Maya découvre que cette femme et cet homme ne sont pas ses parents biologiques et qu'il s'agit en réalité d'une famille d'accueil. Elle réagit avec une grande violence à cette découverte, elle fugue et erre dans la rue où elle commence à consommer alcool et cannabis. Elle est recueillie dans un foyer de l'Aide Sociale à l'Enfance où elle apprend enfin son histoire. Avec ses éducateurs, elle engage une reprise de contact avec ses parents biologiques, jusqu'à ce qu'un rapatriement en métropole soit organisé, alors que son père biologique s'était engagé à la récupérer. Elle a alors 16 ans et depuis 4 ans, la rupture avec sa famille d'accueil l'a menée vers la vie dans la rue et vers la voie des consommations avec ses compagnons du foyer.

Son arrivée en France signe une nouvelle rupture, cette fois avec son pays d'origine. Après avoir tant attendu ces retrouvailles et fondée beaucoup d'espoir dans cette migration, sa mère la rejette violemment dès son arrivée et son père s'avère absent. Quelques mois après, elle se retrouve à nouveau à la rue en métropole. Elle occupera de façon périodique des foyers jusqu'à l'âge de 18 ans, fréquentant davantage la rue, où elle découvre l'héroïne et le crack. Elle devient rapidement dépendante à ses substances, poursuivant ses consommations d'alcool et de cannabis. Pour financer ses consommations, Maya va se prostituer « *ça me dégoûtait, j'ai toujours fait ça à contre cœur, c'est juste pour avoir, pour ne pas attendre de ces gens qui abusent de moi, pour être indépendante* ».

Au niveau de ses antécédents cliniques, elle a subi des interventions chirurgicales multiples après s'être jetée du sixième étage d'un immeuble alors qu'elle était séquestrée par « un client » : « *J'ai dit, bon bah je pars, laisse-moi sortir, je rentre, et il a pas voulu m'ouvrir, il*

m'a séquestrée et... j'suis passée par le balcon et j'suis tombée ». Au niveau de ses antécédents obstétricaux, Maya a fait plusieurs fausses couches spontanées. Elle a été incarcérée deux fois, la première fois durant six mois en 2009, puis quelques semaines en 2010.

Elle apprend sa grossesse alors qu'elle est enceinte de six mois et elle est adressée à l'Hôpital mère-enfant de l'Est Parisien en prénatal pour une mise à l'abri des violences conjugales fréquentes (coups de poing dans le ventre...), du milieu de la prostitution et pour une surveillance et un accompagnement de la fin de sa grossesse. Elle est alors enceinte de 7 mois et se trouve sous traitement de substitution au Subutex®. Cette femme connaît des conduites addictives (tabac, alcool, Subutex®, crack) pendant la grossesse. Même si des conduites d'appétence au produit ont été relevées (elle recherche de mégots dans la poubelle, elle fume dans sa chambre d'hôpital), Maya montre une réelle volonté de se défaire de sa dépendance. Le père de l'enfant à naître se montre alors présent (visites, achats pour le bébé à venir). Elle sera hospitalisée en postnatal avec sa fille Elya avant qu'un retour au domicile ne soit organisé. Cette hospitalisation lui a permis d'effectuer un sevrage de l'alcool et du crack et les tensions au sein du couple se sont également apaisées. Elle a pu accueillir et rencontrer sa fille : un lien de qualité s'est établi entre elles dans ce lieu contenant et bienveillant que l'Hôpital Mère-Enfant se proposait d'être.

2. L'agressivité comme lien premier : quel sadisme ? quelle haine ?

La relation qui m'a liée à Maya s'est avérée d'emblée atypique et complexe. Lors de notre première rencontre, je suis allée me présenter à elle dans sa chambre. L'accueil s'est avéré froid et opposant. Je sentais que je la dérangeais et que le moment était certainement mal choisi. Malgré mes différentes tentatives d'approche, Maya restera distante et froide, maugréant et soufflant à chacune de mes tentatives d'entrée en relation.

Je lui propose plusieurs rendez-vous à sa demande, mais elle ne s'y présente pas. Garant du cadre et acceptant ces variations d'humeur, j'ai continué à lui proposer des rendez-vous qu'elle acceptait parfois avec dédain et indifférence et d'autres fois avec enthousiasme. Après trois semaines d'hospitalisation, alors qu'à sa demande (laissant des messages par l'intermédiaire de l'équipe soignante) je lui ai de nouveau proposé un rendez-vous, une vague d'agressivité et de haine l'envahit et elle m'adresse des paroles dégradantes qu'elle semblait contenir jusqu'alors. « A quoi sert une psy ? » « Qu'avons-nous envie d'entendre en réalité ? » « Qu'allons-nous faire de tout ce qu'elle va nous dire ? » « Sommes-nous vraiment

intéressée par elle ? » « Qu'est-ce que nous lui voulions vraiment ? »...

Le contraste est saisissant entre la pertinence de ses questionnements et le déferlement d'agressivité. Paralysée, je ressens alors une forte angoisse et je pense même abandonner cette prise en charge préférant entendre dans cet échange une absence de demande manifeste. Après cette entrevue, elle vient me chercher dans mon bureau et sur un ton enfantin et me dit « *C'est bon, Frédérique tu peux venir* ». « *C'est bien parce que le Docteur m'a dit de te parler* ». « *J'aime pas les psychologues en réalité, j'en ai déjà vu plusieurs, j'aime pas* ». Un rendez-vous est fixé sans grande conviction de ma part. Elle l'accepte.

Elle se présente à ce rendez-vous, elle semble fermée, comme apeurée. Méfiante, elle pose quelques questions toujours pertinentes avant même de s'asseoir : « Est-ce que nous allons respecter le secret professionnel ? » « Est-ce qu'elle peut décider de s'en aller et d'arrêter de parler quand elle le souhaite ? » « Et après ? » Je suis évidemment déstabilisée par l'intensité et la brutalité des mouvements psychiques à l'œuvre. Cette réaction apparaît d'emblée transférentielle. Cette entrée en relation m'éclaire sur le vécu intérieur des objets de Maya. Derrière cette agressivité massive semble se cacher l'angoisse d'un rapproché avec l'objet, potentiellement abandonnique. Les différents échecs des suivis psychothérapeutiques semblent avoir réveillé des angoisses abandonniques, dont elle tente de se défendre.

Après cette phase de rejet de l'objet où elle tente de maintenir le contrôle, elle a pu entrer en relation sur un mode presque enfantin, me demandant par exemple plusieurs fois de lui écrire la date et l'heure de notre rendez-vous sur un papier coloré. D'emblée, la difficulté pour Maya d'établir une « bonne » distance avec l'objet semble être au-devant de la scène : trop près, l'objet menace d'intrusion, trop loin, il menace d'abandon. Aussi l'impulsivité de Maya me semble rendre compte de sa difficulté à tolérer la tension qu'elle expulse sur le mode de la décharge.

Il était convenu que j'aille la chercher dans sa chambre cette fois-ci, à sa demande. Lorsque j'entre dans la chambre, sa sœur est présente, elle se lève en disant qu'elle est sur le point de partir. Elle salue Maya, alors que celle-ci exprime sur son visage sa colère. A nouveau, des attaques sont adressées à mon encontre assez violemment et me semblent signer l'expression d'un transfert massif. Au milieu des reproches et du déversement d'agressivité, elle commence à me livrer par bribes des éléments de sa vie. Nous sommes hors cadre et je ne sais comment l'arrêter, comment contenir ses mouvements pulsionnels.

Lors de ces premières rencontres, elle m'offre des séquences de sa vie qu'elle semble alors

revivre entre colère et tristesse. La difficulté voire l'impossibilité de Maya à lier affect et représentation est saisissante. Sa mère est partie pour la métropole alors qu'elle n'avait que quelques mois et a fait venir ses sœurs, laissant Maya malade en Guyane. Les éléments traumatiques de son histoire se mêlent aux éléments actuels sans qu'elle ne puisse faire de liens. J'imagine sa colère et je ressens cette tristesse qu'elle ne peut exprimer. Je la sens pourtant parfois débordée comme prise dans un déversement hémorragique dont elle tente de se défendre en interrompant son discours. Elle me regarde intensément et je tente de l'aider en posant des questions assez claires qui semblent la rassurer. Mon silence semble au contraire la mettre à mal, je ressens vivement l'angoisse abandonnique et sa difficulté à penser la séparation, l'absence. Elle annonce d'elle-même la fin des entretiens, comme si elle ne pouvait envisager cette fin programmée. Dans un retournement de la passivité, elle devient alors actrice de notre séparation, se levant et me demandant de lui inscrire sur un papier notre prochain rendez-vous. Après le premier entretien, Maya se rassoit avec son prochain rendez-vous dans la main, son visage porte l'expression de la surprise et de l'apaisement. J'ouvre la porte pour sortir et elle me dit « *Frédérique... merci.* », « *Tu viens me chercher encore la prochaine fois* ». Sa voix et son visage évoquent à nouveau ceux d'une petite fille chétive, et je me sens gagnée par une vague d'empathie, touchée par cette rencontre.

L'expression du sadisme et de l'agressivité s'est fait chez Maya en amont des rencontres et je suis saisie par ce changement de comportement.

Pouvait-il en être autrement ? Il me semble aujourd'hui que Maya ne peut fonctionner pour le moment autrement dans son mode d'entrée en relation, occasionnant chez elle beaucoup d'empathie et de rejet de la part des autres (famille, amis, autres femmes hospitalisées, personnel soignant).

Cécile PELTIER :

Et avec son bébé ?

Frédérique ROUVEAU :

On n'en est pas encore là, j'y viens mais au début il n'y a aucune place pour son bébé, et puis quand je la rencontre au début elle est enceinte encore, elle n'a pas accouché.

Il semble que je représentais pour elle une image d'omnipotence (contrat de soins), insistante (proposition plusieurs fois des rdvs alors qu'elle n'arrivait peut-être simplement pas à dire non). Le cadre s'est révélé sécurisant. Cette rencontre a été la cible d'une violence éprouvante. Était-ce le signe pour elle d'une ouverture, d'un engagement futur possible dans un travail thérapeutique ? L'expression de ce transfert massif m'a fait craindre l'établissement d'une relation en emprise. Cette agressivité a eu un effet de captation, paralysant au départ ma capacité de pensée et je ne me suis autorisée à me pencher sur l'analyse de ce cas clinique que bien des mois après la fin définitive de cette prise en charge.

Je m'interroge sur les fantasmes qui planent autour de la rencontre avec l'imgo maternelle. Je pars du postulat émis par S. Freud selon lequel l'objet naît dans la haine. Il existe dans ce mouvement un aspect vivant, dans le sens où la haine est un vecteur fondamental de l'individuation. La haine protège des effets mortifères d'un attachement excessif à l'objet. Cependant, il est fondamental que l'objet résiste aux attaques. Maya aurait-elle rejoué ce mouvement à mon encontre, dans un transfert maternel primaire où s'est réactualisée une haine destructrice mettant en question les capacités de contenance de l'objet ? Dans l'après-coup, j'entends le côté bien vivant qui s'exprimait dans la colère et l'agressivité de Maya.

3. Du déplacement de l'agressivité vers un accès à la dépression ?

Lors des entretiens, sa colère se déplace dans son discours sur les figures maternelles (mère biologique, mère adoptive, professionnels) qu'elle disqualifie massivement. Ce discours projectif tente d'exprimer sa propre difficulté maternelle à investir et à s'occuper de sa fille. Dans un discours en surface et plaqué, elle présente sa fille comme une enfant qui va bien et idéalise leur relation. Elle reste défendue, banalisant les motifs de son hospitalisation par des récurrences « *Tout va bien* », « *J'ai plus de problèmes* », « *Je ne consomme plus* », « *Ça ne sert à rien de remuer le passé* », « *Je suis là pour me reposer* », « *J'attends pour un autre logement* ». Or son agitation motrice atteste d'une charge d'angoisse importante : elle ne peut que difficilement rester assise pendant les entretiens et signifiera justement que l'entretien de 45 minutes est beaucoup trop long pour elle.

Cette colère l'amène progressivement à pouvoir se raconter, à faire part du vide dans son histoire. Elle ne sait pas. Elle ne se souvient de rien : « *C'est le vide total* ». Ce qu'elle sait, c'est qu'on l'a abandonnée et qu'elle ne comprend pas pourquoi elle a survécu. « *Bah ma famille, ils m'ont abandonné ma famille. Bah j'ai été adoptée, je devais porter leur nom et*

puis ça s'est pas fait parce que après à 13 ans quand, j'ai su, quand j'ai su que c'était pas mes parents, puis mes vrais parents et bah à partir de là, ça a été l'échec ». Touchée par son discours, je cherche alors, en vain, une branche de pensée à laquelle nous raccrocher, elle et moi. Maya semble avoir cette particularité d'induire chez l'autre des mouvements émotionnels très différents dans une temporalité courte. Je comprends alors l'élan d'investissement des différents professionnels qui l'entourent. Lorsqu'elle aborde des thématiques comme la mort, l'abandon, la perte, je me suis sentie chaque fois chuter avec elle dans le blanc de pensée, ce domaine terrifiant de l'irreprésentable.

Maya semble alors reconstruire/représenter des bribes de son histoire en me faisant ressentir les émotions associées qu'elle ne semble pouvoir éprouver. Elle observe avec attention mes réactions, mon expression non verbale et semble peu à peu se l'approprier. Le dégagement de l'agressivité transférentielle hors du cadre des entretiens a laissé place, grâce au maintien du cadre et à l'accueil des mouvements violents, à un réel attachement dans la relation transféro-contre-transférentielle. Notre attitude empathique vers elle semble la rassurer.

Maya m'a très vite considérée comme « celle qui sait », « celle en qui elle peut avoir confiance ». Ce mouvement assez encourageant et gratifiant était contrebalancé par le pendant négatif de ce mouvement. A mesure qu'elle m'attribuait les qualités de la « bonne mère », nous avons perçu que cela ranimait vivement en elle la douleur d'avoir eu une (ou des) mère(s) si défaillantes et nous voyions poindre à l'horizon la fin de nos rencontres et nous avons pu ressentir alors devoir... l'abandonner.

Je pense que ces moments de bonne relation représentaient pour Maya une ouverture aux aspects positifs du lien qui avaient dû malgré tout exister avec sa mère dans les premiers temps de sa vie. Une ouverture à un transfert maternel féminin serait davantage porteur de potentialités d'identifications plus stables et susceptibles de frayer la voie vers des identifications plus génitalisées. Mon espoir est que Maya puisse à travers cette relation positive engagée, entamer un suivi psychothérapeutique au long cours.

Son attitude a radicalement changé, de l'agitation à l'apathie. Je ressens sa tristesse qu'elle ne peut exprimer, et j'attends en vain de la voir pleurer lorsqu'elle évoque les abandons, les ruptures, les non-dits qui jalonnent son parcours. Son discours reste flou : confusion des personnes (mère et père adoptifs, mère et père biologiques, sœurs...), des générations (plusieurs lapsus du type « mon frère »/« ma sœur » à la place de « mon père »/« ma mère »...). Les repères temporels sont également confus et je suis parfois complètement perdue. Il est notable que son père apparaît dans le discours de Maya à cette période comme le

double inversé de la mère : il y a la mauvaise mère et le bon père. Le mauvais objet semble déplacé sur la représentation maternelle, j'étais devenue pour Maya le bon objet, celui avec qui elle pouvait partager un certain plaisir à se raconter, malgré le contenu parfois violent et traumatique de son discours.

Lors des entretiens, elle parle de sa mère adoptive avec davantage d'ambivalence. Elle a pu aborder les moments heureux qu'elles ont partagés, ses regrets d'avoir brutalement coupé les ponts : *« j'pensais que ma mère elle m'aurait pas, mais en fait en grandissant on voit qu'elle, on s'aperçoit c'est après en grandissant que j'ai vu qu'elle m'aimait beaucoup en fait »*. Elle a pu envisager la souffrance de cette mère *« qui fait comme elle a pu, avec ses mensonges, mais l'a quand même aimée comme sa propre fille »*. Du côté de sa mère biologique, l'agressivité a persisté, mais a pu prendre des allures de rivalité : *« le problème, c'est que mon père, il est entre elle et moi, en fait c'est elle ou moi. Quand il vient me voir, je sais très bien que ça la rend folle, moi, j'suis contente, c'est bien fait pour elle »*. Cependant, c'est une rivalité dans le tout ou rien, finalement éloignée de la rivalité œdipienne pour reprendre les propos de Maya, *« c'est elle ou moi, depuis le début »*. Si Maya a pu accéder à une certaine reconnaissance des souffrances de sa mère adoptive, elle-même soumise aux affres de sa propre histoire, cette reconnaissance n'a pas pu s'établir concernant sa mère biologique qui semble « porter » dans la fantasmatique de Maya les attributs de la mère précœdipienne : *« Ma mère elle m'a juste dit que j'étais tout le temps collée derrière elle, ah ma vraie mère hein, elle dit que j'étais tout le temps collée, tout le temps derrière elle »*. Cette reconnaissance reviendrait à se séparer d'elle et à abandonner ce lien narcissique qui les unit, au risque d'un effondrement identitaire et de la résurgence brutale d'angoisses archaïques.

Dans les moments de confrontation avec la mère biologique, Maya ressent douloureusement les lacunes de cette dernière, les défauts d'identification qu'elle offre. La haine qu'elle raconte a permis d'apaiser l'agressivité agie qui a coloré la rencontre avant le début du suivi. Cependant, à bien y écouter, cette « haine transférentielle » est toujours présente en m'associant aux souffrances subies dans son passé, répétant régulièrement que revenir sur le passé ne sert à rien et que rien ne pourra être réparé.

Les mouvements de haine transférentielle bien que toujours présents, s'avèrent plus « discrets » et donc plus supportables. Les mouvements de destructivité passionnelle de la relation à l'autre semblent s'être apaisés. Derrière les revendications récurrentes de Maya autour de la « mauvaise mère » se cache une quête éperdue de son amour. La recrudescence des reproches adressés à l'imgo maternelle semble traduire l'investissement de ce mode de

relation, comme si les traumatismes subis étaient récupérés comme un lien d'exception.

4. Résurgence traumatique et compulsion de répétition : quand les pulsions de mort s'invitent à la fin des entretiens

Alors que je l'interroge sur ses capacités de rêveries, Maya énonce : « *Y a un rêve que j'avais fait quand elle était dans mon ventre. Alors, c'était... j'voyais le diable venir euh qui se rapprochait de nous... comme quoi il voulait atteindre ma fille et moi j'étais bloquée un moment mais j'ai trouvé la force de lui envoyer de l'eau en lui demandant de partir. C'est bizarre, hein ? J'ai un cauchemar aussi qui m'attaque tout le temps en ce moment, je revis comme en vrai la fois où j'ai sauté du sixième étage, tu te rappelles ce que je t'ai raconté ? Sauf qu'au lieu de rester vivante, je meurs à tous les coups, je me vois exploser par terre, je suis morte en mille morceaux. Et puis quand je me réveille je crois encore que je suis morte tellement c'est fort, j'ai l'impression que je suis un fantôme mais que j'existe plus en vrai, tu vois ? Je suis obligée de me pincer pour sentir que je suis pas morte tellement c'est fort. Y a un autre rêve où je pleure, je pleure, je pleure même en me réveillant je pleure... Mais ça c'était plutôt après, après cet accident que j'ai fait ce rêve. C'est un rêve où je pleure, j'arrête pas de pleurer, quand je me lève, je pleure aussi. »*

A l'écoute de ces paroles, je regrette presque de l'avoir interrogée sur sa capacité de rêverie. Je suis glacée par les paroles, le ton qu'elle emploie. Je me sens figée, notre corps tout entier semble vivre ce qu'elle nous dit. Je suis sidérée, immobilisée par des sensations corporelles glaçantes. Je ne sais comment mettre fin à ce silence, et tente de la recentrer maladroitement sur ce rêve et ce, de façon presque opératoire. Je me suis retrouvée là, paralysée par la terreur qui répondait à l'absence d'affect de Maya. J'ai entendu l'explosion, la mort et je visualisais avec effroi le tableau morbide qu'elle se proposait de partager avec moi. Je tentais de penser, de me raccrocher à la théorie, au temps qu'il restait, certainement pour me défendre. Des mots non liés me venaient alors à l'esprit : cauchemar, traumatisme, compulsion de répétition, pulsions de mort... Je n'ai pu que lui proposer de reprendre ce récit lors de notre prochaine rencontre, ce qui évidemment ne se fit pas. J'ai entendu, percevant les angoisses psychotiques (morcellement, mort) associées à la répétition traumatique par ces rêves qui m'ont préoccupée et fait craindre que Maya ne traverse une phase de désorganisation psychique. Maya s'est finalement levée, décidant de la fin de l'entretien, ressentant certainement mon malaise et ma difficulté à reprendre ce qu'elle venait de « lâcher » que j'avais reçu telle une bombe, et me demandant ce que j'allais pouvoir faire de tout ça...

Lors de l'entretien suivant, la répétition semble enclenchée. Une répétition en boucle. Maya s'est mise à raconter, à re-raconter les mêmes événements : la chute, la séquestration, la drogue, la prostitution, les abandons. Ces recours agis par la parole viennent empêcher la régression que l'évocation de l'imaginaire maternel entraîne. Ces entretiens me paraissent vides, me laissant un sentiment d'inaccomplissement, de ne rien apprendre de plus. Il n'y avait d'espace que pour ces événements sur lesquels elle revenait dans un discours essentiellement factuel et opératoire.

5. La fin de l'hospitalisation, un deuil inévitable ou l'impossible séparation

Rapidement après sa sortie d'hospitalisation, les violences conjugales ont repris, Maya reste sous l'emprise de son compagnon qui est alors « soupçonné » de proxénétisme. Dans ce contexte violent et douloureux, elle reprend ses consommations importantes d'alcool et de crack. Elle a entamé un suivi psychothérapeutique avec une psychiatre qui semble véritablement enclenché. « *Elle est gentille comme toi* », me dira-t-elle.

Huit mois après la naissance de sa première fille, Maya est de nouveau enceinte. Elle découvre cette grossesse dès les premières semaines. Les violences conjugales s'intensifient. Alors qu'elle est enceinte de trois mois, lors d'une dispute, son compagnon lui inflige une blessure de vingt centimètres au couteau sur la cuisse. Ces violences conjugales sont couplées à des violences sexuelles, physiques et morales intenses. Toujours très ambivalente, elle ne parvient pas à se protéger et à protéger sa fille du contexte violent et reste sous l'emprise de ce compagnon. Elle ne souhaite pas porter plainte. Elle sera incarcérée quelques semaines pendant cette seconde grossesse alors qu'Elya est laissée à la charge du père. Par ailleurs, Maya ne tient plus aussi régulièrement son suivi médical et psychiatrique à la fin de sa grossesse alors que ses consommations s'intensifient. Au cours de la grossesse, elle aura des difficultés à construire un projet cohérent, oscillant entre un projet d'admission en centre maternel dans une dynamique de protection et de mise à distance d'avec Emilio et un projet de retour à domicile incluant Emilio. Dans ce contexte, elle est à nouveau adressée à l'Hôpital mère-enfant de l'Est Parisien dans notre service postnatal pour une mise à distance des violences conjugales, une évaluation et un soutien de la relation mère-enfant.

A sa sortie de sa seconde hospitalisation, Maya vient frapper au bureau des psychologues. Je suis seule en train d'écrire à l'ordinateur. Elle ouvre la porte et sourit « *Ce qu'est bien avec toi, c'est que t'es toujours au même endroit, je reviens des mois après et t'es toujours là. Et si je reviens un jour, tu seras toujours assise là !* » « *Je viens te dire au revoir mais j'espère que cette fois-ci on se reverra plus.* »

Marijo TABOADA :

Il y a la question du désir que je voudrais reprendre car tu as hésité à évoquer la question du désir et c'est un mot pour lequel je ne suis pas sûre que l'on y mette tous le même sens quand nous tentons de le partager. Et lorsque tu parles de ce « trop près trop loin » face à ces personnes toxicomanes, je me dis effectivement que l'on ne peut être que dans le trop près trop loin, parce que si l'on est à la bonne place ce n'est pas la bonne place c'est la mauvaise.

Ce qu'ils nous demandent, c'est en ça que la question de l'arrivée de l'enfant est intéressante, ce n'est pas tant qu'on désire pour eux ou qu'on désire le mieux pour eux. Ce qui est important, c'est « quelqu'un va-t-il les désirer un jour ? ».

Et je me dis, est-ce que nous sommes capables de supporter que ces gens demandent de nous que nous puissions les désirer un peu en ce sens que le moteur est le désir de vie, c'est comme pour un enfant. Ce n'est pas tant le désir de lui qui compte, mais le désir qu'il vive, qu'il sourit, qu'il s'agite c'est ça qui va faire qu'il va vivre, qu'il va sourire, qu'il va s'agiter. Et c'est ça que certains nous demandent dans un état un peu inanimé. De même le fait que tu puisses ressentir alors qu'elle parle de façon plate, est-ce que nous sommes capable d'offrir comme ça, d'être le réceptacle de sensations ou d'affects qui les détruiraient s'ils pouvaient les ressentir, et que nous en sommes que le garant, le porteur. On est des valises, des sacs... C'est vrai que c'est intéressant de faire ça au moment où il y a un petit enfant, parce que en quoi le fait que tu es pu être assise à la même place et ressentir tous les affects qu'elle t'a balancé ont permis que la petite ai été protégée, parce que c'est toi qui les as reçu c'est pas elle, et c'est pas si mal ça....

Frédérique ROUVEAU :

Juste pour rebondir, en fait moi Elya c'était un peu j'observais son état et toutes les observations des collègues et finalement comme elle était dans une espèce de constante de son état, je me disais qu'il y avait forcément un truc qui ne fonctionnait pas, parce que Maya je pense qu'il y avait beaucoup de boulot, on aurait pu travailler très longtemps et du coup moi je voyais plutôt l'ampleur de tout ce qu'il y avait à faire sur un temps qui est imparti, donc 3 mois et ça paraissait toujours mission impossible et du coup c'est en observant Elya et les observations des collègues qui n'étaient pas inquiets que j'arrivais à aller jusqu'au bout de mon travail, j'étais quand même rassurée sur la santé psychique de cette petite.

Brigitte DALET :

Ce qui amène une autre question, en tout cas une autre réflexion ou un autre constat je ne sais pas comment dire, mais celle du groupe soignant et de cette enveloppe qui peut se faire à plusieurs... avec quelqu'un qui peut être du côté de la mère, d'autres du côté de l'enfant car tu parlais de ce clivage et de cette difficulté que nous avons tous de se dire de quel côté on est, qui on soutient, etc et là on voit bien comment le groupe soignant peut avoir une fonction comme ça de soins sans forcément avoir un travail très précis ou un objectif pour l'enfant ou je ne sais pas quoi....

Mais on peut voir cette enveloppe permettant que tous ces aspects ou ces questions puissent se côtoyer le temps de la mise en place d'un travail.

Frédérique ROUVEAU :

Cette situation c'était l'une des premières femmes toxicomane qu'on accueillait à l'hôpital donc ça nous a beaucoup au niveau de l'équipe interrogé, parce que du coup on a été beaucoup soumis à tous ces clivages, etc jusqu'au moment où finalement on les a accepté je pense et tout en se disant que on a peut-être redoublé de temps de paroles entre nous pour pouvoir se dire, se raconter ce qu'il se passait pour les uns et pour les autres et je pense que c'est tout ce travail pluridisciplinaire et ce travail de paroles, de recherche de sens autour de la situation qui nous permet de ne pas être dans le clivage justement et de quand même penser la relation mère-enfant même si on était plus de côté du soin de l'enfant ou du soin de la mère

Brigitte DALET :

Et peut-être comme Maya ne pas être seule à avoir peur de ressentir des choses même si c'est l'autre qui peut les ressentir et qu'on voit que l'autre professionnel, éducateur de jeunes enfants ressent telle ou telle chose, ça peut être rassurant pour soi aussi.

Marijo TABOADA :

La question du cadre aussi, parce que tu as dit plusieurs fois que tu n'étais pas dans le cadre alors que tu étais une jeune professionnelle. Alors en effet le cadre, si on n'a pas de cadre c'est très perturbant, et tu as commencé ton exposé par cette contradiction, ce paradoxe entre quelque chose qui serait du côté de la vie, de l'animation: « la grossesse », « l'enfant » ; et ce qui serait plus du côté de la destruction : « la toxicomanie ». Et alors tu nous a présenté une jeune femme qui fait preuve d'une vitalité tout à fait extraordinaire, et d'une envie de vivre

tout à fait extraordinaire et que ce que l'on interprète souvent comme une sorte d'envie de destruction c'est à mon avis peut être contraire à ce qu'il s'agit et que vraiment elle a une furieuse envie de vivre elle, elle nous impose des trucs, mais elle en veut et c'est intéressant. Comment effectivement la question du cadre peut-elle être réinterrogée là, c'est-à-dire que si le cadre nous aide il peut être aussi parfaitement mortifère et que quand on est en présence de personnes qui ont une telle fougue, ça ne peut marcher que si on accepte ce qu'elles exigent de nous c'est-à-dire d'inventer un cadre nouveau à chaque fois, c'est-à-dire qu'effectivement on doit être capable d'être suffisamment déconcerté pour pouvoir être dans une créativité permanente et que si on n'y est pas c'est vrai que ça ne marche pas. Alors c'est assez exigeant, mais c'est assez vivant. Je trouve vraiment que tu es quelqu'un de très vivant.

Frédérique ROUVEAU :

Mais je pense que ça après, je ne sais pas si c'est Maya mais des situations comme ça ou j'ai décidé de ne plus lire les dossiers médicaux avant de rencontrer mes patientes, parce que finalement d'aller à la rencontre de la personne que j'étais amené à voir plutôt que de rencontrer une femme toxicomane, ce que j'avais fait pour Maya en fait, enfin j'avais lu beaucoup de choses sur elle avant et je pense que ça, ça été assez déconcertant pour moi. Et maintenant je ne lis plus les dossiers médicaux avant de rencontrer les femmes, parce que c'est beaucoup plus simple pour elles et pour moi.

Marijo TABOADA :

Mais oui, alors pour retomber sur nos pieds quand même puisqu'on est obligé, on voit bien à quel point ce type de travail a été docile parce que la petite était dans des bras, parce que si la petite n'avait pas été dans des bras, c'est-à-dire en l'occurrence l'Hôpital Mère Enfant, mais ça pourrait se faire dans un autre type de lieu, simplement il faut qu'il y ait des bras pour tenir cet enfant. Je pense que ça n'aurait pas été possible parce que tout mouvement, pas seulement les discontinuités maternelles qui auraient été périlleuses pour l'enfant ; c'est que l'entrée même dans la relation avec toi, engendrait la désorganisation de la mère. C'est-à-dire que la démarche de soins est pathogène dans un premier temps, en tout cas pathogène pour la relation avec l'enfant et que donc c'est là où on est très partagé entre on essaye de consolider pour que ça tienne en sachant que ça se fait au prix d'un truc qui ne va pas forcément durer très longtemps. Voilà la question du contenant est très importante, là pour le coup d'une sorte de cadre contenant pour l'enfant pour que la mère puisse aller mal, puisse régresser, il faut que l'enfant puisse être contenu et ça, on n'a pas toujours une organisation qui le permette et

ça nous met dans des situations... ça ne veut pas dire qu'il faut renoncer, c'est-à-dire qu'est-ce que l'on est capable d'inventer pour essayer de trouver quelque chose de contenant.

Vous êtes assouvis ?

IV. Réflexions sur la prise en charge proposée aux adolescentes hospitalisées avec leur bébé

Dans les situations cliniques que nous avons évoquées, nous sommes interpellés par la rapidité d'une évolution favorable des dyades mère-bébé (Guyomard, 2009). Avant leur hospitalisation, ces mères, prises dans des enjeux fantasmatiques conflictuels, n'accédaient pas à une « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 1963) nécessaire à l'établissement d'une relation maternante sécurisée et permettant une rencontre psychique entre la mère et l'enfant (Missonnier, 2004). En effet, alors que l'alliance thérapeutique auprès des référents institutionnels s'enclenche, leur problématique personnelle se déploie dans ce cadre. Un changement s'opère aussi bien dans la relation à leurs bébés que dans l'expression de leur problématique personnelle.

L'originalité des hospitalisations mère-bébé est d'associer la double difficulté de travailler avec des patientes soumises électivement à des processus primaires, où la compulsion de répétition est prégnante et de travailler la relation de la mère à son nouveau-né, où le registre pulsionnel envahit inévitablement les premiers temps d'une relation parentale avec le bébé (Rouveau, 2014). Nous formulons l'hypothèse que les troubles associés au devenir mère à l'adolescence sont issus des ses difficultés psychiques anciennes et infantiles non résolues, qui trouvent à être réactivées par l'adolescence, la maternité et la présence de l'enfant. L'arrivée de l'enfant offre de nouvelles voies psychiques et les moments de crise sont liés aux réaménagements narcissiques et objectaux, ce qui fait de la maternité un moment souvent favorable pour engager une prise en charge globale.

Dans ces deux situations, l'équipe soignante se partage les deux membres de la dyade dans une approche spécifique. D'un côté, une équipe de la petite enfance garantit les soins fondamentaux aux bébés ainsi qu'un éveil psychomoteur adapté à ses compétences et à son âge. En parallèle, une autre équipe intervient auprès des mères. Tranquillisés par la prise en charge du bébé, ces professionnels se consacrent essentiellement à accueillir les différents mouvements psychiques de la mère.

La complémentarité entre une équipe de soins présente au quotidien et une équipe psychosocio-éducative constitue l'originalité du travail à l'Hôpital Mère-Enfant de l'Est Parisien. La permanence de cette dernière permet d'accompagner et de soutenir l'amélioration des conditions environnementales de la famille dans un cadre sécurisant. La question de la sortie est toujours un facteur d'angoisse pour les mères.

La triple référence auprès de chaque dyade, psychologue, assistante sociale et éducatrice spécialisée, favorise l'établissement d'un lien tiers entre le soin quotidien engagé par les mères et les relations avec l'extérieur, partenaires et familles. Le suivi psychologique permet aux mères d'élaborer sur ce qu'elles vivent au quotidien et de faire des liens avec leur histoire personnelle. Le travail socio-éducatif vient ainsi renforcer les réajustements cliniques qui s'opèrent, en prenant en compte les besoins de la dyade pour une sortie la plus adaptée possible. En offrant des espaces spécifiques aux différentes problématiques rencontrées par les mères en sus des aspects cliniques, le travail psycho-socio-éducatif soutient la dynamique de soins. Il prend une fonction de tiers entre deux réalités, hospitalière et extérieure, équilibre subtile et nécessaire au sein d'un service de moyen séjour.

Cette prise en charge précoce de la maternité a valeur préventive pour éviter un basculement sur le versant pathologique aussi bien pour la mère, pour l'enfant, que pour la relation mère-enfant.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Bydlowski M. (2000). L'entrée dans l'âge adulte à l'épreuve de la première maternité, *Adolescence*, 18 : 605-620.
- [2] Cazas O. (2005). La régression dans les unités mère-bébé, *Le Coq Héron*, 4(183) : 138-146.
- [3] Donnet J.-L. & Green A. (1973). *L'enfant de ça*. Paris: Editions de Minuit.
- [4] Fairberg S. (1981). Mécanismes de défense pathologiques au cours de la petite enfance. *Devenir*, 5(1), 7-29, 1993.
- [5] Godfrind J. (2001). *Comment la féminité vient aux femmes*. Paris: Broché.
- [6] Guyomard D. (2009). *L'effet-mère : l'entre mère et fille, du lien à la relation*. Paris: PUF, Petite bibliothèque de psychanalyse.
- [7] Konicheckis A. (2006). Grossesse à l'adolescence, aire du culturel et tissage des liens précoces. *Adolescence*, 55 : 175-188.
- [8] Kreisler L. & Cramer B. (1981). Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. In S. Lebovici, R. Diatkine & M. Soulé, *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* Paris: PUF, Tome II, 649-679.
- [9] Le Poulichet S. (1987). *Toxicomanies et psychanalyse. Les narcoses du désir*. Paris: PUF, 2002.

- [10] Miller J-A (1989). Clôture. *Le toxicomane et ses thérapeutes*, Paris: Analytica, Navarin Editeur.
- [11] Missonnier S. La relation d'objet virtuel et la parentalité ingénue. *Adolescence* 2004, 22(1) : 119-131.
- [12] Molénat F. (1992). *Mères vulnérables*, Paris, Stock.
- [13] Olievenstein C. (1987). *La clinique du toxicomane*. Paris: Editions universitaires.
- [14] Racamier P.-C. (1979). La maternalité psychotique, *De psychanalyse en psychiatrie. Etudes psychopathologiques. Travaux réunis*. Paris: Payot, 193-242.
- [15] Rouveau F, Sfeir M.-L. (2013). Comment s'inscrivent la grossesse et la maternité... dans le développement des adolescentes ?, in Bauby C, Suesser P, *Les enjeux du développement de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, Eres, 163-184.
- [16] Rouveau F, Pommier F. (2014). Maternité et toxicomanie : le suivi psychothérapeutique lors d'une hospitalisation conjointe mère-enfant, *Bulletin de psychologie*, 67(5) : 421-426.
- [17] Stern D. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris: PUF, Le Fil rouge, 1989.
- [18] Winnicott D.-W. (1954). Repli et régression. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris: Payot.
- [19] Winnicott D.-W. (1956a). La préoccupation maternelle primaire. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris: Payot, Petite bibliothèque Payot, 1975, 168-174.
- [20] Winnicott D.-W. (1963). De la régression considérée comme thérapie. *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris: Payot, 334-352.