

« Tourments Maternels »

Le 18 mai 2026 l'association DAPSA, financée par l'ARS Ile de France, a organisé à Paris une matinée de Chantier dans les locaux de l'ASM 13. Retour sur cet événement intitulé « Les tourments maternels »

Depuis sa création, le Dapsa intervient régulièrement pour des situations où les adultes peuvent être en difficulté dans leurs relations avec les professionnels, entre autres, du fait d'état de souffrance psychiques. Ces difficultés sont régulièrement repérées par des professionnel·les intervenant au titre d'autres dimensions : le suivi de grossesse, l'accès au droit, l'hébergement, l'éveil, le développement ou la protection du jeune enfant, par exemple. Et bien souvent, ces souffrances impactent le travail de ces équipes, qui peuvent alors avoir besoin de partenaires, avoir besoin d'ouverture pour ne pas rester isolées face à ces problématiques.

Des recommandations et stratégies de santé publique viennent souligner cette nécessité de repérer plus systématiquement la souffrance psychique en périnatalité. Notamment en construisant des parcours d'orientation gradués en fonction des souffrances et des pathologies identifiées. Et plus largement en appelant les professionnels de périnatalité à la vigilance quant à ce sujet. Mais l'accès aux soins psychiques ou psychiatriques n'a rien d'évident : les dispositifs sont souvent saturés, ils présentent des conditions d'accès et des temporalités d'interventions spécifiques, les familles concernées ne sont pas toujours demandeuses de ces accompagnements potentiellement méconnus et elles, comme les professionnel·les, peuvent avoir en tête d'autres besoins d'accompagnements (insertion, accès au logement, soins somatiques, aide éducative, appui à la parentalité, ...).

C'est pourquoi nous avons souhaité permettre aux professionnel·les de découvrir, ou d'actualiser leurs connaissances du travail de celles et ceux qui accueillent les femmes tourmentées par la maternité. Nous espérons que cette matinée soutiendra l'intérêt des professionnel·les pour ce travail et les aidera à présenter ces soins aux familles concernées. Et pour celles et ceux qui interviennent déjà, depuis d'autres

dispositifs, sur ce sujet des tourments maternels, nous espérons que l'événement nourrira leurs réflexions et leurs pratiques.

Nous avons donc invité le Dr Sarah Stern qui est psychiatre, autrice du livre « Les patientes » où elle revient sur ses années d'exercice à l'Unité de Psychopathologie Périnatale de Saint Denis. Et trois professionnel·les de l'équipe de l'Unité Parents-Bébés de l'hôpital du Vésinet : Maëlle Cazalis et Cédric Mortain qui sont psychologues et Anne Guitard qui est assistante sociale.

150 personnes se sont inscrites, la salle ne pouvant accueillir que 100, il n'a pas été possible d'accueillir tout le monde. Finalement 75 professionnels étaient présents. Un public composé pour un tiers de psychologues, pour un tiers de travailleurs sociaux (ES, AS, EJE) et pour un tiers de responsables d'équipes, de puéricultrices, d'infirmières, de médecins, de sages femmes, de psychomotriciens. La plupart des professionnel·les qui étaient présent·es exercent en pédopsychiatrie, maternité, en centre maternel, en PMI, en crèche. D'autres équipes, moins nombreuses, étaient représentées, parmi lesquelles des CAMSP, des dispositifs d'addictologie, d'hébergement, d'HAD pédiatrique, de psychiatrie, de protection de l'enfance, ...

Intervention de Sarah Stern

Le Dr Sarah Stern s'est appuyée sur sa pratique de médecin psychiatre à la maternité de Saint Denis pour mettre en avant quelques points saillants de l'accueil de la parole des femmes à l'hôpital, quand elles y viennent en tant que (futures) mères.

L'accueil fait de l'effet et change le destin des familles.

En ouverture de son propos, Sarah Stern présente la période de maternité comme une opportunité de liens avec le monde des soins, incluant potentiellement les soins psychiques. La grossesse n'est pas une maladie, mais elle amène les femmes enceintes à aller vers l'hôpital. Un moment de rencontre avec l'hôpital, le service public et ses équipes, ses codes, son fonctionnement, les valeurs qu'il véhicule.

Les patientes reçues à l'hôpital de Saint Denis, ville populaire et multiculturelle, à la maternité et à l'Unité de Psychopathologie Périnatale (UPP),

viennent de divers horizons. Beaucoup n'ont pas d'ancrage local, beaucoup sont arrivées récemment sur le territoire ou en tout cas peinent à s'y inscrire durablement. Sarah Stern souligne la tension paradoxale induite par l'universalisme de l'hôpital public : accueillir tout le monde sans distinction implique la nécessité de s'adapter à chacun·e en tenant compte de leurs histoires, de leur vécu, de leurs ressources, de leur culture. Or chercher à offrir à toutes et tous la même qualité de soins sans distinction relatives aux particularités de culture, d'âge, de genre, peut conduire à *gommer les singularités*.

Offrir à chaque patiente une qualité de soins équivalente ne signifie pas qu'il faudrait consacrer à toutes le même temps d'écoute, ni dire les mêmes choses. Pour celles qui partent de plus loin, le chemin vers les soins est logiquement plus long. Car il faut d'autant plus de temps pour réussir à se rencontrer, à se comprendre, à se faire confiance, que la distance entre patient·es et professionnel·les est élevée. Ne pas partager les mêmes conditions matérielles d'existence, ni les mêmes perspectives d'insertion, ni la même langue ni la même culture, nécessite pour les professionnel·les comme pour les patient·es un effort d'adaptation duquel naît l'occasion d'engager des soins parfois pour la première fois. L'expérience d'être écoutée, puis entendue par un représentant de l'hôpital public, un hôpital du pays où elles sont arrivées, parfois de manière chaotique, souvent dans des conditions éprouvantes, est une expérience avant tout humaine du « faire lien ».

Pour un traitement maternel des effets de l'exil.

L'UPP intervient en période périnatale et son intervention se situe au carrefour de la périnatalité, du devenir parent et d'une clinique des *traumatismes non élaborés*. Souvent, les patientes accueillies, sans présenter de pathologies psychiatriques, souffrent de troubles anxieux induits par leur dénuement, leur insécurité, leur parcours de vie et d'exil, les ruptures et les craintes de répétition. Les troubles du sommeil, les troubles alimentaires, les difficultés dans le lien à l'enfant, sont fréquents. En langue savante, on parle d'effets iatrogènes provoqués par des facteurs environnementaux. L'angoisse est ici abordée comme une réaction normale à un vécu périlleux, c'est-à-dire : accueillir un enfant, souvent seule, sans

ressource, sans ancrage spatial ni relationnel, en cherchant des solutions à des problèmes qui ne devraient pas en être (quand et quoi manger, ou aller, ou dormir, ou être en sécurité... ?) et qui troublent le rapport au temps, et donc à la relation aux autres qui ne sont pas pris dans cette temporalité-là, de l'urgence du besoin.

Indépendamment des différences de destins, la période périnatale s'accompagne pour toutes les femmes d'un risque accru de développer des troubles psychiques. Ceux-ci sont multipliés par trois en post partum selon la littérature psychiatrique. Dans ce contexte, garder des interlocuteurs stables est primordial pour limiter ce risque, d'autant plus pour les patientes en marge des systèmes d'aides et de soins. *On n'a jamais un bébé toute seule.* Or si les patientes changent de lieux et d'interlocuteurs à tout bout de champ, il n'y a plus de communauté. Et plus d'enveloppe soignante.

Pouvoir dire « ma maternité, ma sage-femme, ma psychologue », c'est déjà s'inscrire quelque part. C'est rendre possible une relation de soin. Le fait que les patientes puissent se sentir connues, attendues et légitimes à l'hôpital public conforte l'hôpital dans sa fonction soignante. Il est ainsi nécessaire que l'organisation des équipes, le fonctionnement institutionnel, permette cette continuité relationnelle. Ces relations de soins, même si elles restent transitoires, rendent possibles les changements d'interlocuteurs inhérents au travail en équipe. Cela implique un lien de confiance suffisamment consistant pour qu'un-e professionnel-le puisse présenter la patiente à d'autres collègues, en limitant le risque que cela ne soit vécu comme une rupture, voir un abandon. Pour que les dispositifs de soin n'éprouvent pas davantage les patientes, ils doivent être en mesure de créer du lien et de le faire exister dans et avec l'équipe, comme un tissu social propre à l'hôpital et dont la patiente va pouvoir faire partie.

Comme évoqué plus haut, découvrir l'hôpital c'est découvrir une culture, des représentations, la citoyenneté et un certain rapport au destin. Parfois, ce qui ailleurs peut être une fatalité relève ici d'un choix : poursuivre ou non une grossesse, recourir à une IVG ou à une IMG, ces questions au croisement de l'intime et du sociétal qui se posent en

maternité autorisent pour les femmes un autre rapport au destin. Et ceci est valable pour d'autres sujets qui peuvent être abordés en consultation : le corps, la souffrance, la sexualité, le père, la monoparentalité, le deuil ...

Rencontrer les patientes à la maternité invite le soignant à découvrir le monde singulier dans lequel elles ont construit leur identité de fille, de femme, de mère. L'importance des coutumes et traditions qui régissent le fonctionnement familial est à prendre au sérieux et à investiguer avec les patientes afin de leur permettre d'envisager les changements que leur exil produit sur le système familial et sociétal dans lequel elles vivaient jusque-là.

Un système symbolique s'appuie sur un contexte coutumier en vigueur dans certains territoires. Il peut devenir un carcan vide lorsque qu'il repose sur un réel différent de celui où il a été initialement pensé. Sarah Stern le démontre remarquablement avec l'exemple du lévirat, pratique coutumière par laquelle une femme endeuillée de son mari épouse le frère de celui-ci, afin de rester dans la lignée de la famille paternelle et offrir protection à ses enfants orphelins de père. Si l'Etat français offre cette protection aux enfants, ce mariage automatique redevient une question de choix. Et la question du désir peut se reposer.

Accueillir en maternité une femme qui vient d'ailleurs oblige le thérapeute à tenter de comprendre une partie du monde d'où elle vient, et à ne pas s'incliner, sous couvert de laïcité, devant le poids des traditions en incarnant, pour sa patiente, la possibilité d'une réflexion sur ce que sa migration change pour elle, dans le lien social.

Pour que l'hôpital demeure une institution passeuse de valeurs, il est nécessaire de disposer d'espaces pour que les professionnel-les puissent expliquer le fondement des pratiques de soins qui y sont déployés ; et pour que les patientes puissent aborder pourquoi ce qui leur est proposé peut venir percuter leur système de croyance, venir les mettre en situation de transgression par rapport à leurs traditions. C'est en prenant le temps de la relation que ce sentiment de transgression peut être déconstruit, que les propositions peuvent faire sens, devenir acceptables et permettre qu'une alliance thérapeutique advienne.

Construire du commun.

Partager un projet commun a des vertus thérapeutiques. A Saint Denis, les professionnel-le.s ont pensé la création d'une association regroupant soignant.es et patientes autour du projet de mise à disposition d'un trousseau de naissance. L'association fabrique un lien communautaire, une appartenance concrète à un projet partagé, à travers le partage du statut d'adhérente et à travers la possibilité pour les femmes de devenir aidantes après avoir été bénéficiaires des trousseaux pour leur bébé. Une transmission qui inclut plus que du linge ! Et partager autant que possible la langue française, même avec des niveaux de maîtrise disparates. Sarah Stern a expliqué que beaucoup de patientes parlent français, mais secondairement et que cela peut être questionnant pour ce qui est du travail psychique dans une langue limitée. Elle défend l'idée que *tant pis*, que s'inclure dans une communauté c'est en partager la langue. Quitte à devoir faire des détours par la langue des patientes pour certains mots précis. L'exemple des insultes reçues dans leur langue d'origine et qui peuvent être des blessures difficiles à traduire, parfois sans équivalent en français, révèle parfois l'indicible de la mauvaise estime de soi. Que les thérapeutes se risquent à mal prononcer lesdites insultes peut donner lieu à des moments de créativité cocasse, et en déjouer l'effet mortifère.

A travers sa présentation, Sarah Stern a pu rappeler la fonction soignante mais aussi préventive de la rencontre et du soutien psychique en période périnatale. Pour éviter qu'un vécu traumatique non élaboré ne devienne le terreau d'angoisses impactant la construction des liens familiaux. Levant un tabou de la pensée psychiatrique contemporaine, né du déclin d'influence de la psychanalyse, Sarah Stern rappelle que ces souffrances, si elles ne sont pas prises en compte, pourraient constituer la psychogenèse de troubles chez les enfants.

**Intervention de
Maëlle Cazalis, Anne
Guitard et Cédric
Mortain**

Les trois professionnel.le.s de l'Unité Parents Bébé du Vésinet ont choisi de répondre à la sollicitation du Dapsa par une présentation clinique fine et détaillée d'un travail pluridisciplinaire, en équipe, d'abord auprès de la femme enceinte et ensuite après du groupe familial. Ils nous ont fait le récit à trois voix de l'accompagnement d'une jeune femme enceinte de 18 ans et de celui de son compagnon. Pour elle, la demande avait été portée par une équipe de l'ASE. Cette équipe présente au titre d'un contrat jeune majeur avait construit avec elle un projet d'accueil en centre maternel. La demande d'admission au Vésinet répondait à un besoin de soin préalable repéré par l'équipe du centre maternel. Une admission au Vésinet permettait aussi de mieux évaluer la situation et de mieux comprendre si l'accueil en centre maternel serait adapté aux besoins de Madame. Les éducateurs de l'ASE ont partagé avec l'équipe du Vésinet l'histoire de la patiente. Ils ont également évoqué son compagnon et futur père de l'enfant à naître et la manière dont ils l'avaient abordé.

De manière parallèle, l'équipe a décrit l'exploration des mouvements psychiques de la future mère, de la mère, du compagnon, du père et ceux des différent.e.s professionnel.le.s qui ont accompagnés la famille. Elle nous a aussi précisé les différents temps des accompagnements : dans le cadre de l'admission, pendant le séjour, avant et après l'accouchement, à la maternité (Mme Cazalis travaille dans les deux lieux de soins) et dans le cadre de l'hôpital de jour (pour le père de l'enfant). Enfin, l'évolution de la situation et aussi des manières de l'envisager de l'équipe.

Quand Maëlle Cazalis, la psychologue, a rencontré la patiente en consultation, madame inquiétait ne parlait pas du tout du bébé, et prenait la consultation pour ce qu'elle était : un espace pour elle. S'il fallait soutenir l'investissement de l'enfant à naître peut-être fallait-il veiller à ne pas aller trop vite en besogne pour faire exister le bébé ... Au fil de l'accompagnement, la psychologue a observé la permanence du besoin chez cette patiente d'être aussi entendue comme petite fille avant de l'être comme mère.

Si l'enfant à naître était peu évoqué dans le discours de Madame, le père du bébé, y était très présent. Madame parlait beaucoup de son compagnon, qu'elle réclamait, qu'elle présentait comme un support essentiel pour elle. Ce qui était déroutant compte tenu du fait que cet homme de 30 ans suscitait des craintes du côté de l'équipe de l'ASE, que Monsieur avait été tenu à distance de la prise en soins et que l'admission en prénatal visait aussi la protection de la jeune femme vis-à-vis de cet homme.

Anne Guitard, l'assistante sociale, rencontre de son côté une très jeune femme, assez immature, peu investie dans les démarches sociales et indécises dans ses projets notamment sur sa destination à la sortie du Vésinet : un logement social ? Un centre maternel ou parental ? Une autre solution familiale ? Où et avec qui se projeter dans l'avenir ? La patiente restait indécise.

Lors d'une consultation, un passage à l'acte où madame quitte le bureau pour aller téléphoner laissant son bébé aux soins de la psychologue, Mme Cazalis, amène celle-ci et l'ensemble de l'équipe à repenser l'importance du relais et de la présence d'un tiers pour épauler la mère.

Cette idée chemine au sein de l'équipe. Une approche différente du père se développe. L'équipe observe que Madame s'appuie sur Monsieur quand elle traverse des moments difficiles, qu'elle réclame ses visites et que Monsieur semble pouvoir répondre présent.

Les professionnels-les observaient que si, sur le plan intellectuel, la mère semblait être consciente d'avoir besoin d'appuis, en revanche, émotionnellement, elle prenait très mal les observations des distorsions d'accordage entre elle et son bébé.

Trouver un mode de rencontre ajustée au service et à Monsieur a pris du temps. Monsieur est finalement reçu par la psychologue dans le cadre de l'hôpital de jour. Cédric Mortain le rencontre, au sein de l'espace d'hospitalisation de jour après la naissance de son bébé. Monsieur lui apparaît alors comme un homme introverti et fragilisé, conscient d'être sujet à des préjugés (violent, intrusif, manipulateur). Il exprime la souffrance de se sentir mis à l'écart par les professionnel-les des projets concernant son bébé. Suite à ce premier entretien, un travail de soutien à la parentalité lui est proposée.

Cet accompagnement a permis à ce père de développer ses capacités d'adaptation et d'accordage aux besoins de son bébé. Le travail thérapeutique, l'intérêt et l'écoute de ce père lui ont progressivement permis de rencontrer son bébé. Cette évolution du contexte, a aussi rendu possible une rencontre du père dans sa spécificité.

Cédric Mortain parle d'un travail sur le *contre-transfert institutionnel*. Les éléments d'inquiétudes transmis par les partenaires et l'accumulation de situations cliniques impliquant des géniteurs peu sympathiques génèrent parfois un biais de représentation des pères. L'équipe avait également à l'esprit l'avantage qu'aurait pu représenter pour monsieur le fait d'être père d'un enfant français. Le travail clinique, les observations ont permis d'aller à la rencontre du père dans sa réalité singulière.

Avec la naissance, l'accompagnement a aussi intégré un nouveau petit patient, sujet d'attention voire de vigilance.

Initialement au centre de la situation, la jeune femme a dû composer avec une attention des professionnel-les qui s'est petit à petit décentrée de sa situation, de ses tourments, pour intégrer le bébé et le père.

Si l'évolution des parents, a permis de faire évoluer la perception de la situation par les équipes, notamment celle du centre maternel qui a ainsi pu imaginer accueillir cette triade, l'équipe du Vésinet a tenu à rappeler que l'observation du bébé et sa prise en compte reste central dans les réflexions.

L'équipe du Vésinet a souligné l'importance du travail avec les partenaires en amont et en aval de l'admission de Madame. En amont : les des éducateurs présents au titre du Contrat Jeune Majeur. Madame étant peu investie dans ses démarches d'insertion sociale, leur présence était perçue comme précieuse par l'équipe de l'hôpital. En aval, les réunions mensuelles mises en place entre l'hôpital, le centre maternel pressenti pour intervenir par la suite et les éducateurs de l'ASE ont permis de travailler à l'évolution de la perception de monsieur et de ses qualités parentales. Un financement complémentaire pour l'accueil conjoint des deux parents avec le bébé a été demandé.

Discussions

A travers cette présentation, les professionnels du Vésinet ont partagé beaucoup de questionnements institutionnels, dont la portée a pu dépasser la situation clinique présentée, pour être partagée collectivement. Avec le public et avec Sarah Stern plusieurs dimensions ont été questionnées. Les articulations entre les différents espaces thérapeutiques et les tensions entre la temporalité psychique de la patiente, la temporalité institutionnelle et la temporalité dictée par l'avancement de la grossesse et la naissance du bébé ont été discutées. La situation a permis d'illustrer le cheminement des réflexions à propos du cadre thérapeutique et de son évolution, initialement dévolue à une jeune femme, vers un espace dans lequel elle est mère et désormais attendue en tant que donneuse de soins et support psychique. Après la naissance, elle n'est ainsi plus la seule à être sujet de soins. Ni d'ailleurs la seule donneuse de soins car ce rôle est également celui du père et de l'équipe soignante. « On n'a jamais de bébé toute seule » disait Sarah Stern en début de matinée...

La situation a montré comment l'équipe observe et accompagne la mère et ses différents mouvements psychiques parfois contradictoires. Ces ambivalences témoignent du travail psychique en cours, au rythme de la patiente, mais qui est comme pressé par l'imminence de la sortie d'hospitalisation dont il convient de s'assurer qu'elle soit suffisamment sécurisée pour le bébé et sa famille.

Cela a donc été l'occasion de s'interroger sur la façon dont le travail thérapeutique se déploie, en prenant en compte les observations cliniques réalisées au fur et à mesure de l'hospitalisation.

Ce récit intégrait le travail clinique en lien avec les différents services et les partenaires extérieurs- le centre maternel, les éducateurs de l'ASE, l'hospitalisation prénatale puis postnatale, l'hôpital de jour. Il dresse ainsi un portrait complexe et dynamique des patients, qui permet de ne pas rester sur une image figée, qui encourage à davantage tenir compte des évolutions constatées, d'adapter le projet d'accueil à la triade et à être attentives à la continuité au fil des prises en charge.

Bilan de la matinée

En questionnant les participant-es à l'issue de l'événement il ressort que le public a particulièrement apprécié que le

contenu, les propos des intervenants, soient adossés à des exemples cliniques concrets, faisant écho au vécu professionnel des personnes présentes. Des retours suggèrent de faire du temps de pause un moment de rencontre partenariale un peu plus formalisé en imaginant des modalités qui permettraient au public d'identifier qui est qui et pouvoir se rencontrer plus facilement. Des suggestions que nous tenterons de réaliser lors d'un prochain chantier car elles correspondent à une vision du travail en réseau que souhaite promouvoir le Dapsa : partager des expériences qui fabriquent le savoir, et soutenir les interconnaissances entre celles et ceux amenés à rencontrer, avec des rôles différents, des familles en souffrance en période périnatale.