

Conjugaison(s)¹

« Tout ça, c'est une question de temporalités », déclaration, abrupte, de Nathalie Le Bot, pour débiter le séminaire interne de l'équipe du DAPSA² alors que cela faisait à peine une semaine que nous avons décidé d'accepter d'écrire un article pour ce numéro de *Connexions*.

Notre présentation ne sera donc pas théorique, elle tentera plutôt de rendre compte de notre tentative de construction d'un dispositif permettant d'articuler des temps a priori (et a posteriori d'ailleurs) antinomiques. Travailler à créer un espace de pensée pour les membres d'une famille, ou pour des professionnels c'est créer un temps suspendu. Il ne s'agit pas de trouver un consensus, mais bien de permettre un échange – autrement dit de passer du conflit au débat. Nous apprenons à faire avec ce qui contraint l'autre, sans forcément nous y opposer.

Mais dans un moment d'évolution technologique et politique où procédures et immédiateté se confondent pour écarter le temps de l'incertitude, du doute, de la création, comment résister, trouver les artifices qui permettent de respecter ces espaces interstitiels où ira se nicher l'émergence d'une pensée ?

Le DAPSA est un réseau francilien ayant pour mission de favoriser l'accès et la continuité des soins quand les parents, ou futurs parents, souffrent de troubles psychiques et/ou somatiques, notamment en lien avec une consommation problématique de substances psycho-actives, licites ou illicites. Le DAPSA intervient pendant les périodes pré- et postnatales, en direction de femmes enceintes, de futurs pères, de parents et de leurs enfants jusqu'à l'âge de trois ans.

Permettre un accès aux soins ne se limite pas aux aspects économiques, ni même réglementaires, même si ces points ne sont pas à négliger. Le DAPSA se concentre plus sur les obstacles intimes, les points qui vont faire résistance à la proposition de soins faite par le professionnel de proximité.

En tant que réseau, le DAPSA s'adresse aux professionnels mais dans le cadre de l'accès aux soins, il a également développé « une équipe mobile³ » pouvant intervenir directement auprès des groupes familiaux⁴.

Marijo Taboada, psychiatre, mj.taboada@wanadoo.fr

¹ Je remercie les membres du DAPSA qui ont contribué à la rédaction de cet article : Tommy Caroff, chef de projet, Stéphanie Detrez, psychomotricienne, Nathalie Le Bot, sage-femme, Catherine Machi, éducatrice spécialisée, Cécile Peltier, éducatrice spécialisée, Rosine Réat, psychologue clinicienne.

² Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires.

³ L'équipe du DAPSA est composée d'une psychiatre, une psychologue clinicienne, une sage-femme, deux éducatrices spécialisées et une psychomotricienne. Toutes ces personnes peuvent faire partie d'une équipe mobile dont la composition est adaptée à chaque situation familiale.

⁴ Le DAPSA est financé par l'ARS Île-de-France ; son équipe mobile est financée par l'ARS et le département de Paris. Le DAPSA a également développé une antenne en Seine-et-Marne, financée par l'ARS Île-de-France. La Fondation de France soutient régulièrement des actions expérimentales du DAPSA, dont l'action de la psychomotricienne.

L'accès aux soins peut concerner l'adulte et/ou l'enfant, voire les deux, et ses objectifs sont :

- favoriser l'articulation et la coopération des professionnels intervenant auprès d'adultes ou d'enfants membres d'un groupe familial avec un enfant à naître et/ou un enfant de moins de trois ans, lorsque l'un d'entre eux est touché par des affections somatiques et/ou psychiques, pendant une période de changement ou de crise ;
- développer une culture commune par la création d'un espace de rencontres et d'échanges pour les professionnels confrontés à des prises en charge complexes ou semblant dans l'impasse, ainsi qu'une information sur les partenaires relais existant, des formations sur site ou des ateliers de travail et d'élaboration⁵.

Tommy Caroff nous en fait une description plus précise qui met l'accent sur ces questions de temporalités : « Pour le DAPSA, Il s'agit d'accompagner des groupes familiaux en intégrant les problématiques de santé de chacun de leurs membres et en coordonnant les prises en charges auprès des différents professionnels concernés par l'accompagnement d'une même famille. Le réseau mène également des missions d'information et de formation auprès des professionnels des différents champs concernés par les problématiques de périnatalité, de santé mentale, d'addictions et de petite enfance (maternités, services de néonatalogies, CAMSP, centres maternels, pouponnières, ASE, MDS, psychiatrie adulte et infanto juvénile, ELSA, CSAPA, CAARUD, PMI, HAD⁶ pédiatrique...).

Pour mener à bien ces missions, les professionnels du DAPSA travaillent avec les professionnels en charge des familles incluses dans le réseau et peuvent également intervenir directement auprès de ces mêmes familles. L'action comporte donc deux volets, l'un centré sur les professionnels (coordination de soins, concertations pluridisciplinaires), l'autre centré sur les patients (équipes mobiles d'évaluation et d'orientation). L'objectif est ainsi de favoriser l'accès aux soins des familles incluses dans le réseau, en travaillant avec les familles et les professionnels à la mise en place de projets de santé, intégrant les différentes problématiques des familles, des soignants et des autres professionnels intervenant auprès de ces familles.

En tant que réseau d'accès aux soins, le DAPSA est amené à travailler avec des professionnels variés et oeuvrant dans des champs différents (périnatalité, petite enfance, addictions, santé mentale, hébergement, protection de l'enfance...).

Partenariat et travail en réseau, l'expérience du DAPSA

Certains professionnels prenant en charge l'adulte, d'autres l'enfant, et chacun selon des problématiques et des philosophies d'action qui leur sont propres, le travail du DAPSA consiste souvent à organiser ou prendre part aux concertations pluri professionnelles et pluri-institutionnelles.

Permettre à des professionnels de formations différentes, intervenant dans des institutions de cultures différentes (en termes de moyens, de gouvernance, de priorité, de champs d'intervention, d'usagers, de philosophie d'action...) et prenant en charge des

⁵ Extraits de la plaquette de présentation du DAPSA

⁶ CAMSP : centre d'accueil médico-social précoce ; ASE : Aide Sociale à l'Enfance ; MDS : Maison des Solidarités ; ELSA : Équipe de Liaison de soins en addictologie ; CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ; CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues ; PMI : Protection maternelle et infantile ; HAD : Hospitalisation à domicile.

publics différents, parfois vulnérables (des adultes, des enfants, des nouveau-nés, des personnes souffrant d'addiction, des personnes souffrant de troubles psychiques...), de travailler ensemble, suppose que chacun puisse entendre et comprendre ce que fait l'autre. Les professionnels ont parfois l'impression que « les autres ne savent pas regarder », il n'est pas toujours aisé de comprendre les choix des partenaires en fonction de l'endroit d'où l'on regarde, si l'on ne dispose pas de tous les éléments ayant motivé une décision. Le travail peut ainsi prendre la forme d'une traduction, parfois d'une médiation et, en tous les cas, d'une mise en commun de ce que chacun fait autour d'une même famille afin de co-construire avec les professionnels, d'une part, et les familles, d'autre part, un projet qui puissent intégrer les priorités, contraintes et besoins de tous.

Pour cela, il est nécessaire de pouvoir aller vers les autres, de comprendre ce qu'ils font et pourquoi ils le font, il est nécessaire de pouvoir reconnaître en son sein ses propres limites ou carences afin de pouvoir faire appel à une extériorité qui peut s'avérer utile, parfois indispensable. Tout le monde n'est pas compétent pour tout faire et c'est pour cela que les établissements et les professionnels sont spécialisés. Travailler en partenariat peut générer des frictions, des incompréhensions. Les différentes prises en charges peuvent parfois être contradictoires et les patients peuvent être l'objet de discours incompatibles.

Travailler en réseau nécessite une connaissance réciproque (qui/que sont les partenaires ? Que peuvent-ils faire ?) et une reconnaissance réciproque (pourquoi font-ils comme ça ? Comment le font-ils ? Selon quelles modalités, quelles priorités, quelles contraintes ?). Il y a donc deux temps dans l'animation d'un réseau. Tout d'abord un temps long, déconnecté des situations cliniques, qui doit permettre de se rencontrer en dehors des enjeux de prise en charge, pour expliciter son travail aux partenaires et permettre aux autres, si ce n'est d'adhérer, de comprendre ce qui est fait et pourquoi cela est ainsi fait. Ce travail de présentation réciproque permet bien souvent de relativiser les reproches communément adressés aux partenaires, d'être plus indulgent à l'avenir à l'égard de partenaires dont on peut alors mieux percevoir les contraintes et limites.

Ce premier temps est également l'occasion de partager ses pratiques et de mettre en commun ses expériences afin de réfléchir ensemble à un positionnement professionnel adapté vis-à-vis des patients, non pas dans un but d'uniformisation mais plutôt dans un souci d'acceptation de l'altérité. Les partenaires ont un versant institutionnel et un versant « métier ». Cela suppose un travail de traduction, de médiation, de clarification des missions, priorités, possibilités et limites de chacun. Un important travail sur les représentations de chacun doit être mené. Souvent, les problématiques d'aide sociale à l'enfance, de parentalité ou de santé mentale sont diluées dans l'addiction qui « envahit tout l'espace de pensée ». Comment penser la problématique familiale, entre partenaires, dans son ensemble, sans que les consommations n'empêchent de développer une réflexion clinique collective ? Travailler l'interculturalité est indispensable. Si les professionnels n'entendent pas les inquiétudes des autres institutions, en raison d'un manque de connaissances de ce qu'elles vivent, ou d'une mauvaise représentation de ce qui fonde leurs interventions, alors le travail de concertation risque d'être mis à mal. C'est pourquoi il est important que tous se ménagent des espaces de conversation communs.

Le second temps est celui du réseau ad hoc, c'est-à-dire celui qui se construit autour d'une situation clinique, selon une forme singulière à chaque fois, en fonction des besoins

des membres du groupe familial, en fonction des partenaires déjà au contact de la famille. Ce réseau ad hoc est donc mouvant, certains peuvent sortir de la concertation et d'autres y entrer en fonction de l'évolution des situations cliniques. Les concertations pluridisciplinaires permettent alors au groupe de professionnels concernés de tenir le fil de la situation en échangeant sur ce qu'ils font, ce qu'ils observent, ce qu'ils envisagent de faire. Le terme de coordination clinique laisse entendre à certains un dessaisissement de leur prise en charge. Pour certains partenaires, la coordination suppose un rôle de supervision. C'est pourquoi il est préférable de parler de concertation dans la mesure où cette mise en lien n'a ni vocation à porter collectivement les décisions, ni vocation à se substituer aux décideurs naturels que sont tous les professionnels, concernant les missions et les problématiques qui sont les leurs. La concertation doit permettre à chacun de prendre une décision concernant son propre travail, en lui permettant d'intégrer dans sa réflexion les observations des autres professionnels. Il y a donc certains écueils à éviter, la concertation ne doit pas être le lieu d'un grand déballage autour de la biographie d'une famille. Tous les professionnels n'ont pas besoin de tout savoir (c'est d'ailleurs pour cela que les professionnels du DAPSA qui accompagnent les familles en visite à domicile ne participent pas aux concertations, auxquelles sont envoyés d'autres membres de l'équipe) et les règles du secret professionnel et du secret partagé doivent pouvoir s'appliquer.

Il apparaît important que les professionnels ne précèdent pas les patients, en construisant à leur place un projet que les familles ne pourront mener à bien en raison de leurs difficultés. Bien souvent il faut entreprendre un travail autour de la non-demande de soins, ce qui suppose d'accepter de s'adapter aux temporalités (il convient de rappeler que les temporalités des parents et des enfants ne sont pas toujours harmonieuses) et aux capacités des familles afin que celles-ci ne soient pas placées dans une position d'échecs répétés faisant courir le risque d'un rejet ou d'une désaffiliation vis-à-vis des dispositifs qui pourraient leur convenir. Ceci suppose de mettre en place un travail d'élaboration du projet et avec les familles et avec les professionnels concernés.

Travailler en réseau doit relever d'une attitude volontariste et être porté par un modèle de gouvernance ouvert sur l'extérieur. Les professionnels doivent pouvoir se ménager des temps de rencontres et doivent disposer des informations nécessaires à l'exercice de la concertation, à savoir les règles du secret professionnel et du secret partagé.

Cette même expérience fut présentée de façon plus clinique par Cécile Peltier lors d'une journée de travail AHPH-DASES⁷ en novembre 2012 :

(...) Qu'est-ce qu'on fait maintenant ? Nous allons tenter de regarder et de comprendre si ces gens se côtoient et ce qu'ils peuvent bien faire ensemble... nous regarderons cela depuis notre lorgnette du DAPSA, qui est un réseau de santé, un réseau de professionnels, un réseau d'acteurs...

Vous ne savez peut-être pas encore bien ce que c'est... Mais ça va venir...

Regardons d'abord d'un peu plus près qui sont ces acteurs ?

Différents professionnels, c'est-à-dire des gens avec des métiers, des pratiques et des noms : obstétriciens, sages-femmes, pédiatres, puéricultrices, psychologues, assistants-sociaux, mais aussi TISF (qu'est-ce que c'est ?) éducateurs, psychiatres, addictologues

⁷ AHPH : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ; DASES : Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (Paris)

(oui...) CESF (qu'est-ce que c'est encore ?) Juge des enfants, JAF (quoi ?) EJE (mais encore ?) médecin généraliste, bénévole⁸ ...

Parlant des langues différentes (quiz : qui peut me dire ce que veut dire ?) : RSA, AEMO, MAP, IP, OD, OPP, AAH, CMU, AME⁹ ...

Et exerçant dans différents services : hôpital, maternité, palais de justice, on voit à peu près... mais aussi centre d'orthogénie, PMI, CAARUD, CRIP (cellule départementale de recueil et d'évaluation des informations préoccupantes), CMP (centre médico-psychologique), CSAPA, ASE, SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation), CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce), UME (unité mère-enfant)... c'est déjà moins clair parfois.

Une des appellations les plus obscures étant probablement quelque chose qu'on appelle un réseau !!!

Ce qui donne cela : si vous proposez à madame Olive d'aller voir l'assistante sociale (qui peut être un assistant social), n'oubliez pas de préciser qu'elle doit se rendre au CASVP ou au SSPD (selon la rue où elle habite à Paris) ou à la PSA (si elle erre... toujours à Paris) ou à la MDS (maison des solidarités) dans le 91 ou le 77, à L'EDS (espace départemental des solidarités) dans le 94 ... j'arrête là !! À moins que vous ayez une assistante sociale dans votre service, ce qui simplifie le problème... pour vous. Pour madame Olive... on ne sait pas...

Donc, des acteurs qui exercent leurs talents dans des configurations diverses et que madame Olive rencontre au moment où elle devient mère, pendant la grossesse et pendant les premières années de vie de son enfant. (...)

C'est dire qu'avant même de travailler sur les temporalités, nous avons à faire avec des langages, voire des jargons, support, comme tout langage d'une construction psychique et sociale particulière.

Le temps de l'enfant/le temps du parent ou le temps de grandir/le temps de guérir

La question de l'enfant est dynamique car un enfant n'est pas une entité stable : il n'arrête pas de grandir et de procéder lui-même à des acquisitions, au prix de certains renoncements : il s'agit pour lui de quitter peu à peu le nid familial – qu'on espère sécurisant – pour un grand monde incertain – qu'on espère pas trop moche. Et l'on sait bien maintenant que plus le nid originel a été sécurisant, plus le vaste monde sera appétissant et enrichissant.

Il faudrait donc, dans une vision idéale, soigner un adulte qui est un enfant endolori, accompagner ce parent en devenir vers une parentalité adéquate et soutenir l'enfant afin de prévenir la répétition des dysfonctionnements et qu'il ne devienne pas le parent de son parent. C'est à la construction d'un dispositif soignant suffisamment complexe pour prendre en compte ces trois directions que s'attache le DAPSA.

⁸ TISF : Technicienne de l'intervention sociale et familiale ; CESF : Conseiller en éducation sociale et familiale ; JAF : Juge aux affaires familiales ; EJE : éducateur de jeunes enfants

⁹ RSA : Revenu de solidarité active ; AEMO : assistance éducative en milieu ouvert ; MAP : menace d'accouchement prématuré ; IP : information préoccupante ; OD : overdose ; OPP : ordonnance de placement provisoire ; AAH : allocation adulte handicapé ; CMU : couverture médicale universelle ; AME : aide médicale de l'État.

Dans notre travail de réseau donc, nous rencontrons aussi bien, et si possible en même temps ceux qui sont du côté du soin à l'adulte (qui s'attacherait donc à traiter de l'enfance du patient), ceux qui sont du côté du soin au parent ou futur parent (le patient qui enfante) et enfin ceux qui sont du côté des enfants (l'enfant du patient).

Le travail consiste à écouter et entendre cette polyphonie afin qu'elle ne devienne pas une cacophonie.

Mais si une équipe mobile se met en place, dans le cadre d'un accès aux soins et dans le but de permettre l'élaboration d'un projet de soin par et/ou pour tel ou tel membre de la famille, l'un ou l'autre membre de l'équipe mobile est lui-même pris dans la dynamique de « son » patient. C'est la raison pour laquelle notre dispositif prévoit que l'animateur du réseau travaillant avec les différents professionnels ne rencontre jamais la famille et que les membres de l'équipe mobile ne soient pas en prise directe avec ces professionnels.

Pour peu qu'un espace le permette, il n'est pas rare de constater chez les femmes enceintes un afflux d'affects violents qui les bouleversent d'autant que, le plus souvent, il s'agit d'une grossesse souhaitée, d'une part, et que donc cette violence est d'une certaine façon incompréhensible, et que, d'autre part, elles ont le sentiment d'être des sortes de monstres à ne pas ressentir uniquement du bien-être et de la joie, puisque le discours social dominant nous indique bien qu'il n'y a pas de plus grande joie pour une femme...

Pour une femme, donc, la survenue d'une grossesse et la naissance d'un bébé vont la confronter à toute une série d'interrogations et de réinterrogations sur elle-même. Après avoir réussi avec plus ou moins de bonheur à traverser la puberté et à acquérir à peu près une identité de femme, si tant est qu'on sache vaguement ce que cela veut dire, ce nouvel état va venir de nouveau tout bouleverser, aussi bien sur le plan biologique que corporel et psychique.

Donc il va falloir faire avec ce sentiment d'étrangeté vis-à-vis de soi-même, c'est-à-dire à une relative difficulté à se reconnaître en ce « deux-en-un ». À ce trouble, vont venir s'ajouter des craintes et des inquiétudes quant à la capacité de cette future mère à apporter à ce bébé tout ce dont il a besoin pendant qu'il est encore en elle, mais aussi des inquiétudes et des craintes quant à la capacité d'apporter « tout » ce dont il aura besoin après la naissance.

Rappelons ici ce que nous dit Monique Bydlowski : « En outre, la gestation d'un enfant et la transparence du psychisme qui l'accompagne avivent pour beaucoup de femmes la mémoire de l'origine. Des angoisses primitives, antérieures à l'acquisition du langage, peuvent retrouver une actualité périmée depuis longtemps. »

Cet état est observé chez de nombreuses femmes, et les femmes dépendantes sont à ce titre des femmes comme les autres, à ceci près qu'on va retrouver, ou plutôt qu'elles vont retrouver ces angoisses ou agonies primitives pendant leur grossesse alors que justement c'est le produit qui a apporté une réponse à ça (et je fais référence au « ça » de Groddeck). On ne s'étonnera pas donc qu'on retrouve régulièrement des grossesses dites de découverte tardive. Il est plus probable qu'aux premiers signes de grossesse, un certain nombre de ces femmes, consciemment pour certaines, inconsciemment pour d'autres, mettent de côté ces histoires qui réactivent décidément trop de choses, trop de douleurs.

Donc, d'emblée, nous sommes confrontés à des télescopes temporels, où le présent est infiltré par les tourments du passé et les angoisses du futur.

La réactivation des problématiques infantiles conduit à une tentative de résolution et on peut se trouver confronté à des adultes régressifs, demandant une attention particulière, confondant les besoins de leur enfant et leurs propres besoins.

Le temps des professionnels « enfant » et le temps des professionnels « adulte »

Ce n'est évidemment pas un hasard si c'est une sage-femme qui pointa d'emblée le « problème » des temporalités. En obstétrique, l'organisation du temps se heurte à un immaîtrisable : la conception, la naissance dépendent de forces extérieures mal connues et les professionnels de la naissance ne peuvent que s'adapter¹⁰. C'est un lieu où le temps est à la fois compté (date de la conception, date du terme) et ramassé (le temps de l'accouchement et du séjour, de plus en plus bref).

En maternité, on assiste au début d'une vie, que tous imaginent longue, et nous ne disposons que de quelques heures, quelques jours, pour se la représenter. Cette réalité donne au travail de partenariat avec une maternité une tonalité tout à fait particulière. Une grossesse, c'est long, neuf mois, mais soudain tout se précipite, c'est un temps avec une finitude, celle de la naissance – car une naissance, c'est certes le début de vies (celle de l'enfant, mais aussi de mère, de père, de frères et sœurs, etc.), mais c'est aussi la fin (de la grossesse, de l'insouciance, de la rêverie, etc.)

Pour les autres professionnels, en revanche, le temps est plus incertain, moins daté. Quoique du côté de l'enfant, les premiers mois et années sont également scandés par des dates, des échéances : les pesées, le calendrier des vaccinations, l'introduction des aliments, les premières acquisitions, etc. Si les normes (les modes ?) changent au cours des temps (repas à heures fixes *versus* alimentation à la demande par exemple), il n'en reste pas moins qu'il y a des « normes ». L'enfance peut ainsi se penser comme une série d'étapes à franchir, permettant pour les uns que l'enfant cesse de l'être (quand toutes les étapes sont franchies, on est devenu un adulte), pour les autres que l'enfant soit un sujet « épanoui » (dans une sorte d'intemporalité de l'état d'enfant).

Du côté de l'adulte, c'est moins clair. Pour les uns, l'emprise de la réalité est telle qu'elle contraint à une prise en compte d'un temps qui n'est pas celui du sujet. L'accroissement des précarités sociales, la diminution des possibilités de solutions « bricolées » obligent à une prise en compte immédiate de ces réalités (le dossier de surendettement, le risque d'expulsion – du logement ou du territoire-, le dépôt du dossier CAF, la déclaration de grossesse, de naissance, de paternité...); pour d'autres, en revanche, ceux qui seraient du côté du soin psychique, c'est le temps, parfois élastique et informe du sujet, qui imprime son rythme, parfois jusqu'à la paralysie.

Reprenons l'histoire de madame Olive, telle que nous la raconte Cécile Peltier :

Étape 1 : le service social fait appel au DAPSA pour madame Olive, qu'ils connaissent depuis longtemps et suivent dans le cadre du RSA (Revenu de solidarité active). Elle est enceinte de 5 mois. C'est une première grossesse.

L'assistante sociale a repéré plusieurs problèmes :

– madame Olive vit dans une résidence sociale où elle ne pourra pas rester avec un bébé ;

¹⁰ Même si nous assistons à une tentative de gestion de ce temps : échographies, césariennes programmées, déclenchements de l'accouchement qui permettraient de « planifier » quelque peu l'activité..., cela reste tout de même assez peu contrôlé.

– l'assistante sociale n'imagine pas madame Olive élevant seule un enfant... Elle a de grosses consommations d'alcool, elle est décrite comme immature et peu sociable sous l'emprise de l'alcool. Il lui arrive de rester plusieurs jours dans la rue, où elle se clochardise ;

– madame Olive a présenté le futur père de l'enfant, mais annonce ne pas vouloir vivre avec lui. Monsieur Ursule vit à l'hôtel et travaille dans le bâtiment. Il se présente au rendez-vous avec le visage tuméfié... Et madame Olive est fière d'annoncer qu'ils se sont battus parce qu'il voulait la forcer à rentrer chez elle et qu'elle a « gagné ». Elle fait ce qu'elle veut, revendique-t-elle.

L'assistante sociale demande si le Dapsa peut participer au staff de la maternité où sera évoquée cette situation.

Étape 2 : un travail de concertation s'engage entre les différents partenaires (le service social, la maternité, la PMI) pour tenter de construire un accompagnement « cohérent »....

Suite à une hospitalisation, madame Olive est alors plus « abordable ». L'équipe du CSAPA hospitalier qui a fait connaissance et soutenu madame Olive pendant cette hospitalisation se joint à la réflexion collective. Ils ne souhaitent pas proposer de suivi ambulatoire à madame Olive, afin de ne pas l'exposer aux usagers du lieu, qui consomment d'autres drogues. Ils la pensent trop fragile et pas capable de se protéger des invitations qu'elle pourrait recevoir de découvrir d'autres produits.

Le suivi régulier de la grossesse est soutenu par un suivi à domicile conjoint par la puéricultrice de PMI et l'assistante sociale, qui construisent de nouveaux projets avec madame Olive... tout en restant prudentes face à de nouvelles manifestations de violences à l'encontre de son compagnon et à un discours menaçant vis-à-vis de certains autres professionnels.

Une réunion permet d'envisager une orientation vers une unité mère-enfant (unités de psychiatrie)... Tout le monde se mobilise pour ce projet. Madame Olive accepte un rendez-vous, pose tout de suite la question du règlement intérieur et repart immédiatement quand elle entend qu'elle ne pourra pas sortir comme bon lui semble.

Une réunion tente de préparer la naissance. Madame Olive va moins bien, est moins accessible, plus agressive... et ne veut plus que personne ne vienne chez elle. Elle vient quand même à ses rendez-vous à la maternité et tolère des contacts téléphoniques de la puéricultrice. Elle a installé un berceau et convaincu le gérant qu'elle pourrait revenir pour deux semaines avec son bébé... avant de quitter les lieux pour aller vivre avec son ami... qui vit toujours dans une chambre d'hôtel, partagée avec un autre monsieur qui travaille de nuit.

La maternité craint les comportements de madame Olive au moment de l'accouchement ou qu'elle ne vienne pas dans cette maternité. Ils décident de faire un signalement inter-maternité et préviennent leurs partenaires. D'autre part, tout le monde s'inquiète pour l'enfant à naître... certains redoutant même que sa mère ne disparaisse avec lui dès la naissance. Outre la crainte des réactions de madame Olive, ce bébé a été exposé à l'alcool pendant la grossesse et un bilan de sa santé s'impose à sa naissance. La maternité ne disposant pas de service de pédiatrie, le nouveau-né sera transféré... et cela semble être finalement une opportunité pour à la fois mettre l'enfant à l'abri et se donner du temps pour accompagner madame Olive selon sa réaction. Cette séparation imposée par l'organisation des soins dégage alors les professionnels d'avoir à anticiper

sur des événements imprévisibles et leur permettra d'avoir du temps pour analyser ce qui se passe et agir en conséquence.

C'est l'été... les professionnels bien au courant de la situation sont tous absents au moment de la naissance, un week-end. Madame Olive se sent très mal après l'accouchement et demande à être hospitalisée en psychiatrie... le bébé rejoint le service de néonatalogie d'un autre hôpital.

Madame Olive reste hospitalisée plusieurs semaines en psychiatrie, les soignants l'accompagnent voir son enfant quand elle va un peu mieux.

Le bébé est confié à l'hôpital puis à l'Aide sociale à l'Enfance et le juge des enfants demande une évaluation de sa situation. Cette mesure d'investigation et d'orientation est destinée aussi à construire et proposer un projet pour l'enfant au juge des enfants. Elle durera 6 mois, pendant lesquels madame Olive verra son enfant lors de visites médiatisées à la pouponnière où il est accueilli. Ces visites seront très éprouvantes pour elle et pour l'enfant qui va très mal. Un travail sur le lien mère-bébé est tenté par le service de pédopsychiatrie, mais la maman finit par le refuser... Et les visites sont un moment interrompues pour protéger l'enfant.

Tous les intervenants se réunissent chaque mois pendant toute cette période extrêmement éprouvante, car le bébé est hospitalisé plusieurs fois, pour différents motifs... et on craint pour sa vie.

Madame Olive, depuis son hospitalisation en psychiatrie, a fait connaissance avec le CMP de son secteur. Elle y vient régulièrement rencontrer psychiatre et infirmiers. Ce service, bien que convié à chaque réunion, ne viendra pas.

L'enfant sera finalement confié à un service de placement familial où son père va le voir très régulièrement. Ce monsieur fait des projets pour accueillir prochainement son enfant.

Les visites de madame Olive sont plus rares et restent difficiles.

Pour cette situation, pendant treize mois (quatre en prénatal et jusqu'aux neuf mois de l'enfant,) sont intervenues treize institutions, dont quatre hôpitaux (dans ces quatre hôpitaux, onze services différents). Onze réunions ont été organisées, auxquelles ont participé trente-six professionnels différents (pas en même temps...)

Le DAPSA a servi de fil rouge... et de lien téléphonique entre les rencontres

Depuis plusieurs années, en France, il est convenu de préserver, autant que faire se peut, les liens de l'enfant avec sa famille naturelle. Cela implique donc qu'un travail de lien doit être mené, que l'enfant soit au domicile parental, confié à un tiers digne de confiance, habituellement un membre de la famille, à une assistante maternelle ou en MECS¹¹. Il est usuel de penser que l'amélioration de l'état de santé du parent a des incidences sur l'état de santé psychique de son enfant. Des accompagnements, des soins sont proposés, parfois imposés, et le parent y adhère... ou non.

Mais, la pensée : « Le soin du parent engendrera un mieux pour l'enfant », si elle n'est théoriquement pas fautive, est néanmoins mise à mal par deux éléments inévitables :

– en premier lieu, tout traitement, somatique ou psychique, entraîne dans un premier temps des effets indésirables. Si madame Olive traitait ses difficultés psychiques avec l'alcool, l'arrêt de sa consommation a permis l'expression de troubles psychiatriques majeurs et d'affects extrêmement mortifères. Or, dans les situations d'accompagnement parental, l'enfant est également en prise avec les effets indésirables de l'entrée en soins de

¹¹ Maison d'enfants à caractère social, anciennement Foyer de l'Enfance.

son parent. C'est particulièrement remarqué dans les situations d'addictions, où l'équilibre, certes délétère, mais néanmoins équilibre, va devoir être réaménagé ; où les souffrances contenues ou camouflées par les prises de substances vont venir s'exprimer sur la scène et dont l'enfant sera le spectateur ;

– d'autre part, mais en lien avec la question précédente, le cheminement du soin psychique n'est guère linéaire et de plus exige un temps, un temps long. Pendant ce temps, l'enfant grandit dans une temporalité autre. Six mois pour un adulte, c'est un instant, mais pour un enfant de six mois, c'est le double de son âge. Les professionnels vont se trouver pris dans la contradiction suivante : le parent a bien, comme espéré, pris le chemin du soin, mais ça prend du temps, pendant lequel l'enfant souffre, progresse peu, est parentifié, a du mal à laisser son parent et à aller à la crèche ou à l'école. Jusqu'à quand faut-il attendre ? À partir de quel moment engage-t-on l'avenir de l'enfant ?

Ce débat alimente les rencontres des professionnels et c'est le quotidien des services qui ont à traiter cette question de la protection de l'enfance.

Et soudain, survint le tableau de bord....

Comme on l'a vu, tous ces professionnels « font avec » ces contraintes liées, pour part, au sujet auquel ils s'adressent (l'enfant, l'adulte) et à ses problèmes psychopathologiques, et, d'autre part, aux contraintes des différentes institutions en présence.

Depuis quelques années, cependant, ces tentatives de travail en collaboration, toujours ardues, doivent faire face à de nouvelles difficultés. Ce n'est plus seulement l'organisation qui vient malmener le rapprochement, mais la mise en place de « process », de « procédures évaluatives », de définition « d'indicateurs ».

Il ne s'agit en aucun cas de critiquer la nécessité de l'évaluation. Celle-ci sert tout d'abord à ceux-là mêmes qui travaillent pour mieux objectiver ce qu'ils font, ce qui leur permettra de rendre ce travail plus visible, plus lisible, plus intelligible. Le temps de l'obscurité clinique est passé et nous pouvons nous en réjouir.

Mais nous sommes passés subtilement de l'objectivation des actions menées à la notification des effets que ces actions sont censées avoir. Certes, il serait absurde de penser qu'on mène des actions « pour rien »... sauf à s'interroger sur le vrai sens de ce « rien ».

Lors d'une réunion de concertation, madame Z., assistante sociale, déclare, abattue : « Ça n'avance pas ... ». Lors de la réunion de dossiers au service social, la situation de madame A., mère isolée de deux enfants en bas âge, semble stationnaire. Elle est toujours hébergée à l'hôtel, a du mal à effectuer des démarches, maintient un lien avec l'éducatrice du DAPSA essentiellement par le biais du téléphone, résiste à une proposition de logement dans une autre commune... En prise à des indicateurs sociaux de réussite, madame Z. est bien embêtée. Si « ça » n'avance pas, elle n'est certainement pas une bonne assistante sociale (trop gentille, trop complaisante, trop compréhensive, ou au contraire trop distante, pas assez impliquée...). Ou alors madame A. est vraiment une bien médiocre « usagère" » (puisque nous sommes maintenant devenus des usagers de services sociaux) : elle ne se saisit pas des perches qui lui sont tendues, peut-être bien qu'elle en tire des « bénéfices secondaires ».

En dévidant un peu l'histoire, si « ça » n'avance pas, madame A. et ses enfants, eux, ne reculent pas. Le parcours de vie et d'enfance de madame A. ne lui a pas donné beaucoup d'éléments sur lesquels elle peut s'appuyer, maintenant qu'elle est devenue mère elle-même. Mais elle semble le savoir suffisamment pour vouloir éviter la répétition. Elle a fait des choix, privilégié certains aspects de sa vie, en l'occurrence une certaine continuité pour les enfants. Elle passe un temps fou dans les transports car elle s'oppose formellement à ce que son aîné change d'école. Elle pressent aussi confusément que la mise en question de ses propres choix de vie engendrerait un certain désordre, désordre auquel elle ne pourrait faire face actuellement, seule avec deux enfants de moins de trois ans. Certes, on pourrait se dire, on se dit d'ailleurs, que ce dévouement maternel est peut-être excessif, qu'à terme ce système va trouver ses limites. Possible, et même probable, si les intervenants ne restent pas vigilants sur ce qui n'avance pas car « ça » n'est pas univoque.

La normalisation des procédures semble nous mener vers une normalisation des conduites. Il y aurait une bonne façon de faire, de la part de professionnels, selon des normes statistiques algorithmiques et donc des bonnes façons de faire de la part des usagers, mais d'une certaine façon dans un temps suspendu, atemporel. Que madame A. souhaite donner un sentiment de stabilité à ses enfants, encore très petits – au prix, pour elle, d'une fatigue physique et d'une mise en sommeil de ses propres difficultés psychiques, et au prix, pour l'assistante sociale, d'un sentiment de « ne rien faire » – peut s'entendre si on s'inscrit justement dans une dynamique temporelle. Les enfants vont grandir, inexorablement, c'est alors, à ce temps-là, qu'il faudra peut-être aider madame A. à leur laisser cette possibilité, au prix d'un certain sentiment d'abandon, de vacuité pour elle.

Accepter une certaine « immobilité », ce peut être permettre un temps de stabilité, de répit ou de respiration avant de reprendre haleine pour poursuivre sa course.

Ce qui est vrai pour les patients (parents ou enfants) l'est aussi pour les professionnels. La rigidification des modes d'intervention, la tarification à l'activité, les tableaux de bord exigent un temps pour la collecte de données destinées à nourrir le minotaure « tableau de bord ».

Le temps « flou », celui des échanges informels, a disparu, ou ne survit que difficilement dévoré par une codification des actions des professionnels et par la nécessité d'accomplir cette tâche de comptage et de recueil des données. Plus de temps dit « mort », plus de temps dit « perdu ». Or c'est bien souvent dans ce temps « perdu » que va venir se lover une pensée émergente, un échange fructueux, une idée neuve, une envie de continuer à cheminer avec madame A. et ses deux petits, de supporter que si « ça » n'avance pas, elle prend soin de ses enfants, et que nous (l'assistance sociale, le groupe des soignants) restons vigilants¹² quand un espace s'ouvrira pour qu'elle puisse avancer.

Enfin, laissons à Vaclav Havel la conclusion : « L'espérance, ce n'est pas la conviction que quelque chose finira bien ; c'est la certitude que quelque chose a un sens, quelle que soit la façon dont cela finit ».

¹² Le DAPSA a ainsi inventé pour le remplissage de son tableau de bord le concept « attente active » pour ces situations où nous ne sommes pas forcément appelés à agir à ce moment-là mais où les patients, adultes et enfants, restent vivants dans notre pensée.

Résumé

Articuler le travail auprès de parents en souffrance, avec leurs enfants et avec les professionnels qui les entourent, suppose de prendre en compte les contraintes qui s'imposent aux uns et aux autres, contraintes internes et externes. Temps discontinu des addictions, temps long de la grossesse, temps précipité de la naissance, temps de grandir, temps de guérir, temps de pensée et temps d'agir : les temporalités psychiques viennent se télescoper, s'opposent, les obligations professionnelles aussi.

À ceci, déjà connu, va s'ajouter la diminution sournoise de temps imprécis, informels, d'échanges et de pensée et la contrainte d'un compte-rendu et d'une culture du résultat qui vient perturber les équilibres instables mis en place.

Mots-clés : Travail en réseau, parentalités, suivi de familles.