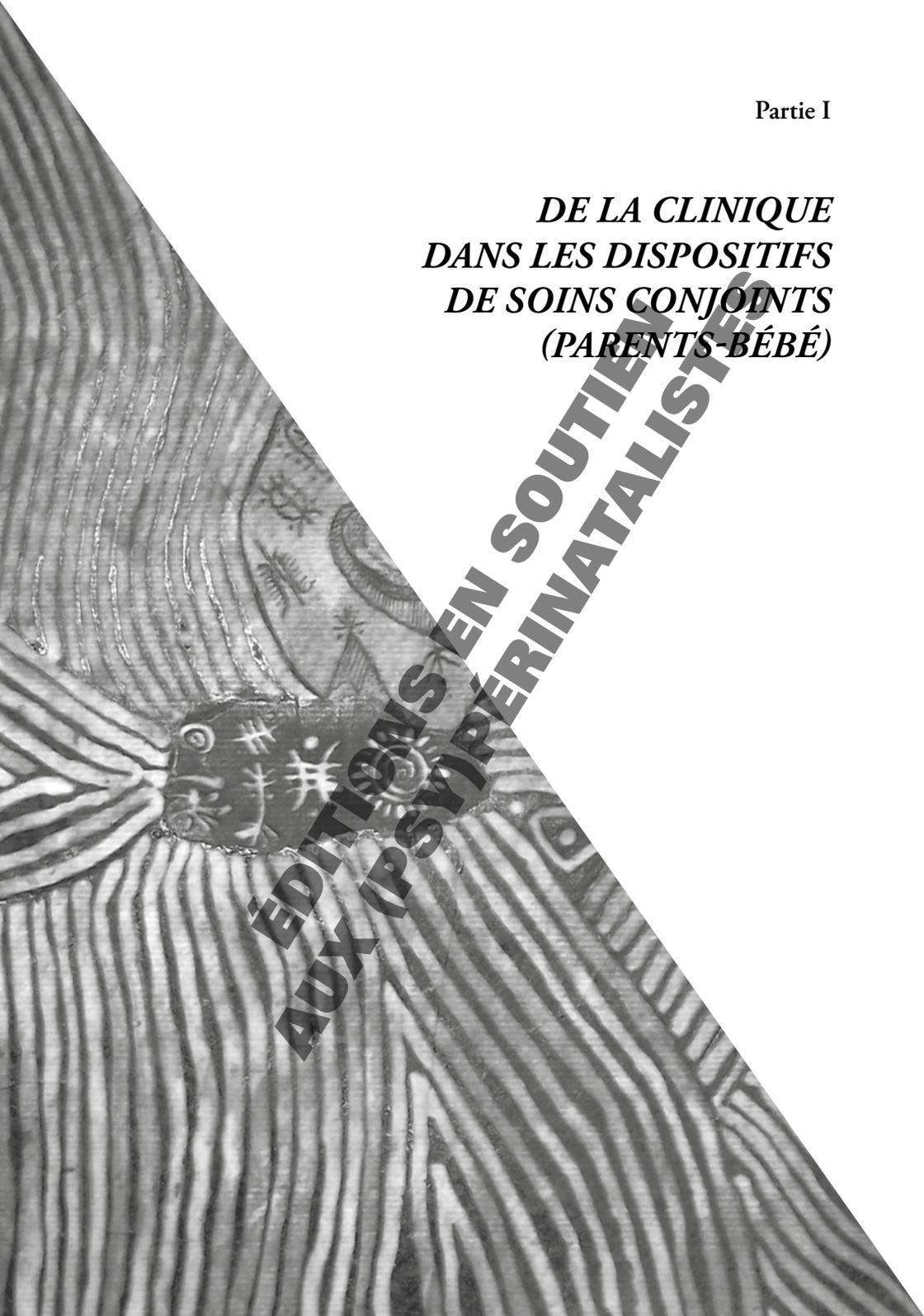


Partie I

*DE LA CLINIQUE
DANS LES DISPOSITIFS
DE SOINS CONJOINTS
(PARENTS-BÉBÉ)*

ÉDITIONS EN SOUTIEN
AUX (PSY)PÉRINATALISTES



TROIS TRAJECTOIRES POSSIBLES POUR LES BÉBÉS ET LES PARENTS

AU CŒUR DE L'UNITÉ DE SOIN ET ACCOMPAGNEMENT PRÉCOCE
EN SERVICE DE SUITES DE NAISSANCE
(HÔPITAL FEMME MÈRE ENFANT, CHU DE LYON)

Amélie CLÉMENT¹, Anne VILLAND², Caterina MAGGI-PERPOINT³

Depuis trois ans, l'Unité de soin et accompagnement précoce (USAP) a ouvert ses portes au sein du Service de suites de naissances de l'Hôpital femme-mère-enfant du CHU de Lyon. Cette unité de quatre lits et leurs berceaux intervient en postnatal immédiat et a une durée moyenne de séjour comprise entre dix et douze jours. L'équipe dédiée est multidisciplinaire en journée : sages-femmes, infirmières et puéricultrices formées à la pédopsychiatrie, psychomotricienne, pédopsychiatres, obstétricien et pédiatre, psychologue et assistante sociale pour que l'attention soit centrée tant sur le psychique que sur le corporel. La nuit, les bébés peuvent être pris en charge en pouponnière sur indication.

L'USAP propose donc une prise en charge obstétricale et psychique conjointe, en post-partum immédiat. Environ quatre cents mères avec leurs(s) bébé(s) ont été déjà accueillis depuis son ouverture.

Pas encore dans l'enceinte de la maison mais plus dans le ventre maternel, c'est dans cet entre-deux que s'inscrit notre projet de soin,

1. Pédopsychiatre, PH, Unité de soin et accompagnement précoce (USAP), Service de psychopathologie du développement, Hôpital femme-mère-enfant (HFME), Bron.

2. *Id.*

3. *Id.*

sur une temporalité longue pour une maternité mais courte pour la pédopsychiatrie. Il s'agit d'un espace intermédiaire entre l'avant et l'après naissance, entre le dedans et le dehors, au moment même de la venue au monde de ce nouveau bébé, afin de mailler le soin autour de cette dyade mise à mal par son histoire singulière.

L'écoute du discours maternel, l'observation du bébé, de ses parents, et de leurs interactions, la reprise en équipe des processus psychiques qui se déploient chaque jour, permettent un soutien plus ajusté à la parentalité et un accompagnement attentif et contenant des prémisses de la mise en place de la nouvelle configuration familiale. Le dispositif d'accompagnement, à la sortie de la maternité, se voudra d'emblée effectif et ajusté.

Les mères accueillies ont été, pour la plupart d'entre elles, en difficulté de rêverie pendant la grossesse : que ce soit parce que la grossesse a été précédée par une expérience de mort fœtale, par un accouchement traumatique (premier cas clinique), que l'histoire maternelle ait été marquée par les ruptures, la discontinuité, l'insécurité (troisième cas clinique) ou encore lorsque la mère présente une souffrance psychique sévère (deuxième cas clinique).

Alors que la réalité des besoins du bébé s'impose, on repère dans ce court espace-temps la nécessité urgente d'une rencontre la plus ajustée possible. C'est le lieu de l'observation des stratégies adaptatives du bébé, le lieu de l'observation de la mère se voyant elle-même devenir mère auprès de son bébé en appui sur notre observation et notre attention. L'observation s'étendra également à la place que le père parviendra à occuper.

En fonction de la clinique que l'USAP reçoit, dont nous avons essayé de dégager les trois grandes tendances, l'équipe va devoir ajuster son positionnement et sa prise en charge. Ce temps d'accompagnement peut être parfois un temps de soin suffisant quand il s'agit de transformer une expérience passée traumatique : dans ce cas, les relais habituels de sortie de maternité (PMI, associations de soutien à la parentalité, médecin traitant...) peuvent suffire.

D'autres fois, il s'agit d'un travail de relais précoce vers un soin périnatal auprès de nos partenaires lorsque nous voyons que les distorsions relationnelles impactent déjà le bébé ou que les difficultés psychiques maternelles sont trop fortes : le lien étroit que nous avons tissé avec les

unités de soins périnataux ambulatoires ou les hôpitaux de jour se révèle alors précieux.

Enfin, il arrive parfois que les observations de l'équipe, associées aux temps de synthèse avec les partenaires, conduisent à la prise de conscience pour l'ensemble des acteurs du soin (ainsi que souvent pour la mère elle-même) qu'un retour du bébé au domicile parental est impossible et qu'il faut accompagner vers un placement.

PREMIER CAS CLINIQUE *M. et Mme R. avec Marius*

Mme et M. R. viendront ensemble presque à chaque consultation. Le couple affiche un sourire poli lors de notre premier entretien. Ils sont tous les deux très grands, elle a moins de 30 ans, de longs cheveux blonds, elle est en arrêt de travail d'un poste de cadre depuis presque le début de grossesse. Elle vient accompagnée de son mari ; lui aussi cadre supérieur, il travaille beaucoup. Il s'inquiète pour elle, son expression très retenue dès notre première rencontre traduit une certaine tension.

Le couple est venu consulter en anténatal, adressé par l'obstétricienne. Ils avaient perdu l'an dernier deux jumelles à 21 SA +6j en deux heures de temps. Cette naissance avait été très traumatique. Le récit de l'évènement fait jaillir leurs larmes à tous les deux, on perçoit encore l'effroi. Monsieur tient la main de Madame durant tout le récit, elle décrit surtout sa surprise, son impuissance, son sentiment d'injustice et la sidération. Elle avait soudain perdu les eaux et avait ensuite senti que tout lui échappait. Les médecins, comme eux, assistaient impuissants à cette naissance inéluctable.

Cet état de fait précédait de seulement quelques heures une visite la veille avec la sage-femme de ville, qui aurait dit que tout allait bien. Les jumelles étaient le fruit de plusieurs années de PMA ayant conduit Mme R. à deux grosses interventions pour une endométriose sévère. Cette expérience a été telle que lui comme elle « se méfient de cette grossesse », ils ont peur de l'investir mais culpabilisent en même temps d'avoir à s'en protéger : « il n'a rien demandé, lui ». Cette fois, la grossesse se déroule avec l'aide d'un cerclage, elle est, comme cela peut se passer bien souvent dans ces cas-là, très suivie.

Elle décrit que Monsieur n'arrive pas à lui toucher le ventre. Elle se perçoit centrée sur toutes les sensations lui rappelant la naissance précédente. Les dates en particulier, l'âge gestationnel, ainsi que la date anniversaire de la perte des jumelles. Tout le développement de cette grossesse est marqué par l'expérience précédente, « on ne peut pas s'en empêcher, on compare, on se remémore ». Et puis, une fois les 21 SA +6j dépassées, à la crainte d'une naissance inopinée s'ajoute la crainte d'une MFIU, la peur de perdre le bébé dans son ventre.

Madame se tient face à moi, dans mon fauteuil de consultation, une main délicatement posée sur son ventre. Cependant, quelque chose est retenu, peut-être a-t-elle les épaules trop hautes? J'observe quelque chose de figé, peut-être peu de mouvements spontanés, une très forte prudence dans les gestes, elle semble crispée dans son corps, un sourire toujours dessiné sur son visage. Je ne perçois pas la plénitude parfois presque arrogante des mamans pleinement enceintes. C'est une grossesse « sur des œufs », ou en « deux dimensions », qui manque de jeu.

À l'échographie du troisième trimestre, l'échographiste découvre un vaisseau affleurant le col qui pose l'indication d'une naissance par césarienne. Le couple se tend, si c'était possible, encore un peu, mais se console en se disant qu'au moins, par le fait de sa nécessaire programmation, la césarienne pose la date d'une naissance et permet le contrôle de cet aléa. Nous sommes alors en plein mois d'août, Monsieur décrit l'impression d'être en apnée depuis la grossesse précédente. Il aimerait partir se changer les idées. Ils en parlent avec l'obstétricienne, qui les encourage. Ils font des calculs afin de se rendre dans un site proche d'un CHU, et desservi par une gare afin d'éviter au maximum la voiture et les à-coups de la route. À leur retour, Mme R. sera accueillie, comme souvent, quelques jours avant la naissance en grossesses pathologiques avant la césarienne.

Les consultations anténatales amèneront à proposer l'USAP que nous leur faisons visiter pour leur permettre de pouvoir rencontrer leur bébé avec le temps nécessaire au vu de l'extrême culpabilité en lien avec la perte des jumelles et la difficulté à se représenter une issue autre que défavorable à cette grossesse.

La césarienne s'est bien passée et a donné naissance à Marius. Madame est ébahie par ce bébé mais a du mal à l'approcher. Les premières régurgitations terrifient le couple qui découvre à la fois que ce bébé est

bien vivant mais pas moins inquiétant pour autant. Monsieur R. a du mal à le toucher autrement que du bout des doigts, il semble inquiet. Madame R. prend donc Marius en main mais elle a du mal à ressentir le plaisir, et à reconnaître en ce bébé né celui qu'elle a porté jusqu'ici. Elle décrit une grossesse qui lui a semblé interminable.

Nous leur proposons un atelier peau à peau accompagné pour aider Madame R. à percevoir ce bébé sur elle dans le sensoriel de cette rencontre, ici et maintenant dans le postnatal. Cet atelier effectué en double regard entre la psychomotricienne et la puéricultrice vise à permettre tant pour le bébé que pour la maman, par la remémoration des traces sensorielles réactivées par le corps à corps, le temps du dedans, tout en permettant simultanément de s'observer porter ce bébé au dehors. L'interface entre dedans et dehors devient alors prégnante.

Initialement tendue et inquiète, Madame peut petit à petit se laisser aller à la rencontre sensorielle de son bébé et, celui-ci, à sa propre détente. En fin de peau à peau, elle a pu dire que sa tête, comme son « cœur » pour corps, acceptaient la naissance de ce bébé.

Cette patiente a pu quitter le service bien restaurée, avec une expérience « socle » avec son bébé humanisé, accompagnée lors de cette rencontre du bébé réel par l'alimentation, le corporel accueillant aussi les fantômes de ses sœurs perdues. Nous avons pu revoir cette maman et Marius avec le père huit semaines après la sortie. Au cours de cet entretien, Madame a pu nous confier comment ce moment de peau à peau avait été pour elle fondateur de la rencontre avec Marius. Marius est né une seconde fois au cours de cet atelier.

DEUXIÈME CAS CLINIQUE

M. et Mme B. avec Vincent

Mme B., 37 ans, est inscrite à la maternité de l'HFME pour le suivi de sa troisième grossesse. Je la reçois à 27 SA, en urgence, adressée par son médecin généraliste pour un tableau dépressif. Madame est d'origine brésilienne, son conjoint est français, elle a deux aînés de 10 et 15 ans. Elle travaille comme aide-ménagère à domicile. Arrivée en France alors que son

ainé avait quelques mois, la famille est repartie au Brésil quelques années auparavant pour finalement revenir s'établir en France.

Elle vient accompagnée de son mari mais souhaite être reçue seule. Elle présente un visage figé, le regard fuyant. Elle m'explique peu à peu que sa mère est décédée trois semaines plus tôt d'un AVC. Elle se dit envahie par des « bruits » qui lui font peur puis évoque des voix qui l'encouragent à se tuer. Elle décrit des angoisses avec des crises où elle se sent opprimée l'ayant conduit à appeler les pompiers ; elle évoque un épisode d'hallucinations visuelles au réveil : des mains se tendant vers elle. Le discours est peu fluide, avec un besoin constant d'être rassurée. Elle dit n'en plus pouvoir, vouloir que sa mère vienne la chercher. Elle parle de manière confuse d'épisodes du passé, sa mère aurait fait une tentative de suicide alors qu'elle-même avait 4 ans, elle l'aurait vue pendue. Elle évoque aussi le soulagement d'attendre un garçon, faisant allusion à des épisodes difficiles de sa vie de petite fille. Elle peut dire avoir déjà entendu ces voix qui la bouleversent quand son aîné était bébé et décrit une scène où elle aurait jeté un objet en direction du berceau de son fils pour les arrêter. Elle n'a jamais eu de soins auparavant.

Dans ce contexte, je propose une hospitalisation à l'hôpital psychiatrique en évoquant mes inquiétudes pour Madame au couple. Réticente initialement, Madame acceptera ensuite. Inquiète car elle ressent moins les mouvements de son bébé, je l'oriente vers l'équipe obstétricale, le monitoring est rassurant. Après une nuit en service de grossesses pathologiques, je la revois avant son départ pour une unité d'hospitalisation de courte durée à l'hôpital psychiatrique. L'équipe me décrit Madame comme ne leur parlant pas, en retrait. Je la vois allongée dans son lit. Son mari est à ses côtés. Elle a un tee-shirt usé contre son visage, je lui demande si c'est son doudou. Elle acquiesce. Elle me dit avoir mal dormi, déambulé toute la nuit en cherchant sa mère. Elle me demande si je peux l'accompagner à l'hôpital psychiatrique puis demande si son conjoint pourra rester avec elle. En échangeant avec le couple, je propose un temps d'arrêt de travail à Monsieur pour qu'il puisse accompagner Madame et être disponible pour les enfants restés au domicile. Il bénéficie de l'aide de sa mère. Monsieur est soucieux de l'état de sa femme mais s'inquiète des effets des traitements sur le bébé. Madame restera ensuite hospitalisée quelques jours en unité psychiatrique d'urgence puis sera orientée en clinique.

Je la revois un mois après, son mari l'accompagne. Le contact est un peu meilleur. Très vite, elle demande à son mari de sortir. Elle évoque alors longuement, et avec beaucoup d'émotions, ses vécus infantiles avec son père qui abusait d'elle. Elle décrit de manière abrupte les violences subies comme des scènes filmées en parlant avec culpabilité de son malaise mais aussi de son amour d'enfant vis-à-vis de lui, du dégoût qu'elle a pour elle-même en abordant les cauchemars et les angoisses qui l'envahissent. Elle pensait pouvoir le dire à sa mère avant sa mort. Elle se dit aidée à la clinique et elle accepte que je sois en lien avec le psychiatre qui la prend en charge. Nous évoquons ensemble le suivi de grossesse, la possibilité de préparer l'accouchement avec une sage-femme, d'un accompagnement par la PMI. Elle souhaite allaiter son bébé.

Nous abordons aussi la possibilité d'un accompagnement à l'USAP après la naissance et des possibilités de soin d'aval en unité mère bébé.

Son psychiatre, joint par téléphone, décrit sa difficulté dans la prise en charge de Madame avec un état qui reste fluctuant, des moments d'angoisse qui la submergent et la tétanisent, et d'autres moments où elle est plus en lien. Le traitement médicamenteux est compliqué à équilibrer, antidépresseurs et anxiolytiques ne suffisent pas, un traitement antipsychotique est mis en place. Nous organisons le passage d'une sage-femme libérale à la clinique pour des séances de préparation à l'accouchement. La sage-femme de PMI propose un rendez-vous au domicile du couple sur un temps de permission.

Au huitième mois, je revois le couple. Nous visitons ensemble l'USAP et la chambre mère-enfant avec possibilité de lit accompagnant pour le père. Madame est à l'écoute mais décrit toujours des angoisses massives et des fluctuations thymiques. Nous parlons de la nécessité d'étayages à la naissance. Elle redit son souhait d'allaiter, je lui fais part des possibilités et des limites en fonction de l'équilibre du traitement médicamenteux, de la nécessité de sommeil pour elle. Monsieur s'engage à être présent la nuit, Madame compte aussi sur l'aide de sa belle-mère en journée.

Un déclenchement à 37 SA est organisé, justifié par un diabète gestationnel.

Sur le dernier mois, l'état psychique de Madame s'améliore, permettant une décroissance des traitements anxiolytiques. Madame bénéficie de permissions, mais reste à la clinique jusqu'au départ prévu à la maternité. En entretien, elle évoque sa famille, son envie de ne plus parler le portugais, sa langue maternelle, de couper les liens.

À chacune de nos rencontres, Madame doit s'appuyer sur la contenance soignante pour se montrer plus présente, le regard moins fuyant et évoquer l'arrivée du bébé. Je la revois le jour du déclenchement, elle a quitté la clinique pour l'accouchement. Elle peut dire ses craintes d'avoir quitté ce lieu rassurant. L'accouchement a lieu par voie basse. Madame est accueillie à l'USAP. Son conjoint reste auprès d'elle la nuit.

Je la revois le lendemain, Vincent est auprès d'elle dans son berceau, elle le berce en donnant un rythme rapide. Madame est fatiguée. Vincent va bien, réclame à téter. Les mises au sein sont difficiles, avec des crevasses. Vincent n'arrive à téter que d'un côté, Madame doit tirer son lait. L'état thymique de Madame est fluctuant, elle se dit souvent angoissée le matin et demande à me voir. En entretien, elle parle de sa peur de ne pas y arriver. Elle parle de Vincent qui la « réclame beaucoup ». Lors du premier bain avec l'équipe, elle s'adresse peu à lui dans les mots mais les gestes sont tendres, ajustés. Vincent cherche le regard de sa mère. L'équipe décrit Vincent comme un bébé qui pleure quand il a faim, s'impatiente mais s'apaise contre sa mère.

Devant sa crainte d'être débordée par son bébé, nous proposons à Madame un temps de bain allongé, atelier thérapeutique animé par la psychomotricienne et co-animé par la sage-femme ou la puéricultrice. Ici, le bain est mené par les soignants dans l'idée de proposer un temps de détente au bébé que la mère peut observer. Ce temps est agréable pour Vincent. Madame est réceptive au bien-être de son bébé et répond à ses accroches visuelles. Elle peut revenir aussi avec la sage-femme sur le déroulé de sa grossesse.

Madame reçoit des visites de ses aînés, elle a eu le souci d'organiser des accueils dans la famille pour le temps du séjour en maternité.

En fin de semaine, l'équipe est plus inquiète. Malgré de bonnes nuits, Madame reste très angoissée le matin. Son état est fluctuant avec l'équipe comme avec Vincent. Par moments, Madame semble prise dans ses pensées et peu disponible à l'interaction. En entretien elle évoque des cauchemars qui la bouleversent, des scènes avec son père. Elle reedit sa colère, son dégoût. Elle décrit comme elle ressent le manque de sa mère en disant « comment est-ce que je peux être mère alors que j'ai tellement besoin de ma mère? » et elle sollicite sa belle-mère qui passe une partie de la journée avec elle.

Nous évoquons avec l'équipe un atelier peau à peau pour permettre à Madame et à Vincent de trouver une détente commune dans un contact corporel qui n'implique pas forcément la tétée.

Un après-midi elle surgit hagarde dans le couloir. Elle semble apeurée, cherchant quelque chose. Elle porte Vincent contre sa poitrine le tenant sous les bras, dans une position inconfortable. Elle demande son traitement anxiolytique. Revue dans sa chambre, elle se dit angoissée, évoque sa mère qui ne serait pas contente d'elle. Son discours est d'abord confus puis plus fluide, avec des regards anxieux dans la pièce. On comprend alors qu'elle vient de se réveiller, elle décrit des rêves qui s'imposent à elle. Elle peut dire ensuite ses craintes quand elle est seule avec son bébé qui pleure, l'impression de se désorganiser, la peur de lui faire du mal. Devant la fragilisation de son état psychique avec recrudescence anxieuse et dépressive, on augmente le traitement anxiolytique et antipsychotique. Nous convenons avec l'équipe de différer l'atelier peau à peau. À ce moment-là, nous sommes préoccupés, l'état de Madame va-t-il permettre un retour à domicile avec Vincent? Comment va-t-il pouvoir continuer à s'adapter à la discontinuité de sa maman?

Le lendemain, a lieu la visite de l'unité mère-bébé de l'hôpital psychiatrique du secteur, orientation évoquée en anténatal et confirmée avec l'équipe de l'USAP. Madame est d'accord mais elle appréhende; elle s'interroge sur le lien avec un nouveau médecin. Elle s'y rend accompagnée de la puéricultrice de l'USAP, de son conjoint et avec Vincent. Lors de la visite, Madame est présente et peut se dire rassurée. Dans la voiture, elle évoquera ensuite à la soignante l'impression de ne pas avancer, de ne pas pouvoir aller mieux.

L'atelier peau à peau pourra se faire, je la vois ensuite, Vincent allongé contre elle. Elle semble détendue, peut dire avoir pu mettre Vincent au sein après l'atelier.

L'allaitement reste une préoccupation pour elle avec l'impression de ne pas y arriver. Vincent s'impatiente au sein. Sa courbe de poids reste satisfaisante. Les jours suivants montrent une amélioration des angoisses chez Madame, elle se projette dans l'idée d'un retour à la maison. L'allaitement mixte se met doucement en place. Lors d'un nouveau temps de bain allongé, l'équipe la voit plus enjouée, pouvant rire, chanter; Madame s'en étonne elle-même. À d'autres moments, elle reste dans sa chambre, sollicite peu l'équipe, évoque ensuite ses angoisses. Vincent,

lui, commence à manifester des difficultés d'ajustement aux oscillations thymiques de sa mère. À plusieurs reprises, en présence de sa maman, il cherche le regard des soignantes. Madame a besoin d'être portée par les soignantes pour appeler l'UMB et prévoir son premier rendez-vous comme pour rappeler l'association qui s'occupe de la mise en place des travailleuses familiales.

Monsieur m'interpelle sur la question de la sortie, il souhaite que sa femme rentre au domicile tout en exprimant des inquiétudes. Nous évoquons avec le couple la nécessité de poursuivre un soin mère-bébé et d'étayages conséquents. Après quatorze jours à l'USAP, la dyade rentre à la maison avec organisation de passages de la PMI au domicile pour les pesées, intervention d'une travailleuse familiale programmée à la reprise de travail de Monsieur, rendez-vous organisés sur l'UMB.

Je revois le couple le mois suivant avec Vincent, l'allaitement est mixte avec des biberons donnés par Monsieur la nuit, des tétées au sein la journée. Madame paraît moins ralentie, prend des initiatives vers son bébé lors de la consultation. Elle semble plus à l'écoute des manifestations de Vincent. Elle parle aussi de ses aînés. Monsieur doit reprendre le travail. Les traitements ont été à nouveau modifiés avec diminution de l'antipsychotique et augmentation de l'antidépresseur. Nous convenons de la poursuite d'un suivi avec moi, conjointement à la prise en charge à l'UMB. Les choses restent fragiles mais la rencontre entre Madame et son bébé a pu se faire.

Dans cette prise en charge, du temps de la grossesse jusqu'à la sortie de l'USAP, nous avons tenté de soutenir Madame dans ses mouvements d'ambivalence : comment être mère sans ma mère? Comment aimer/détester mon père et accueillir un bébé garçon? tout en ayant la préoccupation de Vincent dans ses possibilités –ou non– d'adaptation aux symptômes de sa maman.

TROISIÈME CAS CLINIQUE

Mme M. et Mélina

Avant même que nous la rencontrions en SDN, Mme M. avait fait l'objet d'une réunion de coordination en anténatal. La réunion de coordination à

l'HFME a pour objectif de pouvoir préparer le séjour de mères qui seront accueillies avec leur bébé à la maternité de l'HFME lorsqu'elles vont nécessiter un portage spécifique impliquant des partenaires de disciplines différentes. Cette réunion a lieu une fois par mois. Elle peut être obtenue à la demande de partenaires extrahospitaliers ou intrahospitaliers. La situation de Mme M. était amenée par la sage-femme de PMI, très inquiète, elle-même accompagnée par la puéricultrice et l'assistante sociale du secteur également investies auprès de Mme M. avec laquelle elles étaient très en lien. Mme M. les sollicitait toutes les trois plusieurs fois par jour au gré des disputes avec son conjoint.

Mme M. est alors âgée de 43 ans, elle a longtemps été SDF et toxicomane (ce n'est plus le cas aujourd'hui) et conserve aujourd'hui un fort tabagisme. Elle vit avec son compagnon et père de l'enfant depuis deux ans. Mme M. était venue le rejoindre dans son appartement Aralis¹ après s'être vue expulsée d'un foyer qu'elle n'occupait plus suffisamment. Cependant, Mme M. se plaignait de violences de son compagnon alors qu'il était en état d'ivresse : il l'aurait plusieurs fois mise dehors, l'aurait frappée. Le couple serait en réalité instable. Malgré tout, ce serait Monsieur T. qui aurait fortement insisté pour que Mme M. garde leur bébé et pour qu'elle fasse suivre sa grossesse, c'est ainsi qu'elle aurait annulé un rendez-vous en orthogénie. Pour autant, M. T. n'aurait pas fait d'acte de reconnaissance anticipée, ce qu'elle lui reprochait avec véhémence et qui était à l'origine de nombre de leurs disputes. Depuis le dernier trimestre, l'état d'agitation du couple se serait accru avec plus de crises, au cours desquelles Mme M. aurait demandé de l'aide à la PMI. Défiante à l'égard de son compagnon, elle aurait pris la décision, sans le tenir informé, d'aller reconnaître sa fille seule. Monsieur T. a découvert cela quelques jours après son arrivée à la maternité. De la même manière, inquiète pour elle et son bébé, elle aurait, avec l'aide de la PMI, travaillé le projet de quitter son compagnon quelques semaines après la naissance, sans le lui dire, en allant vivre dans un foyer mère enfant.

Mme M. serait la maman de deux autres enfants qu'elle aurait laissés à leur père lorsque le second avait 1 an. Ils auraient aujourd'hui entre 8 et 10 ans et ils vivraient dans l'Yonne chez leur père. Il faut pour s'y rendre trois heures de transport ce qui rend l'entreprise trop difficile et peu fréquente. M. T. serait aussi, de son côté, père de deux filles qui auraient été enlevées

1. Foyer de travailleurs migrants non transformé en résidence sociale.

par placement à leur mère et qu'il aurait élevées après les avoir récupérées, mais qui seraient aujourd'hui adultes.

L'histoire infantile de Mme M. est marquée par les ruptures, elle aurait fait l'objet de plusieurs placements durant l'enfance, et en garde les stigmates. Un fort besoin de contrôle, une défiance à l'égard des services sociaux que pourtant elle sollicite, une dépendance extrême à la cigarette et, surtout, un fort attrait pour la vie dans la rue. Mme M. a été vue par la tabacologue qui a essayé de l'aider à réduire sa consommation de tabac, pas d'alcool pour elle.

L'accouchement a lieu à 36 SA +4j par césarienne sur RCIU. Le service social de l'hôpital nous en informe. Mme M. savait qu'elle avait fait l'objet d'une réunion de coordination et que nous allions nous présenter à elle. Nous l'avons donc rencontrée en SDN pour obtenir son consentement pour l'USAP. Mme M. est de corpulence très petite, mince. Elle nous a très spontanément présenté son bébé Mélina et elle a accepté de venir à l'USAP à l'issue de l'entretien.

Mélina est née avec un rein unique et un très petit poids, elle faisait 2kg et nécessitait quelques heures de couveuse à côté de sa maman. Lorsque je rentre dans sa chambre, Madame demande si son compagnon peut rester, elle annonce alors que son projet est de pouvoir vivre tous les trois dans un appartement Aralis plus grand; elle aurait signé un nouveau bail dans ce sens il y a quelques jours (j'ai en tête pour ma part la demande de foyer mère-bébé portée par la PMI). Mélina est dans sa couveuse et dort calmement. Elle aura besoin d'y rester 24 heures jusqu'à ce que les pédiatres autorisent sa sortie.

Durant la première semaine d'hospitalisation à l'USAP, Mme M. prend peu Mélina, mais les moments d'interaction sont habités : elle est expressive et encourage sa fille au biberon. Mme M. est bien en lien avec l'équipe, bien qu'elle ait de faibles capacités d'élaboration en lien avec les différentes carences dont elle a souffert et en dépit de son fort besoin de fumer qui l'oblige à descendre plusieurs fois par jour. Mélina est un petit bébé fatigable qui dort beaucoup et que l'on trouve souvent dans son berceau. Nous lui proposerons plusieurs ateliers pour qu'en appui identificatoire avec l'équipe, Mme M. puisse ouvrir un espace interactionnel plus riche autour de Mélina. L'équipe est alors soulagée d'observer que, portée par les soignants, Mme M. module d'avantage ses interactions, les habite plus et peut prêter plus d'attention aux manifestations de sa fille. Cependant, sans

ce soutien, les mouvements spontanés de la mère vers sa fille restent rares en dehors des changes et nourrissements et le besoin d'aller fumer augmente, avec la nécessité pour l'équipe de garder Mélina. M. T. vient régulièrement voir sa compagne et sa fille et se montre adroit dans le portage, il a démarré un travail en grande surface depuis un mois. Sur le plan pédiatrique, Mélina n'est pas sortante avant deux voire trois semaines.

Je propose à la mère que je puisse rencontrer le père pour questionner la suite à donner, l'utilité de l'ADIAF (association de TISF), car nous n'imaginons pas cette dame durant l'absence de son compagnon, sans aucune aide au domicile tant ses besoins de s'aérer sont forts. M. T. se montre favorable à ce soutien mais l'entretien se dégradera très vite lorsque Monsieur abordera qu'il est suivi en CMP et qu'il invite sa compagne à y venir avec lui en entretien. Elle a très mal supporté cette proposition, vécue comme une tentative d'emprise de son compagnon dans sa vie, de même que l'idée de l'ADIAF au domicile l'incommode également. Elle se persécute avec force lui réclamant des papiers à elle qu'il garderait chez lui et qu'elle lui demande sur le champ. Elle lui hurlera dessus, lui disant qu'elle ne veut plus le voir, qu'il est désormais un étranger pour elle, et elle joindra à cela plusieurs coups de fil dans les jours suivants à la Maison départementale du Rhône disant qu'elle leur demande d'annuler pour elle son bail avec M. T. pour Aralis. Le climat dans le couple s'apaisera lorsqu'elle le rappelle à la fin de la deuxième semaine le chargeant de lui ramener du tabac, sans pour autant revenir à des liens tranquilles.

Ainsi, depuis son arrivée à la maternité, le couple montre une grande discontinuité dans ses liens avec des moments de dispute où le couple se déchire jusqu'à des menaces verbales mutuelles qui font passer Mélina au second plan. Durant le week-end, on observe des moments où le couple se maltraite, comme des moments où le couple semble complètement se restaurer.

Nous avons observé que Mme M., bien portée et contenue par la présence des professionnelles, se montrait attentive, ajustée et compétente à l'égard de Mélina, capable de donner le biberon aux bonnes heures, de changer ses couches et de prévenir l'équipe pour aller fumer sans jamais laisser le bébé tout seul. Par contre, lorsqu'elle se sent entravée par son compagnon comme par l'équipe, elle menace de quitter l'hôpital et de partir avec son bébé dans la rue ce qui, du fait de la vulnérabilité du bébé, est impossible. Mélina dort de plus en plus et devient de plus en plus difficile à alimenter, même pour les auxiliaires de nuit et les puéricultrices.

L'équipe expose à la patiente son inquiétude. Il existe bien une vulnérabilité chez cette dyade qui s'accroît si l'environnement n'est pas facilitant. Le secteur, souvent alarmé par Mme M. qui a récemment refusé une proposition à la Buissonnière (structure de type accueil mère-enfant), s'apprête à faire une demande d'accompagnement judiciaire.

L'équipe de l'USAP comme celle du secteur est inquiète d'observer une très grande instabilité des projets de Mme M., le coût de cette désorganisation pour ce bébé, ainsi que la fragilité du tissu familial qui nécessite un accompagnement très serré. Aux difficultés d'alimentation s'ajoutent maintenant des régurgitations fréquentes en lien avec des biberons donnés par Mme M. de façon trop rapprochée. Méлина se présente comme un bébé fatigué. Madame répète qu'elle ne veut plus rien, qu'elle prend sa fille et part dans la rue, dans une tentative de maîtrise vouée à l'échec puisqu'elle sait que Méлина ne peut vivre une vie de SDF. Les liens avec son conjoint et un bébé sont impossibles.

Devant le manque de fiabilité de leur engagement, nous demandons une OPP sur l'Aide sociale à l'enfance, en prévention d'une rupture de prise en charge en cas de fugue de Mme M., avec une délégation à l'équipe de la maternité le temps des soins. Nous expliquons à Mme M. notre démarche, elle dit qu'elle comprend mais explique qu'elle ne nous laissera pas prendre son carnet de santé qu'elle déchirera si Méлина part ailleurs qu'en AME. Nous lui expliquons que le projet demeure qu'elle reste avec sa fille mais en AME, avec un accompagnement judiciaire. Madame semble accepter. Le projet est exposé à M. T. qui comprend que l'équipe soit inquiète par leurs revirements. Il pleure. Madame est tendue, puis soudain se lève brutalement, claque la porte, nous laissant seuls avec Méлина. Elle revient une heure après. Elle a du mal à dire sa tristesse, elle dit sa colère, sa frustration. À son retour elle répète qu'elle part avec sa fille sans le faire pour autant et déclare refuser catégoriquement l'AME. Elle met ainsi en échec chaque solution que nous lui proposons.

Devant le refus de Mme M. pour l'AME, nous abordons l'éventualité d'un placement. M. T. pleure, Madame ne dit rien. Méлина est dans les bras de M. T. qui lui murmure des mots à l'oreille.

M. T. souhaite être présent lors du départ de son bébé. Mme M. veut partir avec le carnet de santé du bébé qu'elle ne nous laissera pas cherchant ainsi à garder quelque chose de sa fille avec elle. Le lendemain est le jour du placement. Mme M. veut partir. Monsieur insiste pour qu'elle reste.

Mme M. explose et frappe Monsieur T. devant nous, le menace avec une chaise et la nécessité de l'intervention de l'équipe pour la contenir révèle sa détresse. Devant cet état d'agitation, son impulsivité et des menaces suicidaires, nous mettons en place un soin sous contrainte de type SPPI pour préserver Monsieur T. d'être tiers. Mme M. s'agitiera et M. T. dira son inquiétude pour elle. Elle sera hospitalisée, et Monsieur ira lui rendre visite avec des nouvelles de Méлина. Cela permettra une prise en charge en CMP et la mise sous thymorégulateur.

M. T., qui est resté dans le service jusqu'à midi en lien avec l'équipe, a pu exprimer son désarroi; il a pu accompagner sa fille avec l'équipe de l'IDEF malgré l'agitation de sa femme. L'équipe prend contact, avec l'accord de Monsieur, avec son psychiatre du CMP.

CONCLUSION

À travers ces trois exemples cliniques, nous pouvons voir se dessiner trois types de trajectoire parmi celles accueillies dans notre petite unité d'intervention précoce en postnatal immédiat.

Celles pour lesquelles les patientes nous sont adressées parce qu'un événement traumatique a gelé toute capacité de rêverie maternelle : les *scenarii* semblent alors, pour elles, ne dessiner qu'une seule issue, celle de la répétition du trauma. L'USAP, par la présence continue d'une équipe formée, par l'observation partagée en réunion pluridisciplinaire tous les matins, propose, en fonction de la clinique de la veille, de la nuit et du jour, des occasions répétées et adaptées de rencontre organisées par des ateliers tels que « le peau à peau accompagné », « les bains allongés », « l'atelier portage ». Ces ateliers, en complément de l'apprentissage des premiers soins, offrent, par la présence attentive de deux soignants, un soutien à la mère dans son corps et par les mots au gré des enjeux transférentiels. Ils apportent aussi une position plus à distance d'observation des interactions. Il s'agit d'un binôme en double regard à la fois à l'écoute de ce qui émerge et participant à détendre au fil de l'atelier ce qui se crispe et entrave la rencontre. Il aura pour objectif de dégeler – de mettre en mouvement en mobilisant les ressentis – la pensée, les capacités d'observation parentales, tout en s'assurant du confort et des besoins de bébé. Lors d'un traumatisme vécu durant une grossesse antérieure, ce seul partage sur le temps de l'USAP

peut suffire à remettre en route l'élaboration, l'ajustement parental, à passer de la préoccupation anxieuse à l'égard du bébé à une position plus modulée rendant possible le processus de subjectivation du bébé.

Il fera émerger dans le regard des parents le bébé réel, et plus largement le ressenti maternel au contact du bébé, ce sera un moment fondateur de cette rencontre pourtant initialement redoutée.

Une autre trajectoire serait celle des mamans qui arrivent avec des antécédents de pathologie psychiatrique ou avec des trajectoires de vie dans lesquelles dominent les ruptures ou la discontinuité et pour qui des étayages et du soin semblent nécessaires après le retour au domicile. L'orientation à l'USAP dans ces moments-là peut se faire dès l'anténatal après un suivi en consultation avec un pédopsychiatre. Ce suivi anténatal en parallèle du suivi obstétrical permet souvent d'instaurer un lien de confiance avec les couples et favorise l'adhésion aux soins.

L'USAP vient alors, dans son rôle d'observateur étayant, favoriser ce qui peut advenir de positif dans la rencontre mais aussi identifier combien les difficultés maternelles vont nécessiter de soutien pour que le bébé puisse voir ses besoins satisfaits. Le binôme soignant, qui entrera en résonance le temps des soins avec chacun des membres de la dyade mère-bébé, va éprouver le prix de la rencontre. L'équipe peut décrire, en appui sur les ateliers, combien parfois il est difficile de faire exister le bébé et ses besoins, combien il est parfois coûteux que la mère les entende. En relève, se partagent préoccupations pour le bébé, pour la mère, projetées sur les différentes voix dans l'équipe. Bien souvent, dans ce temps très précoce, on identifie déjà les stratégies adaptatives parfois coûteuses que le bébé déploie pour s'ajuster à sa maman.

Lorsque le soin de suite s'avère nécessaire, l'équipe peut accompagner la dyade sur les lieux du soin d'aval. Cela favorise, comme cela a été déjà démontré ailleurs, une meilleure accroche aux soins, et réduit le temps entre la sortie de l'hôpital et le premier rendez-vous, ce qui permet une prise en charge plus précoce. L'articulation des soins pourra faire continuité entre l'USAP et les unités mère-bébé par le partage d'outils communs (double regard, écoute simultanée de ce qui émerge du corps comme du discours, rythmicité des soins autour de la prise en charge quotidienne du bébé...). Les orientations précoces concernent plus de la moitié des

patientes accueillies (55 à 67 % sur les trois dernières années et plus de la moitié des patientes adressées poursuivent les soins).

La troisième trajectoire est celle où, rapidement, la question des difficultés maternelles est telle que la question de la protection de l'enfance est engagée. L'USAP s'engage alors dans son volet évaluatif des capacités maternelles et travaille en lien avec les services de l'Aide sociale à l'enfance, le Parquet, les pouponnières départementales, en organisant des réunions de synthèse durant le séjour de la dyade en maternité.

Cette unité fonctionne donc comme un sas avant le retour à domicile. Si les observations, qui dans ces moments-là sont loin d'être économiques pour l'équipe en poste, confirment les craintes que, parfois, la PMI amène avant l'accouchement, l'USAP, souvent en lien avec les équipes de secteur ayant connu la mère, voit l'impossibilité du retour au domicile et peut prendre la décision d'un signalement judiciaire.

L'USAP devient alors, après le temps de la rencontre, le lieu de l'accompagnement vers une séparation, pas une rupture –comme dans les cas d'accouchements sous X qui d'ailleurs constituent une contre-indication pour l'USAP. L'USAP va s'efforcer de prendre le temps d'accompagner le départ du bébé afin que la mère puisse partager, s'approprier l'impossible pour elle de la charge de ce bébé à ce moment-là de sa vie. Temps d'appropriation pour la mère, espace transitionnel pour le bébé avant le lieu de placement.

Nous faisons en sorte, lorsque cela est possible, pour la mère, comme pour le père, en lien avec les services de protection de l'enfance, de permettre qu'ils puissent accompagner leur bébé jusqu'au lieu du placement, de façon à le confier, à prévoir les temps de visites médiatisées, à connaître les référents qui l'accompagneront. Pour le bébé, l'équipe a le souci de transmettre aux puéricultrices qui l'accueilleront un témoignage sur ses premiers temps de vie, afin de permettre une continuité, et ainsi de préserver au mieux de vécus de rapt, d'arrachement, que bien souvent ces situations convoquent. Nous accompagnons un peu moins d'une dizaine de placements par an (entre sept et neuf).

SOINS PÉDOPSYCHIATRIQUES INTENSIFS À DOMICILE POUR LES TROUBLES DE LA RELATION PRÉCOCE : WINNI À DOM

Marie-Charlotte BOUCHARD-FERNANDES¹, Laurence HERMOUET²

L'Unité Winni à Dom est un dispositif de soins intensifs pédopsychiatriques parents-bébé à domicile, rattachée au Centre du tout-petit Donald Winnicott. C'est le fruit d'un partenariat entre le Centre hospitalier spécialisé Georges-Mazurelle (*via* le Centre du tout-petit Donald Winnicott) et l'Hôpital à domicile Vendée.

Le Centre du tout-petit Donald Winnicott est un centre intersectoriel de soin des troubles de la relation précoce parents-bébé. Il propose des consultations pédopsychiatriques, des soins individuels en psychomotricité, des visites à domicile et des hospitalisations de jour mère-bébé. Le travail réalisé s'inscrit au sein du réseau Bien naître en Vendée, qui est rattaché au réseau Sécurité -naissance des Pays de la Loire.

La création de l'Unité Winni à Dom découle du constat fait par les professionnels du réseau que certaines situations ne peuvent être prises en charge de façon suffisamment précoce et intensive, du fait de la difficulté pour certaines familles à se déplacer. C'est en octobre 2013 que Winni à Dom a vu le jour, sous la forme d'un dispositif expérimental de soins psychiatriques intensifs à domicile.

1. Pédopsychiatre coordinateur, Unité Winni-à-Dom, Centre Donald Winnicott, Pôle du secteur nord de pédopsychiatrie, Centre hospitalier Georges-Mazurelle, La Roche-sur-Yon.

2. Infirmière coordinatrice, *id.*

PRÉSENTATION DE WINNI À DOM

Comme certaines dyades ne peuvent pas se déplacer au Centre Donald Winnicott, pour raisons psychiques ou physiques, les soins ne peuvent alors être réalisés de façon suffisamment intensive et précoce et on voit apparaître des signes de souffrance psychique chez les nourrissons et des retards de développement.

Les indications définies au départ sont les familles dites à problèmes multiples, les dépressions du post-partum, les mères psychotiques, les mères adolescentes. Ces troubles maternels entraînent des troubles graves de la relation précoce qui retentissent sur le développement cognitif, psychomoteur et psychoaffectif de l'enfant et nécessitent des soins suffisamment intensifs.

NAISSANCE DE WINNI À DOM

Ce projet a été réfléchi et travaillé depuis 2008. Il s'agit, comme indiqué, d'un partenariat entre le Centre hospitalier spécialisé Georges-Mazurelle (Centre Donald Winnicott) et l'Hôpital à domicile Vendée. Il fonctionne au niveau départemental et dispose de six places : les soignants passent au domicile à une fréquence de trois fois par semaine, et une concertation avec les professionnels du réseau concernés par la situation a lieu une fois par mois. Il prévoit des séjours d'un mois (renouvelables une fois) et la possibilité de continuer sur un mois supplémentaire en diminuant la fréquence des passages pour permettre l'arrêt ou le relais des soins de façon progressive. C'est une équipe soignante intégrée au Centre Donald Winnicott, composée d'une infirmière coordinatrice, d'infirmières psy, d'une psychomotricienne, d'une sage-femme, d'une psychologue, d'un médecin coordonnateur, d'une secrétaire.

L'unité dispose d'une logistique support assurée par l'Hôpital à domicile Vendée avec une permanence téléphonique 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, un dossier de transmission domicile, un dossier patient informatisé et partagé, une évaluation de la satisfaction des parents et des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge.

L'APPROCHE CLINIQUE DE WINNI À DOM

Winni à Dom est une approche thérapeutique sur le lieu de vie du bébé, le domicile étant, pour le bébé comme pour sa famille, un lieu de sécurité. En respectant la permanence de leur environnement, le soignant aide à créer une continuité d'existence pour l'enfant et ses parents. Il s'agit d'intervenir en fin de grossesse et dès les premiers mois de la vie de l'enfant, autour de l'arrivée du bébé et des interactions mère-bébé et parents-bébé afin d'éviter des distorsions relationnelles pouvant être graves pour le développement de l'enfant; de traiter les troubles de la relation précoce pour aider le bébé à se construire un attachement sécurisé; de soutenir les parents, en particulier la mère, dans la construction de son lien avec le bébé au travers d'interventions régulières des soignants; d'être présent dans les moments importants pour métaboliser les angoisses maternelles et protéger le bébé.

Le soin passe par le fait de contenir la mère dans sa fonction maternelle mise à mal : le regard du soignant sur le parent le rassure, le sécurise et le conforte dans ses compétences; le regard sur le bébé soutient le bébé, soutient aussi le regard du parent sur le bébé; le regard porté par le soignant, par sa permanence, permet que tous les petits signes, difficiles à voir chez le nourrisson, deviennent précieux et s'organisent dans une continuité d'observation qui vise à accompagner l'enfant dans la mise en place de son fonctionnement mental.

Le regard donne place à l'enfant réel et le soutient dans son développement en médiatisant sa relation à la mère. Ce regard assure à l'enfant une continuité externe qui le renvoie à un sentiment de continuité interne important pour la construction de son self.

On est dans le « prendre soin » dans la construction d'une enveloppe autour de chacun des partenaires de la dyade, de la triade, de la famille.

LE CADRE INSTITUTIONNEL

L'équipe intervient donc au domicile, sur indication médicale, trois fois par semaine pendant un mois renouvelable si besoin, à raison de deux interventions infirmières et d'une intervention d'une sage-femme et d'une psychomotricienne. Les visites durent d'une heure et demie à deux heures.

Au fil de temps, il est apparu nécessaire de mettre en place des visites de liaison moins fréquentes (une fois par semaine) afin d'assurer une continuité de soin et d'organiser des fins de prise en charge avec une fréquence dégressive des visites pour ne pas interrompre brutalement le lien.

Le cadre de travail est présenté aux parents lors de l'entretien de préadmission effectué par l'infirmière coordonnatrice. Un projet personnalisé est pensé et construit lors de la réunion de coordination initiale en équipe puis présenté aux parents par le médecin. Le cadre des soins est posé en s'ajustant évidemment à l'organisation globale des autres intervenants du réseau (ASE, PMI, TISF, rendez-vous psys et somatiques de la famille). Au terme de chaque mois est organisée une synthèse, suivie d'une concertation avec les membres du réseau. La composante géographique de ce cadre est en grande partie maîtrisée par la famille (choix de la pièce, etc.) sécurisée par ce contrôle. La composante temporelle est décidée en partie avec la famille (durée, présence ou non du père...). Des rituels participant à la cocreation du cadre peuvent s'installer (offre d'un café, choix de la pièce, de la place...), le soignant s'ajustant dans ses interventions en fonction de l'état somatique et psychique du parent, de ses défenses, du rythme et de l'âge du bébé, de la dynamique de la famille.

CAS CLINIQUES

Evan

Nous faisons la connaissance de Mme K. alors que son bébé, Evan, vient d'avoir un mois. Elle demande de l'aide car les débuts sont difficiles et la mise en route de l'allaitement compliquée. Elle a l'impression de ne pas s'occuper de son bébé et que c'est le papa qui assure tout.

Lors du premier entretien, Madame livre en partie son histoire et le parcours du couple. Elle est âgée de 35 ans, est fille unique, ses parents sont âgés et habitent loin. Elle évoque des troubles du comportement durant l'adolescence à la suite d'une agression. Très anxieuse depuis toujours, elle a souffert longtemps de forts maux de tête en lien avec un problème ophtalmique opéré quand elle était jeune adulte. Elle a présenté des troubles alimentaires, s'est scarifiée, a consommé médicaments et drogues et a fait une tentative de suicide médicamenteuse alors qu'elle était étudiante. Ingénieure, elle travaille au sein d'un Conseil général. Vers

30 ans, elle a bénéficié d'un suivi par une psychologue qui l'a « bien aidée » et elle a changé de mode de vie. La méditation, le sport et le changement d'alimentation lui ont également permis d'aller mieux. Nous apprendrons plus tard que Madame a subi, d'une précédente union, une IVG restée encore à ce jour douloureuse psychologiquement.

Le papa, M. C., est un Tunisien, âgé de neuf ans de moins que Madame ; il travaille dans un snack et termine tard le soir. Sa famille vit en Tunisie. Elle ne nous livre pas d'autres éléments le concernant.

Evan est le premier enfant du couple qui se connaît depuis quatre ans. C'est un enfant désiré dont la grossesse arrive quelques mois après une fausse-couche. Madame dit avoir été heureuse mais, aussi, rapidement, anxieuse, la grossesse ayant réveillé des angoisses anciennes. Tout se passe bien, finalement. Monsieur et Madame se consacrent avec plaisir aux préparatifs, la maman bénéficie d'une préparation à l'accouchement et se sent bien connectée avec son bébé. L'accouchement a lieu une semaine avant terme, sans péridurale, que Madame ne souhaitait pas, et en présence du papa. Madame parle d'un moment « fort en sensations et surprenant ». Evan est un beau bébé de 3 kilos 680.

Les choses se compliquent lors de la mise en place de l'allaitement, avec un bébé qui présente une anomalie des freins de langue et de lèvres, qui ne tète pas ou peu, dort beaucoup et est gêné par les glaires. Madame n'a aucune sensation de montée de lait. Elle rentre au domicile après une semaine, dès que le bébé a repris quelques grammes.

Madame, qui avait idéalisé son allaitement en lisant beaucoup de livres et de témoignages de mères sur internet, n'avait à aucun moment imaginé que cela pourrait ne pas fonctionner. Elle n'a que le soutien de son conjoint, qui fait ce qu'il peut. Elle a recours à un DAL, ce qui nécessite une grande disponibilité et de l'organisation. Mme K. est très fatiguée, ne dort ni le jour ni la nuit. Elle a le sentiment qu'on lui vole du temps avec son enfant, qu'elle n'a pas le temps de prendre ni de regarder. Elle culpabilise du fait que le lien ne se met pas en place et de voir son conjoint s'occuper du bébé et de tout le quotidien. Lorsqu'elle est seule avec Evan, elle ne sait pas décoder ses besoins, ce qui l'angoisse et achève de la persuader qu'elle n'est pas une bonne mère. Elle ne sort plus de chez elle, n'a plus un instant à elle et se sent démunie, épuisée. N'ayant pas de médecin référent, elle interpelle de nombreux professionnels : un ostéopathe, la PMI, un orthophoniste, un ORL..., mais cherche aussi des solutions sur les réseaux sociaux et se

confronte à des réponses qui ne la rassurent pas, car elle n'est pas capable d'opérer ses propres choix. Le papa se pose moins de questions, paraît plus à l'aise avec un tout-petit, suit les conseils de sa mère et d'une de ses sœurs déjà maman. Il parvient mieux à apaiser son bébé.

Au début de nos interventions, Evan est un bébé éveillé qui suit du regard, gazouille mais qui présente aussi des tensions corporelles, qui se tortille et pleure. Il prend du poids mais boit très lentement et s'endort généralement au sein ou sur le DAL.

Quant à Madame, elle est envahie par les difficultés de son allaitement, qui reste le sujet principal lors de nos interventions. Malgré une petite prise de poids de son bébé, des tensions mammaires importantes et des crevasses, elle persiste dans son choix d'allaiter et ne s'autorise pas à passer au biberon, bien que le papa l'y encourage. Le couple place beaucoup d'espoir dans la frénectomie de son bébé, espérant une succion plus efficace. Cependant, il n'y a pas d'amélioration constatée après l'intervention. Nous accompagnons alors Madame dans le sevrage et le passage au biberon, qu'Evan accepte sans difficulté. Il nous est alors possible d'accompagner la maman tout en essayant de la déculpabiliser et de contenir ses angoisses. Nous axons notre travail à l'aider à prendre du plaisir à s'occuper de son bébé dans d'autres temps que l'allaitement : temps d'éveil et accompagnement à l'endormissement en dehors des bras. Nous la soutenons pour cibler les personnes ressources qu'elle peut interpeller afin de ne plus s'éparpiller car elle est très preneuse de l'accompagnement et des conseils et prête à les mettre en œuvre. Elle peut encore rester angoissée sur de nombreux sujets, par exemple : qu'en sera-t-il de l'ajustement au bébé grandissant ? Nous l'orientons donc vers le Centre médico-psychologique pour adultes (CMP) afin qu'elle puisse avoir un espace de soins pour elle. Un traitement antidépresseur est mis en place qui lui permet de prendre de la distance avec ses angoisses récentes et aussi anciennes, probablement réveillées par la maternité.

Sur la fin de la prise en charge, Madame est rassurée par le discours des différents intervenants qui lui confirment que son bébé va bien. Elle prend plus de plaisir à être avec lui et prend confiance en ses capacités maternelles.

Evan, quant à lui, est un bébé beaucoup plus détendu corporellement, bien en relation, souriant, qui jase. Il évolue bien à son rythme au niveau psychomoteur. Les rythmes tant au niveau du sommeil que des repas sont bien installés.

Afin de consolider le travail d'accompagnement par Winni à Dom et en tenant compte des fragilités de Madame, nous proposons un relais en ambulatoire avec le Centre du tout-petit.

Léo

Madame appelle sur les conseils de la puéricultrice de PMI. Léo a un mois, il vit avec ses parents et son frère, Gaëtan, qui a 3 ans. Madame sort d'une hospitalisation de dix jours au Centre hospitalier spécialisé (CHS) pour une psychose puerpérale. À la suite de la naissance de Gaëtan, Madame avait déjà souffert d'une dépression du post-partum, et avait été hospitalisée quelques jours puis suivie au CMP. Ce suivi s'était arrêté avec le départ à la retraite du psychiatre...

À la naissance de Léo, Madame est restée quelques jours à la maternité puis a été transférée au CHS dans un contexte de délire avec hallucinations et angoisses importantes. C'est Monsieur qui s'est occupé de Léo et de Gaëtan pendant ce temps.

Madame est originaire de Vendée. Son père est décédé quand elle avait douze ans, elle a de bons rapports avec sa mère. Elle a une formation bac plus trois et travaille comme assistante pédagogique dans un lycée. Monsieur est originaire de Vendée, ses parents vivent à une heure de chez eux, ils ont de bons rapports entre eux. Monsieur est vendeur dans un magasin bio.

Madame parle peu de la dépression qui a fait suite à la naissance de Gaëtan, dit plus ses difficultés à poser des limites autour de ses dix-huit mois. Léo est un enfant désiré mais arrivé « trop vite » : Madame a eu du mal à investir sa grossesse. L'accouchement s'est bien passé, Madame en parle peu. Elle souhaitait allaiter mais a dû arrêter rapidement du fait de la mise en place du traitement psychotrope.

Léo est un bébé tendu qui pleure beaucoup. Rapidement, on l'observe : il ne cherche pas la relation à sa mère, émet peu de sons, semble par contre écouter attentivement les soignants, cherche leur regard.

Madame est passive dans le lien à ses enfants, peu stimulante, peu contenante. Elle explique être ralentie par le traitement. Lors des visites, Madame réagit aux pleurs de Léo, le prend dans ses bras, mais dit sa difficulté à comprendre ses pleurs. Les soins corporels à son bébé sont faits sans mots, ses gestes sont mécaniques. Madame est peu en relation avec Léo. Son portage n'est pas toujours adapté, plutôt lâche. Le bébé peut

glisser des bras maternels, la maman ne s'en rend pas toujours compte. Elle entend nos remarques et essaie de s'ajuster.

Avec la diminution du traitement psychotrope, Madame sera effectivement plus présente, mais les interactions avec ses enfants sont toujours peu contenantes. Léo regarde alors plus sa mère. Sur le tapis, il est bien en relation, curieux, cherche à attraper les jouets qu'on lui tend mais se mobilise peu. Lors des passages des soignants, Gaëtan est régulièrement présent, c'est un enfant qui interpelle, il est très agité, dispersé, cherche à attirer l'attention. La soignante est souvent amenée à lui proposer des jeux.

Monsieur est fatigué, supporte mal l'inertie de sa femme et l'agitation de Gaëtan. Les relations au domicile sont conflictuelles. Le mari refuse d'aller voir son médecin pour lui et de se rendre au CMP pour Gaëtan. C'est lors d'une consultation plusieurs mois après le début des soins qu'il pourra évoquer la peur qu'il a ressentie face à l'épisode psychotique de sa femme. La maison est souvent en désordre, Madame est fatiguée.

La prise en charge Winni à Dom s'est arrêtée avec la reprise de travail de Madame, mais le suivi a continué avec la poursuite des consultations et des visites à domicile mensuelles par une infirmière de l'équipe du Centre du tout-petit Winnicott. Madame va arrêter son suivi au CMP et son traitement.

Quelques mois plus tard, elle présente de nouveau un épisode délirant : Monsieur refuse de demander son hospitalisation, c'est le médecin généraliste qui devra gérer la situation au domicile les premiers jours, puis Madame acceptera de retourner au CMP. Le délire s'arrêtera rapidement, avec la remise en place d'un traitement psychotrope.

Dans cet environnement peu serein et peu sécurisant, Léo reste un enfant qui se mobilise peu, le bas du corps ne semble pas investi, il se déplace très peu, n'utilise pas ses jambes et tolère mal le toucher. Il est bien en relation par ailleurs, habile de ses mains et curieux. Il jase, chante. Un bilan psychomoteur est alors réalisé et aboutit à un suivi individuel en psychomotricité au Centre Winnicott.

ÉCRIT DE LA PSYCHOMOTRICIENNE À PROPOS DE SOINS PRODIGUÉS
À LÉO TOUTS LES QUINZE JOURS PENDANT SIX MOIS

La prise en charge sera proposée avec un accompagnement parental lors de la séance, sans travail de séparation-individuation. En fait, Madame ne viendra qu'une seule fois et mettra à distance les autres rendez-vous

possibles lors des vacances scolaires. Le suivi sera donc une prise en charge père-enfant. Le soutien à Madame se fera à domicile, par une infirmière, au rythme d'une visite par mois par l'équipe du CMP.

Monsieur a d'abord du mal à investir le suivi. Il questionne, indirectement mais régulièrement, sur la nécessité de ce suivi, déniait le retard psychomoteur : « Chaque enfant va à son rythme, je ne suis pas inquiet, il marchera bien un jour, mais bon, si vous pensez qu'il faut le faire... »

Il faut du temps pour se décentrer de la problématique du retard psychomoteur et envisager avec Monsieur le mal-être plus global de Léo. Au début du suivi, l'enfant cherche peu la relation à l'autre, voire la fuit. Le papa interprète : « Il veut faire seul. » Une problématique autour du toucher est manifeste : Léo crie, hurle au moindre contact corporel. Il peut se montrer en détresse, envahi par ses propres émotions qui le débordent. Dans la relation, Monsieur paraît en peine pour le contenir et offrir une fonction de pare-excitation aux émotions de Léo. Souvent il répond plutôt en faisant diversion, sous une modalité corporelle et sensorielle assez excitante (chatouilles, fixation sur les livres d'animaux). Le suivi va permettre à Léo de se construire dans une relation sécurisante, réintroduisant le toucher corporel comme contenant et apaisant. Plus tard, l'apparition du langage aura cette même fonction alors qu'à la maison les cris de chacun sont régulièrement le mode de communication.

Progressivement, Monsieur investit le suivi et organise sa journée autour de celui-ci. Il partage avec Léo des moments de balades au calme, promenades qu'il faisait auparavant en solitaire pour fuir la dynamique familiale et se ressourcer. Il montre ouvertement son épuisement physique et psychique, il entend nos inquiétudes. Pendant longtemps, il a mis en avant ses préoccupations au travail, puis transparaissent dans son discours ses difficultés propres d'accès à la paternité. Il peine à poser un cadre souple à ses enfants, à répondre à leurs sollicitations. Il exprime son épuisement à compenser la fonction maternelle défaillante et sa difficulté à vivre avec une femme souffrant de maladie mentale.

À la fin du suivi, Madame présente à nouveau une période de décompensation. Monsieur songe alors à faire une démarche auprès du CMP pour lui-même.

LA FONCTION CONTENANTE AU SEIN D'UN RÉSEAU DE SOIN EN PÉRINATALITÉ : INTÉRÊTS, ENJEUX ET DISPOSITIFS

Marie SCHNEIDER¹

Avec Rose-Angélique BELOT², Julie PASCOA³, Anne BASSEGIO⁴,
Sylvie NEZELOF⁵, Denis MELLIER⁶

INTRODUCTION

Le travail en réseau, très à la mode dans notre société hyper connectée, a connu en pédopsychiatrie un essor avec le développement du champ de la périnatalité (MOLÉNAT 2001; DUGNAT 2016; KOJAYAN 2016). Nombreux sont les professionnels qui, dans la clinique quotidienne, font le constat que certaines situations ne peuvent se travailler que dans le cadre de collaborations interdisciplinaires, en articulation interservices. Ce travail reste néanmoins investi et pratiqué de manière hétérogène au sein des dispositifs de soins en périnatalité (NEZELOF 2016). Peut-être est-ce parce qu'il est plus volontiers mis en lumière lorsqu'il est centré sur une pathologie spécifique (tel le sida par exemple), et souffre, en périnatalité,

1. Marie Schneider, auteur correspondant, cheffe de clinique, Guidance infantile, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SPEA), Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

2. Maître de conférences en psychologie clinique, psychologue clinicienne, Université Bourgogne-Franche-Comté. Laboratoire de psychologie-EA3188.

3. Praticien hospitalier, Service de psychiatrie infanto-juvénile, CHU Besançon.

4. Cadre de santé, CHU Besançon.

5. Professeur en pédopsychiatrie, CHU Besançon, Laboratoire neurosciences cliniques et intégratives-EA481, Université Bourgogne-Franche-Comté.

6. Professeur en psychologie clinique, Laboratoire de psychologie EA3188, Université Bourgogne-Franche-Comté.

d'un défaut de représentations. Peut-être aussi souffre-t-il d'un décalage entre sa formalisation officielle et la réalité du travail clinique qu'il implique, la plupart des réseaux se créant de manière informelle, en fonction de chaque situation. Peut-être finalement est-il mal connu dans ses spécificités thérapeutiques et trop souvent considéré comme un simple sous-produit de la tendance actuelle à l'hypercloisonnement. Ces spécificités sont pourtant réelles et gagneraient à être mises en lumière. Nous nous proposons dans cette présentation d'en illustrer quelques aspects, et de mettre en relief les différentes facettes des dispositifs de soins en périnatalité, en nous référant à une situation clinique particulièrement dense. Plus précisément, nous exposerons à la lumière de ce cas les particularités du travail de réseau mises en œuvre et leurs articulations, et développerons en filigrane le modèle de la fonction contenante, qui permet de les penser de manière tout à fait novatrice. Ce modèle mériterait, selon nous, d'être mieux connu au sein des réseaux interprofessionnels car il permet de conceptualiser et comprendre la relation soignante au plus juste et ce qu'elle revêt.

FONCTION CONTENANTE ET ÉQUIPES DE SOIN, PARTICULARITÉS EN PÉRINATALITÉ

La théorie de la fonction contenante prend ses racines dans le modèle théorique développé par Bion (MELLIER 2005). Celui-ci propose que les souffrances primitives (éléments β) que le sujet expulse doivent être transformées par un traitement psychique approprié. Lorsque ce traitement psychique est réussi, ces éléments bruts sont devenus des éléments α et sont en capacité d'être assimilés au plan psychique (BION 1962). Lorsque le sujet ne peut pas traiter pour lui-même ce type de matériaux bruts, la souffrance psychique est présente et des somatisations peuvent apparaître. C'est alors à l'environnement qu'il revient de faire ce travail initialement défaillant. Didier Anzieu (1996) souligne que le développement de la fonction contenante s'intrique dans les stades les plus précoces du développement, avec *Le Moi-peau* (1985), où la dimension corporelle est peu différenciée des éléments psychiques. Elle se retrouve aussi dans le travail psychique en groupe, permettant au sujet de penser le dedans et le dehors du groupe (ANZIEU 1984).

L'équipe étant aussi un groupe (MELLIER 2019), la fonction contenante, d'enveloppe (MENZIES 1988; ABOUT 1992; HOUZEL 2005; MELLIER 2018), ou encore conteneur (KAËS 1979), s'avère précieuse. Elle permet, selon René Kaës, de rétablir le « *processus psychique grâce au travail de transformation de contenus destructeurs par un contenant humain actif et apte à rendre possible cette métabolisation* ». Dider Houzel en développe les aspects dynamiques, autrement dit le processus de contenance (HOUZEL 2005), en prenant en compte la présence des enveloppes tant au niveau individuel, familial qu'institutionnel (HOUZEL 1992). Il s'agit là d'un « processus de stabilisation de mouvances pulsionnelles et émotionnelles qui permet la création de formes psychiques douées de stabilité structurelle ». Ce processus dans l'espace de soin permet de recevoir la confusion du patient lorsque celui-ci ne peut contenir et penser tout seul, puis contenir et transformer ces éléments bruts, angoisses et conflits jusque là non représentables. Élargi au dispositif soignant, il est alors assuré par des équipes interdisciplinaires quand un sujet est accueilli en institution, et plus globalement par les réseaux de professionnels, notamment en périnatalité. Si les soignants peuvent se sentir « affectés », tous les processus transférentiels sont activés et un travail peut alors débiter. Chaque professionnel aura donc à réaliser personnellement un travail pour recevoir, contenir et penser les angoisses ou anxiétés des sujets pris en charge (MELLIER 2019), mais devra aussi « faire équipe » avec les autres professionnels sans quoi ce travail sera impossible à réaliser. En périnatalité, une particularité est l'intrication très forte des aspects corporels rencontrés en clinique (somatiques et psychiques) et des conflits qui peuvent survenir entre les soignants identifiés à la mère ou au bébé, notamment lorsqu'un pronostic vital est engagé. Face à ces difficultés de grande ampleur, le risque est le clivage, ou le « compartimentage » des soignants, chacun s'isolant des autres et pensant être à même, seul, de résoudre le problème (NEZELOF 2016). L'autre aspect concerne les particularités de la vie psychique d'une femme enceinte et les dangers que représente la reviviscence d'éléments archaïques (BELOT 2016) et la confrontation à des aspects infantiles qui, jusque-là, avaient réussi à rester ignorés. Ainsi, lorsque la mère ne peut pas suffisamment compter sur ses propres ressources psychiques internes, et manque d'étayage sur les plans social et environnemental, la contenance telle que connue et pratiquée en entretien individuel classique peut ne pas suffire, mais doit être étendue au réseau de soin. Y parvenir et faire fonctionner ce type de prise en charge demande un travail complexe et spécifique.

HISTOIRE CLINIQUE

Après avoir introduit quelques notions relatives à notre dispositif de soin, nous présenterons ici l'histoire clinique de Mme H., jeune femme blonde aux yeux clairs que nous rencontrons à dix semaines d'aménorrhée lors de sa deuxième grossesse, après une IVG un an auparavant¹. Nous décrivons les différents moments évolutifs de ce suivi tels qu'ils ont pu s'organiser à partir des consultations initiales, ainsi que le parcours de soin parfois chaotique de cette patiente tout au long de sa grossesse. Nous proposerons d'en faire une analyse en deux parties, propice à mettre en lumière les dispositifs de soins, leurs articulations et les difficultés qu'ils ont connu, comme autant de facettes de ce travail de réseau.

Un dispositif de soin : l'équipe de pédopsychiatrie de liaison

Notre histoire se déroule au CHRU de Besançon, où l'équipe de pédopsychiatrie de liaison intervient auprès des femmes enceintes, dans le cadre de consultations ambulatoires anténatales, à la maternité auprès des parturientes, ainsi que dans les mois qui suivent l'accouchement, mais aussi à la demande des équipes dans les autres services du CHRU accompagnant des femmes enceintes pour lesquelles une problématique psychique apparaît et entrave le bon déroulement de leur grossesse. Cette équipe est constituée d'un pédopsychiatre, d'un interne et d'une infirmière puéricultrice, qui travaillent en étroite collaboration avec les partenaires du réseau périnatal : maternité, hospitalisation mère-bébé, PMI...

PRÉAMBULE ET PREMIER ACTE : DES DÉBUTS MOUVEMENTÉS

Le réseau personnel initial de Mme H. est principalement constitué de son couple. Celui-ci est marié depuis trois ans, les époux partagent leur activité professionnelle, vivent à proximité de leurs familles d'origine, et ont peu de relations amicales par ailleurs. L'étayage familial apparaît néanmoins faible : Monsieur et Madame ont chacun perdu leur mère à l'âge de dix ans. Madame, très proche de son père suite au décès de sa

1. Pascoa J., Belot R.A., Schneider M., Bassegio A., Nezelof S., Mellier D. (en cours de publication) « Péril psychosomatique lors de l'accès à la maternité et fonction contenante d'un réseau, à propos d'un cas. »

mère, rompt brutalement les liens en début de grossesse avec celui-ci, se sentant peu soutenue. Le réseau secondaire préexistant à la grossesse de Mme H. est composé de l'équipe de diabétologie du CHRU de Besançon et de son psychiatre traitant. C'est depuis son adolescence que Mme H. est suivie au CHU de Besançon pour un diabète de type 1, de transmission maternelle, dont le diagnostic avait été vécu douloureusement. Peut-être avait-il réactualisé le caractère traumatique des comas hypoglycémiques de sa mère, auxquels elle a assisté à plusieurs reprises étant enfant ? Le diabète de Mme H. restera d'ailleurs longtemps déséquilibré, celle-ci préférant par précaution se maintenir en hyperglycémie, de peur de répéter ces épisodes. Mme H. noue une véritable relation de confiance avec sa diabétologue, relation qu'elle maintiendra pendant toute sa grossesse, favorisant ultérieurement le développement des liens interdisciplinaires. Par ailleurs et depuis cinq ans, Mme H. effectue un travail psychothérapeutique en libéral, ressenti comme soutenant.

Deux ans avant notre rencontre, Mme H. arrête toute contraception de crainte des effets secondaires des pilules contraceptives et tombe enceinte. Elle présente alors un diabète très déséquilibré, compliqué d'une rétinopathie diabétique, ce qui la conduit à décider, avec son conjoint et soutenue par l'équipe médicale, d'une interruption volontaire de grossesse. Quelques temps plus tard Mme H. formule un désir de grossesse à sa diabétologue. Cette nouvelle grossesse est alors préparée au CHRU de Besançon, avec la pose d'une pompe à insuline permettant un monitoring continu des glycémies.

Dans ce contexte, et alors qu'elle n'est pas encore enceinte, Mme H. commence à présenter des nausées avec vomissements itératifs presque hebdomadaires qui restent inexpliqués malgré de multiples investigations médicales. Lorsque la grossesse survient, elle est vécue par Mme H. comme trop rapide, voir inattendue. Mme H. demande, dès le début de sa grossesse, à être suivie sur le plan obstétrical au CHRU également, bien que ce ne soit pas la maternité la plus proche de son domicile. Pendant le premier trimestre, les vomissements s'intensifient, jusqu'à atteindre une fréquence quotidienne voir pluriquotidienne (jusqu'à vingt épisodes de vomissements par jour), avec un caractère envahissant justifiant quatre hospitalisations successives dans le service de diabétologie. Malgré les investigations, aucune cause organique n'est mise en évidence. Les liens de Mme H. avec le service témoignent de ses difficultés : tantôt elle vient y trouver refuge,

tantôt elle le quitte brutalement, contre avis médical. À d'autres moments, des sorties en permissions en urgence sont accordées à sa demande, mais les vomissements incoercibles réapparaissent immédiatement après son retour à la maison. L'intensité de la symptomatologie et les désordres hydro-électrolytiques engendrés vont nécessiter, dans un premier temps, la pose de perfusions intraveineuses puis, plus tard, la pose d'une sonde nasogastrique, véritables « cordons ombilicaux » la reliant symboliquement au service. À cette période, Mme H. évoque furtivement auprès de l'équipe médicale du service l'idée d'interrompre la grossesse en cours. Les soignants évoquent leur sentiment d'impuissance, voire d'impasse face aux allers et venues de Mme H., et à l'absence de substrat organique identifiable. Ils découvrent plus tard que ces vomissements sont, en grande partie, provoqués par Mme H. C'est dans ce contexte que nous sommes sollicités par l'équipe.

Notre première rencontre avec Mme H. a lieu à trois mois de grossesse, dans le service de diabétologie où elle nous reçoit depuis son lit d'hôpital, en position demi-assise. Bien que n'ayant pas de demande à notre égard, Mme H. accepte d'aborder quelques éléments de sa grossesse et de nous revoir. Nous sommes alors frappés par le caractère figé de ses expressions et mécanique de son discours. Factuel et dépourvu de narrativité, de liens ou d'associations en apparence, il sonne creux, peu habité, voire « plaqué ». À aucun moment nous ne parvenons à croiser son regard, comme si la rencontre était impossible. Les figures familiales semblent lointaines, Mme H. souligne le manque d'une figure maternelle étayante, nous confiant que sa mère et sa belle-mère sont toutes deux décédées. Nos tentatives pour aborder avec elle son vécu, son passé ou la temporalité de son histoire se heurtent systématiquement aux nausées dont elle se plaint alors soudainement et elle demande alors à ce que nous écourtions nos entretiens.

Au cours des semaines suivantes, son état physique se dégrade. L'apparition d'une dénutrition et de désordres hydro-électrolytiques font craindre d'autres complications, notamment cardiaques. Durant l'été, elle semble mal tolérer le départ en vacances de son médecin psychiatre avec qui elle rompt brutalement. Pendant le deuxième trimestre de grossesse, quelques jours après sa sortie du service de diabétologie, Mme H. fait une tentative de suicide par injection d'insuline à son domicile. Son conjoint pratique les gestes de premiers secours et contacte les urgences et Mme H. est hospitalisée dans le service de pathologies materno-fœtales. Elle

demande aux soignants de l'aider à mettre fin à ses jours, ce qui conduit à un transfert en service de psychiatrie adulte. Elle évoque alors des angoisses en lien avec la maternité et l'arrivée du bébé, la crainte d'être une mauvaise mère. Rapidement Mme H. dit mal tolérer le cadre de l'hospitalisation, notamment la gestion du traitement de son diabète par l'équipe, et téléphone à sa diabétologue depuis le service pour lui communiquer son sentiment de ne pas être prise en charge de manière optimale. L'intensité des mouvements projectifs de Mme H. et de sa symptomatologie ne prend pas toujours sens pour les soignants, et de nombreux clivages et dissensions se font sentir au sein de l'équipe. Les enjeux se concentrent alors autour de la gestion du traitement du diabète, et la surveillance somatique des vomissements. De nouveau, Mme H. demande à quitter le service contre avis médical. La question d'une hospitalisation en soin sans consentement est soulevée devant le risque de récurrence du geste autolytique et de la présence d'un moyen létal à disposition (insuline au domicile) de Mme H. Au vu de l'apaisement des idées suicidaires, cette option n'est finalement pas retenue, et Mme H. rentre à domicile, à cinq mois de grossesse, avec un suivi rapproché par notre équipe ainsi que par les équipes de diabétologie et d'obstétrique. Contrastant avec les préoccupations des autres professionnels, les obstétriciens, qui assurent le suivi de la grossesse, ne présentent pas d'inquiétudes majeures, le fœtus poursuivant sans encombre sa croissance *in utero*. Lorsque Mme H. revoit sa diabétologue quelques jours après la sortie du service de psychiatrie, les angoisses exprimées autour d'un déséquilibre de son diabète semblent avoir disparu. Néanmoins, quelques jours plus tard, devant la reprise de vomissements incoercibles, Mme H. se rend aux urgences psychiatriques avec son conjoint, et sera ré-hospitalisée en diabétologie.

Face aux passages à l'acte, quelles articulations entre les dispositifs de soin ?

Durant ce premier trimestre prédominent les *acting* de Mme H. Nous pouvons concevoir ces passages à l'acte comme autant de tentatives de parer à une effraction pulsionnelle, véritable menace de débordement psychique, sous le coup de la reviviscence d'expériences infantiles non élaborées et traumatiques. Nous faisons l'hypothèse d'une organisation de personnalité pré morbide de type limite, par défaillance du pare-excitation de Mme H. et de la fonction contenante, à la faveur de la

réactualisation de conflits infantiles dans le cadre de l'accèsion réelle et symbolique à la maternité. Les vomissements questionnent la gestion de l'ambivalence, à l'instar des mots de Bergeret (1984) à propos de la violence fondamentale : « c'est lui ou moi ». Des projections intenses mais aussi des défenses de type clivage, déni, idéalisation et *acting* sont à l'œuvre (KERNBERG 1976; WINNICOTT 1975). Ces mécanismes de défense archaïques, convoqués par la grossesse, sont externalisés et projetés sur les équipes de soins. Leur ampleur inquiète les équipes. Parallèlement, la profusion de ces *acting* contraste avec la vacuité de notre contre-transfert dans la relation avec Mme H., véritable vide représentationnel qui n'est pas sans rappeler la relation blanche évoquée par Pierre Marty (1963) dans le cadre des dépressions sans affects et des manifestations psychosomatiques. Non accessibles à la clinique de la parole *via* l'entretien psychiatrique classique, ils nous ont poussés à tenter de dessiner le tableau en négatif de ce que nous imaginions du vécu et du psychisme de Mme H., de lui prêter notre appareil perceptuel, ou notre appareil à penser (BION 1962), et de restaurer une fonction alpha défaillante.

Ces mécanismes de défense viennent aussi d'emblée se déployer sur le théâtre de l'institution. À chaque hospitalisation, se manifestent des symptômes en décalage avec la spécialité du service, signant les difficultés à contenir ces angoisses. Ainsi, en diabétologie prédominent les idées et le risque suicidaire; en psychiatrie, c'est le diabète et les désordres somatiques qui font craindre une urgence vitale, augmentant l'impuissance et mettant en échec les équipes. Ces équipes sont mises en tension à tous les niveaux, avec des enjeux et des clivages tels que l'opposition ambulatoire/hospitalier, psychiatrie/somatique, intra/extrahospitalier, ou encore concernant les soignants de différentes professions entre eux.

Eu égard à ces éléments, le travail en réseau s'impose d'emblée comme une priorité absolue. Il s'agit de rassembler et d'intégrer ces différentes parties clivées de Mme H., ses intenses projections, pour comprendre mais surtout pour soigner. Afin de permettre une coordination des soins et la conciliation des spécificités de chacun, nous contactons les différents professionnels et mettons en place des réunions interdisciplinaires afin que chaque aspect des soins soit assuré par un service spécialisé, toujours en réseau avec les autres. Ces temps de réflexion rassemblent alors sages-

femmes et obstétriciens, diabétologue, puéricultrice, psychiatre d'adulte, pédopsychiatre mais aussi plus tard pédiatre, néphrologue et réanimateur. Progressivement, un maillage institutionnel interdisciplinaire s'établit afin de construire une continuité dans les soins, de renforcer les liens entre professionnels et d'élaborer ensemble un projet cohérent.

DEUXIÈME PARTIE : RÉGRESSION PSYCHOSOMATIQUE ET ANGOISSES DE MORT

Les deuxième et troisième trimestres de grossesse marquent un tournant, avec une altération importante de l'état général de Mme H. Nous sommes frappés par sa transformation physique, son amaigrissement, un visage livide et inexpressif, contrastant avec un regard exprimant de l'effroi. Une désorganisation psychique intense et un syndrome mélancoliforme sont observés. Mme H. reste alitée en permanence et a besoin d'être assistée dans tous les gestes de la vie quotidienne (toilette, repas, etc).

L'équipe soignante assure le portage tant psychique que physique de Mme H. et se montre particulièrement éprouvée. Se pose la question d'une dépendance archaïque du tout début de la vie, comparable à celle d'un nouveau-né. C'est aussi la question de la mort qui se voit convoquée, contemporaine des origines de la vie, dans la dualité intrinsèque de toute naissance. Un état de sidération, voire d'extinction psychique semble contaminer l'équipe. L'infirmière puéricultrice nous confie ainsi avoir l'impression de réaliser une toilette mortuaire lors des moments d'aide à la toilette de Mme H. Des questionnements éthiques sont soulevés dans des débats animés entre professionnels. Ils mettent à jour les identifications massives de chacun. « Il faut faire vivre ce bébé », dit la sage-femme. Certains évoquent l'idée d'une sédation maternelle pour poursuivre la grossesse jusqu'à ce que le fœtus soit viable; d'autres se questionnent sur la possibilité d'une extraction foetale précoce dans une optique de « sauvetage maternel ». Dans l'optique d'accompagner cet état régressif intense, tout en faisant exister le bébé à naître, nous décidons en réunion multidisciplinaire d'un accompagnement en hôpital de jour en gynécologie-obstétrique dans le cadre des suivis de « grossesses à haut risque ». Le conjoint de Mme H. montre une attitude contrastante avec la gravité de la situation et des débats en cours. Jovial, il se dit serein, et nous confie « vous verrez, après la naissance tout redeviendra comme avant! »

Portage psychique et contenance des dispositifs de soin

Contrastant avec les *actings* du premier trimestre, la fin de la grossesse de Mme H. est marquée par une régression psychosomatique intense. Cet état, en deçà du verbal, se compose pêle-mêle de traces perceptives non élaborables, ou préformes d'affect, et d'éléments archaïques reconvoqués (BELOT 2014). Il signe également une déliaison pulsionnelle de grande ampleur, avec présence de pulsions de mort. La prédominance de ce registre psychosomatique nous conduit à axer les soins de Mme H. avant tout sur une dimension corporelle : toilettes, *nursing*, portage littéral par les équipes soignantes. Les professionnels du réseau de soin sont mis à rude épreuve, ce que reflète leurs représentations : tantôt mortifères, tantôt empreintes d'un élan salvateur, et sans doute salutaire, envers le bébé. Ces angoisses mobilisées chez les soignants, ces clivages, mais aussi l'expression de ces mouvements agressifs inconscients nous ont interrogés par leur intensité. Il est vrai pourtant qu'il s'agit là d'une particularité du champ de la périnatalité : une femme enceinte mobilise différemment ceux qui s'occupent de la mère et ceux qui ont en charge le bébé, entraînant tout un cortège de jeux d'identifications croisées et des risques de clivage. Il est intéressant, ici, de constater que la mise en place des réunions interdisciplinaires a permis la création d'un espace suffisamment sûr pour que chacun y nomme et y partage ses préoccupations, aussi intenses soient elles. Peut-être aussi est-ce parce que la communication au sein du réseau a permis de créer des espaces interstitiels jusque-là manquants et d'instaurer un espace tiers comme alternative à la dynamique d'emprise qui planait pour chaque soignant en relation duelle avec Mme H.

TROISIÈME PARTIE : UN DÉNOUEMENT, ÉCHAPPEMENT, OU ACHOPPEMENT ?

À 33 semaines d'aménorrhée, Mme H. présente une pré-éclampsie, véritable réaction hypertensive par dysfonctionnement placentaire, sorte de rejet de la « greffe fœtale ». Sa résistance aux traitements impose une extraction fœtale en urgence. C'est ainsi que naît Jules, qui présente de bons paramètres de naissance et une adaptation néonatale adéquate. Tandis que Jules est transféré à la maternité puis en néonatalogie, Mme

H. est hospitalisée en réanimation puis en néphrologie afin de stabiliser sa tension artérielle. Les sages-femmes interviennent alors auprès de la dyade par détachement du service de maternité, afin de favoriser les rencontres mère-bébé et de soutenir l'instauration des premiers liens. Mme H. se rend tous les jours en néonatalogie, avec son mari qui s'affirme d'avantage et peut prendre sa place de père. L'équipe décrit des moments de flottement durant lesquels Mme H. semble peu présente dans la relation avec Jules. Jules ne sera pas allaité en raison des psychotropes administrés pendant la grossesse.

À la sortie du service de néphrologie, nous revoyons Mme H. et sommes alors de nouveau frappés par sa transformation physique : debout et en forme, elle se déplace aisément bien qu'elle ait été alitée pendant plusieurs mois. Elle se montre apprêtée, le visage ouvert et animé. Elle est néanmoins fuyante et il nous est difficile d'appréhender la nature et l'instauration des premiers liens. M. H. se montre rassurant vis-à-vis des professionnels. Notre dernière consultation a lieu en ambulatoire une semaine après que Jules soit sorti de néonatalogie, il est alors âgé d'un mois. Placé dans la poussette à côté de sa maman mais dos aux soignants, il semble dormir tout le long de la consultation. Mme H. dresse un tableau presque idyllique de son vécu actuel. « *C'est comme s'il avait toujours été là* », dit-elle de Jules, dans un discours restant aussi très lisse. Les éléments que nous récoltons lors de cet entretien laissent à penser que Mme H. se montre globalement ajustée dans ses interactions et ses représentations de l'enfant. Elle nous dit ne pas vouloir revenir sur la période de sa grossesse qui, pour elle, constitue une « parenthèse qu'elle a refermée ». Nous apprenons qu'elle a renoué avec son psychiatre référent et qu'elle dispose d'un espace psychothérapeutique, ce qui nous rassure sur les possibilités d'élaboration ultérieures. La PMI, que nous contacterons ultérieurement, se montre rassurante.

EN CONCLUSION

L'articulation des dispositifs de soins en périnatalité est toujours à construire et à réinventer au gré des situations, notamment en temps de crise. Nous en avons présenté certaines modalités à travers l'exposé de ce cas. C'est en grande partie, selon nous, l'extension de la fonction

contenante à l'institution et au réseau de soin, fonction métaphorique dirait Pierre Delion (2018), qui a permis d'accompagner Mme H. pendant sa grossesse jusqu'au dénouement de la situation de crise. Dimension essentielle du travail en réseau, c'est peut-être aussi l'une des plus fragiles et qui ne va jamais de soi. Elle nécessite beaucoup de temps, des temps d'analyse réguliers entre les acteurs du soin pour résister à la crudité des affects, permettre la contenance, favoriser la cohérence, tout en respectant la différenciation. Il s'agit d'une clinique de la complexité qui nécessite d'être pensée dans l'interdisciplinarité.

BIBLIOGRAPHIE

- About E. (1992) « Une capacité de rêverie plurielle. Une application des théories de Bion dans un accueil hospitalier pour mères et bébés. » *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 57, n°1, p. 62-75.
- ANZIEU D. (1996) « Cadre psychanalytique et enveloppes psychiques. » *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, n°2, p. 12-24.
- _____. (1984) *Le groupe et l'inconscient : l'imaginaire groupal*, Paris, Dunod.
- BELOT R.-A. (2014) « Modifications du système pare-excitation au temps du post-partum. À partir d'une observation, Élise 1 mois 19 jours. », *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, vol. 62, n°4, p. 218-225.
- BELOT R.-A., MAÏDI H., GIVRON S., ARCANGELI E. (2016) « Dépression maternelle et processus de co-identification mère-bébé. L'archaïque en soi dans la rencontre primordiale. », *Annales médico-psychologiques*, vol. 174, n°9, p. 748-756.
- BERGERET J. (2014 [1984]) *La violence fondamentale : l'inépisable Œdipe*, Paris, Dunod.
- DELION P. (2018) *Fonction phorique, holding et institution*, Toulouse, érès.
- DUGNAT M., GOUZVINSKI F. (2016) « Pour la santé mentale et la psychiatrie périnatale en France », *Spirale*, vol. 2, n°78, p. 33-44.
- HOUZEL D. (1992) « Enveloppe institutionnelle et temporalité », in G. Bléandou (dir.), *Cadres thérapeutiques et enveloppes psychiques*, Lyon, PUL.
- _____. (2005) *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, Éditions In Press.
- KAËS R. (1979) « Introduction à l'analyse transitionnelle », in R. Kaës *at al* (dir.), *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod.
- KERNBERG O. (1976) « Narcissisme normal et narcissisme pathologique », *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 13, p. 181-204.
- KOJAYAN R., LÉVY G., HAVASI K., MOLÉNAT F. (2016) *Grossesse et souffrance psychique : précis de nouvelles pratiques*, Montpellier, Sauramps médical.
- MELLIER D. (2002) « L'équipe, c'est aussi un groupe. Six propositions d'analyses. » *Enfance et Psy*, n°19, p. 2-28.
- _____. (2005) *Les bébés en détresse, travail de lien et intersubjectivité. Une théorie de la fonction contenante*, Paris, PUF.
- _____. (2018) *La vie psychique des équipes. Institution, soin et contenance*, Paris, Dunod.
- _____. (2019) « Souffrances primitives, réseau et travail d'équipe », *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupe*, vol. 73, n°2, p. 47-60.

- MENZIES LYTH I. E. P. (1988) *Containing anxiety in Institutions : Selected Essays*, London, Free Association Books.
- NEZELOF S. (2016) « Coopérer entre institutions en périnatalité. », *Spirale*, vol. 78, n°2, p. 18-23.
- PASCOA J, BELOT R.-A., SCHNEIDER M., BASSEGIO A., NEZELOF S., MELLIER D. (à paraître) Péril psychosomatique lors de l'accès à la maternité et fonction contenante d'un réseau, à propos d'un cas.
- WINNICOTT D.W. (1975) « La crainte de l'effondrement. », *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 11, p. 35-44.

IDENTIFICATION ET MAILLAGE COMME MODALITÉS DE SOIN EN PSYCHIATRIE PÉRINATALE

Nathalie ROMAGNE¹, Claire COSTON², Stéphanie SEIBEL³

Il ne suffit pas de porter un enfant dans son ventre pour se sentir mère. Le fœtus peut prendre des figures de monstre ou de parasite, il peut parfois être relégué au statut d'objet-déchet dont il faut se débarrasser. La maternité a été longtemps décrite comme naturelle, voire instinctuelle, mais il suffit de lire la rubrique « faits divers » dans les journaux pour s'apercevoir que cette affaire-là n'a rien à voir avec l'instinct. Comment dire son impossibilité d'être mère sinon en confiant son bébé à l'adoption ou, plus tragiquement, en le mettant dans le congélateur comme dans l'affaire Courjault?

L'être-mère relève d'une fonction essentielle : celle d'impliquer l'enfant dans le désir et donc du côté de la vie. On ne fait pas un enfant pour soi mais pour qu'il soit à son tour un individu différencié qui aura envie de créer du lien avec les autres.

La maternité est parfois semée d'embûches. Ainsi, toutes les difficultés de la grossesse et les complications médicales lors de l'accouchements viennent parfois révéler la part d'ombre énigmatique de la femme.

1. Psychologue clinicienne, Unité de soins précoces Didier Houzel, CH Edouard Toulouse, Marseille.

2. Psychomotricienne, *id.*

3. Infirmière, art-thérapeute, *id.*

L'angoisse la submerge au point de ne plus pouvoir rester seule avec son enfant.

La grossesse est un moment de modifications corporelles mais aussi un bouleversement psychique avec la réactivation de conflits anciens. Les premiers liens d'attachement sont revisités avec des mouvements identificatoires à la mère qu'on a eue et à l'enfant qu'on a été. Lorsque la vie a été jalonnée de traumatismes et de relations conflictuelles intrafamiliales, la mère aura une injonction très forte à ne pas reproduire ce qu'elle a vécu avec une tendance aux identifications à la mère idéale.

L'UNITÉ DIDIER HOUZEL

L'Unité Didier Houzel est une unité de soins précoces parents-bébé qui dépend de l'hôpital Édouard Toulouse. Elle est sectorisée et concerne les habitants des quartiers nord et du centre-ville de Marseille. L'équipe se compose d'une pédopsychiatre, d'une psychologue, d'un cadre infirmier, de deux infirmières, d'une psychomotricienne, d'une assistante sociale et d'une secrétaire.

Nous recevons les pères, les mères et les nourrissons en ambulatoire pour des consultations et des groupes thérapeutiques. Nous accompagnons également les parents dans les soins de maternage, dans leurs démarches administratives et dans la recherche de lieux de socialisation. Nous pouvons nous déplacer à domicile quand cela est nécessaire suivant les problématiques familiales et/ou médicales.

HISTOIRE CLINIQUE

Pour illustrer notre travail nous partirons d'une histoire clinique, celle de Joséphine et de ses jumelles Maeva et Mae. Cette jeune femme a été adressée par la psychologue de la Protection maternelle et infantile du centre-ville. Joséphine est alors enceinte de sept mois après un parcours de procréation médicalement assistée. La psychologue de l'unité verra une seule fois Joséphine avant son accouchement. C'est une jeune femme d'une trentaine d'années qui arrive d'une autre région pour suivre son conjoint qui a été muté sur Marseille. Elle parlera lors de cette première consultation

des relations conflictuelles avec ses parents. Elle considère sa mère comme étant toxique et maltraitante avec elle. Une mère qui n'a pas su la protéger des violences de son père. Elle a d'ailleurs rompu les liens avec ce dernier depuis plus d'un an. Il ne sait pas qu'elle est enceinte, contrairement à sa mère à qui elle demande de garder le secret.

La naissance a eu lieu précipitamment à huit mois à cause d'une pré-éclampsie qui aurait pu virer au drame. Ainsi, la réalité de l'accouchement traumatique plonge d'emblée la jeune femme dans la confusion de la mort et de la vie. Le deuxième entretien se fera à la maternité. Elle est alors très angoissée par l'idée de rentrer chez elle et de se retrouver seule avec les jumelles. L'équipe de la maternité ne repère aucune difficulté pour Joséphine en dehors d'un comportement étrange qui s'exprime par la nécessité de mettre un mot sur chaque biberon qu'elle remplit de son lait pour alimenter ses filles. Ainsi, suivant son humeur au moment où elle tire son lait, elle dira du biberon qu'il s'appelle tristesse ou colère. C'est sans doute une tentative de symbolisation au moment où elle se sépare de son lait : le nommer pour ne pas le perdre. La naissance lui révèle sa part d'animalité puisqu'elle se compare à une louve qui flaire et lèche ses louveteaux pour déposer son empreinte.

Joséphine sort de la maternité au bout d'une dizaine de jours. Elle se sent incapable de faire face à ses nouvelles responsabilités. Son mari travaillant toute la semaine, elle demande à sa mère de venir l'aider, même si sa crainte est d'être perturbée par la toxicité des liens qu'elle entretient avec elle. Elle ne donnera alors à sa mère que des tâches ménagères en lui interdisant de prendre Mae et Maeva, comme si elle pouvait perdre son empreinte maternelle en confiant le maternage à sa propre mère.

Le déplacement avec les jumelles étant compliqué d'un point de vue logistique, nous avons fait des visites à domicile pour soutenir cette famille pendant environ trois mois avant qu'elle puisse venir sur nos lieux de consultations. Lors de la première visite, nous avons été frappées de voir Mae et Maeva dans des lits transparents, comme si elles étaient toujours hospitalisées, deux corps de nourrissons esseulés dans un lit vide de tout objet de décoration, entre la vie et la mort. L'accouchement fait trauma pour Joséphine. Elle reste figée sous l'emprise de ses angoisses qui l'empêchent de rester seule avec ses bébés tant sa crainte de mal faire, voire de leur faire mal est omniprésente dans ses pensées. À plusieurs reprises, Joséphine nous

dira qu'elle a envie de s'enfuir et d'abandonner ses bébés. Au cours d'une séance, elle me racontera un rêve qui l'a mise dans un état de panique : « J'ai rêvé que j'écrasais mes filles en dormant et que je les maltraçais ». Ce rêve vient lui révéler ses pensées agressives à l'encontre des jumelles. En effet, si elles n'étaient pas en vie, Joséphine ne serait pas confrontée à son impossibilité d'être une mère idéale. Selon Michèle Benhaïm (2001), il y a deux sortes de haine : la haine vitale qui permet à la mère de se différencier de son enfant et la haine destructrice qui peut amener la mère à lui faire du mal. Cette part négative est souvent difficile à dire à cause de la culpabilité mais il faut qu'elle soit reconnue par les soignants pour qu'elle puisse être nommée et transformée.

Aussi, une mère se construit sur une référence maternelle, or Joséphine parle de sa mère comme de quelqu'un qui sait faire des soins de puériculture mais sans aucune empathie : « Elle joue à la poupée avec les bébés » dit-elle. Puis elle dira : « Je suis hantée par ma mère qui me disait lorsque j'étais enceinte de mettre un tapis dans la baignoire pour ne pas glisser et tuer les filles. » Joséphine n'arrive pas à se différencier de l'image qu'elle a de sa mère et de ses paroles. Elle ne se voit que comme une mère toxique pour ses filles et potentiellement dangereuse. Devant ce tableau clinique, nous avons rapidement pris contact avec l'unité d'hospitalisation parents-enfant du service du Pr F. Poinso du CHU de Sainte-Marguerite pour une prise en charge plus intensive. Joséphine et son conjoint se sont saisis de cette proposition. Elle a pu bénéficier de deux jours et une nuit d'hospitalisation au début avec une augmentation du temps par la suite. Notre service a continué les visites à domicile sur les temps où elle n'était pas hospitalisée et nous avons également sollicité les services d'une travailleuse familiale lorsque son mari n'était pas au domicile.

Notre travail consistera à l'accompagner dans son maternage pour lui donner un mode d'être avec ses filles différencié de l'image de sa mère. Elle sera sensible et attentive à notre façon d'interagir avec Mae et Maeva. C'est par la relation transférentielle avec les différents soignants qu'elle arrivera à faire confiance à ses capacités maternelles.

Nous nous sommes également appuyées sur le conjoint de Joséphine que nous avons pu rencontrer lors des visites à domicile. Le père des jumelles a soutenu sa femme dans sa présence physique lorsqu'elle était submergée par ses angoisses. Le couple a traversé des difficultés au moment de la naissance. Joséphine se compare à un caporal hideux dans ses relations

avec son mari depuis l'arrivée des filles. Elle veut régenter sa famille comme un commandant de bord. Nous avons proposé au conjoint de Joséphine des consultations individuelles mais il ne s'en est saisi qu'une seule fois.

Pour que la mère puisse faire une place au père, il faut qu'elle ait eu un père pour l'incarner. Mais pour Joséphine, son père incarne une autre position. La mise à distance de son père au moment de sa maternité est en lien avec la violence qu'elle ressent envers lui tant sa position est ambiguë dans les liens de filiation. Elle décrit un père tyrannique qui avait besoin de montrer son sexe pour affirmer sa place de chef de famille. L'exhibition du pénis vient en place d'un réel qui vient signifier l'échec symbolique du père de famille. Elle raconte qu'à son adolescence son père étant obsédé par la crainte qu'elle soit enceinte contrôlait toutes ses allées et venues. En coupant les liens avec lui, Joséphine acte la parole du père qui ne veut pas la savoir (ça voir) enceinte. L'interdit de l'inceste n'est pas posé dans cette famille, il est réactivé au moment de la grossesse et de la naissance des jumelles. La visée thérapeutique sera de donner au père une position plus « dialectisable » qui permettra à Joséphine de le réhabiliter dans sa fonction grand-parentale.

Les soins pour cette famille ont été complets puisqu'en plus de l'unité parents-enfant de Sainte-Marguerite nous avons continué des consultations psychothérapeutiques, des séances de psychomotricité pour les jumelles et un groupe thérapeutique.

Claire, psychomotricienne, est intervenue auprès de cette famille après l'accouchement, la naissance prématurée et l'adresse tardive de la Protection maternelle et infantile n'ayant pas permis qu'elle intervienne en anté-partum.

La proposition de rencontre avec la psychomotricienne devait au départ se faire à domicile à cause de la difficulté des déplacements avec deux nourrissons, mais Joséphine nous surprend à vouloir se déplacer dans un de nos lieux de consultation près de chez elle et ce malgré les difficultés d'organisation et de transport. Elle nous surprend par sa volonté de sortir et sa capacité à demander et à se servir des mains tendues. Joséphine montre beaucoup de vivacité, de spontanéité; elle parle beaucoup, très soucieuse d'apprendre tout en dressant le paysage de ce qu'elle sait faire mais aussi des débordements dans lesquels elle épuise son énergie à vouloir contrôler. Très volubile, elle se raconte très facilement. Au début

des rencontres avec la psychomotricienne, un bébé est posé sur le tapis devant elle et l'autre dans la poussette, puis dans ses bras. Elle revient souvent sur l'évaluation psychomotrice de ses bébés, questionnant leurs bons mouvements, interrogeant leur bon développement dans leur grande différence d'expression. Pendant qu'elle parle, la psychomotricienne reste en contact avec le bébé sur le tapis. Celle-ci est éveillée et curieuse, cherchant visiblement beaucoup plus que ce que sa motricité lui permet. La psychomotricienne guide la conversation sur le décodage des émotions et des envies de Mae. Joséphine se met à en parler avec la même emphase et se laisse aller à développer toutes les fines observations qu'elle a faites de ses filles. Avec beaucoup de finesse, elle dévoile et discerne les réactions différentes de ses bébés tout en imitant souvent leurs mimiques.

Joséphine était venue chercher des recettes et des images « pour apprendre à bien faire » et elle se retrouve à décrire ses filles avec un plaisir manifeste dans leurs différences de caractère et de tempérament. Elle se valide en tant que mère, non plus dans une expertise d'organisation et de savoir-faire mais dans un plaisir à être et à se dévoiler dans ses perceptions intimes de ses filles.

Leurs grandes différences de réactions et de comportements apportent la matière nécessaire pour développer toutes les gammes émotionnelles se prêtant à des commentaires, et c'est à ce moment-là que la psychomotricienne peut intervenir de façon plus active pour guider ou proposer un changement de position ou un soutien dans le mouvement.

Assez rapidement, les deux bébés arrivent éveillés et l'observation de leurs liens, de leurs jeux sensorimoteurs aide Joséphine à dialectiser les différents sentiments qui se manifestent en elle; elle le fait avec beaucoup de plaisir. Elle peut s'autoriser à ce plaisir et à cette liberté.

D'ailleurs, sur un petit bateau qu'elle offrira à la psychomotricienne en fin de travail, elle marquera : « Merci de nous avoir permis cette liberté motrice ».

Joséphine prend vite confiance en elle mais la barre très haute que l'image de sa propre mère a posée en tant que puéricultrice, ainsi que la réalité pragmatique de la gémellité, la renvoient régulièrement aux affres du doute et de l'angoisse. Par contre, quand la confiance est installée, elle prend vraiment appui sur les rencontres avec la psychomotricienne.

Sentant que le soin doit se densifier, nous allons lui proposer un groupe thérapeutique avec l'infirmière et la psychomotricienne de l'unité. Ce

groupe ayant lieu sur l'hôpital qui se trouve à une dizaine de kilomètres de chez elle, cela devient un véritable challenge pour la poursuite des soins tant il est difficile pour Joséphine de parcourir seule de longues distances. Nous posons donc pour cette maman et ses filles une indication d'un soin psychocorporel : le soin Berceuses. Au cours des différents accompagnements que nous avons pu faire, nous constatons que Joséphine est obnubilée par le « bien faire », elle intellectualise le rapport à ses enfants, ne se laisse pas traverser par le sentiment d'être en présence de ses filles. Elle répond à leurs besoins physiologiques, mais ne peut percevoir ce qu'elles vivent, ressentent et traduisent dans leur langage corporel. Les pleurs de ses enfants la « dépassent » et « l'effraient » au point de ne pouvoir y entendre les besoins sous-tendus et la part d'expressivité de ses filles.

Joséphine, Mae et Maeva intègrent le groupe thérapeutique en février 2018 pour neuf séances qui se dérouleront deux fois par mois sur l'unité jusqu'en juin 2018. Ce groupe, composé de deux autres dyades, est étayé par la psychomotricienne, une stagiaire psychologue (qui a également participé aux rencontres à domicile), une infirmière ainsi qu'une musicienne extérieure au cadre soignant. Cette prescription, au travers des berceuses, pratique de maternage universelle et intemporelle, nous apparaît pertinente pour soutenir la rencontre dans la relation parent-bébé et l'émergence de l'être-mère dans un cadre contenant à valeur symboligène.

Joséphine, Mae et Maeva y seront assidues malgré les aléas du quotidien (fièvre des enfants qui n'empêchera pas leur venue) et les contraintes de déplacement sur l'unité. N'ayant pas de voiture, Joséphine trouve la ressource dans son entourage pour se faire prêter un véhicule. Elle sollicite également notre assistante sociale, puis sa mère pour effectuer avec elle le trajet. Par la suite elle viendra seule en voiture.

Sur les premières séquences de soin Berceuses, Maeva dort beaucoup, elle passera même les deux premières séances endormie dans son cosy, se réveillant en fin de groupe. Mae se montre plus présente, éveillée, « fonceuse » ; elle accapare les regards, se montre intéressée par les instruments de musique. Joséphine apprécie ce moment, elle prend une part active aux propositions chantées et rythmées. Nous notons néanmoins une tendance assez prégnante à accaparer le soignant sur le groupe. Une question résonne sans cesse : comment faire « le mieux », dans une quête de perfection et d'idéal de la fonction maternelle. Elle aura énormément de mal à quitter l'unité après les séances et le départ des autres mamans, elle

demandera des séances individuelles à la psychomotricienne, et temporisera son départ sur des motifs divers.

Dans les premières séances, elle vivra un événement primordial sur le chemin du devenir mère.

Le rituel d'arrivée permettait aux mamans et aux bébés de s'installer sur le tapis, à leur rythme, avant le début de la séance. Ainsi, elle fait la connaissance de Marie (une autre maman) et de Sophia son bébé. Marie est immédiatement interpellée par la gémellité de Mae et Maeva. Elle s'adresse à Joséphine en lui disant qu'elle aussi a eu des jumelles, mais qu'elles sont décédées à la naissance. Ce souvenir est empreint de tristesse et s'accompagne de pleurs de la part de Marie. À cet instant, Joséphine ne sait que répondre, elle s'excuse (de la vie de ses filles?), se montre empathique et très touchée. Cet événement restera un fait marquant, elle nous en reparlera en fin de séance. L'évocation de la mort réelle des jumelles de Marie, fait irruption dans la réalité de Joséphine. Cet événement viendra contacter les craintes et les projections mortifères de Joséphine sur ses filles. Ce surgissement fera effraction dans son imaginaire, constitué de ce « tout bien faire », de cet idéal de la mère parfaite auquel elle aspire à coller. Un réel indicible et irréprésentable lui fera prendre conscience que Mae et Maeva sont vivantes alors que, jusque-là, elle les voyait mortes.

Nous alors assistons aux prémices de l'émergence d'une mère. Les filles se mettent en mouvement, Mae cesse de dormir toute la séance, Maeva se met à vocaliser. Là où Joséphine se trouvait sidérée, figée par les pleurs de ses enfants, elle a pu introduire une autre modalité d'écoute, de contenance et de réponse dans une prosodie maternelle : par le baluchon à chansons, les bercements, l'enveloppe groupale, sonore, vocale, rythmique et l'ancrage qu'ils procurent.

Le rythme est une modalité axiale de ce groupe dans la continuité des séances : par le rythme bimensuel, les séquences de soins comme scansion du temps quotidien et de ses enfermements, ramenant chacune dans la pulsation vitale, en écho à la pulsation cardiaque, essence de la vie.

La médiation par la musique et le cadre symbolique assuré par les soignants ont permis à cette triade d'inaugurer de nouvelles modalités de liens. Nous nous sommes adressées à Joséphine, autant comme à la mère en devenir qu'à l'enfant intérieur. La régression possible, au travers de ce groupe, a permis à Joséphine de se sentir maternée, enveloppée, contenue pour qu'une émergence puisse avoir lieu. L'enveloppe groupale, l'acte créatif

comme support à la relation, ont permis à Joséphine de lâcher son carcan intellectuel, sa représentation d'un monde binaire de ce qui est soit « bien » soit « mal ». Ses paires dans le groupe l'ont reconnue et identifiée en tant que mère. Là où elle était entravée dans des identifications aliénantes à sa propre mère, elle s'est autorisée à se laisser traverser par ses éprouvés, s'ouvrant à l'expression de ses émotions, pouvant ainsi percevoir les siennes et celles de ses enfants.

Comme la musicienne accorde ses doigts sur les cordes de sa guitare, cette mère s'est ajustée à ses bébés. Elle s'est montrée disponible à l'introduction d'une nouvelle tonalité plus musicale et sensible, se laissant illuminer de plaisir là où il n'y avait que sidération. Elle s'est mise à chanter pour ses filles, pouvant percevoir de la part de celles-ci une réponse, un écho, des vocalises, un retour lui étant directement adressé. Elle a vu, comme pour la première fois, ses enfants et s'est perçue pour la première fois comme étant leur maman.

Nous avons ouvert un espace de résonance émotionnelle à Joséphine et à ses filles, avec comme point d'ancrage les identifications inhérentes au groupe, ainsi que son propre maternage, impulsant ce faisant une transformation d'un être materné à un être maternant.

BIBLIOGRAPHIE

- BENHAIM M. (2001) *l'ambivalence de la mère*, Toulouse, érès.
 BRUWIER G. (2016) *La grossesse psychique : l'aube des liens*, Bruxelles, éditions Fabert/Yapaka.be.

DU REPÉRAGE PRÉCOCE À LA PRISE EN CHARGE RÉFLEXIONS AUTOUR D'UN PARCOURS DE SOINS DES PSYCHOSES PUERPÉRALES

Christine RAINELLI¹, Camille GIANESINI², Nathalie LAMPRE³

Si le terme de « psychose puerpérale » reste toujours soumis à discussion et ne trouve pas sa légitimité dans les classifications internationales, les différents tableaux cliniques rencontrés prennent leur spécificité dans la prise en compte de la temporalité : « le post-partum ». La symptomatologie bruyante de ces états renvoie parfois à un premier épisode d'une pathologie bipolaire ne s'étant pas exprimée auparavant, d'autres fois à une fragilité psychique qui s'inscrit dans un processus psychotique persistant ou totalement isolé.

Elle est considérée comme un épisode psychiatrique grave à cette période de la vie d'une femme et les cliniciens se sont interrogés sur une possible prévention de cette décompensation psychique. Cette question a fait l'objet pendant deux années d'un groupe de travail de la Société Marcé Francophone⁴ formé de sept praticiens d'orientations et d'origines géographiques diverses, dont l'engagement dans le domaine de la

1. Psychiatre responsable de la filière de psychiatrie périnatale du CH Esquirol, Limoges.
2. Infirmière, Unité mère-bébé, CH Esquirol, Limoges.
3. Infirmière de liaison sur les maternités, filière de psychiatrie périnatale, CH Esquirol, Limoges.
4. www.marce-francophone.fr

périnatalité a permis d'échanger sur les différents aspects de la « psychose puerpérale »¹.

Dans le même temps, les plans « périnatalité » s'intéressaient enfin à la dimension psychique de la maternité². En 2012, l'OMS recommandait la prise en compte des morts par suicide des femmes enceintes ou dans la première année suivant l'accouchement, le suicide apparaissant comme la première cause de décès avec l'hémorragie de la délivrance³.

Au total, la dynamique alors engagée nationalement en santé mentale périnatale pouvait faire penser qu'un repérage précoce dès l'anténatal des situations les plus à risque avec un renforcement de l'attention portée à la stabilité psychique des jeunes femmes venant d'accoucher, permettrait une diminution, voir une abrasion des tableaux typiques de « psychose puerpérale ».

Cependant, deux décennies plus tard, malgré un travail de coordination de réseau construit avec les différents partenaires de la périnatalité dans de nombreuses régions, nous nous interrogeons sur la persistance de ces tableaux cliniques qui nous surprennent toujours. Les morts par hémorragie de la délivrance ont, à ce jour, régressé, mais toujours pas les suicides maternels.

CAS CLINIQUES

Trois situations sont accueillies en soins conjoints sur l'Unité mère-bébé⁴

Mme A.

C'est après la naissance de son deuxième enfant que Mme A. a rejoint notre unité. Victor est né il y a huit jours, il a tout juste fait connaissance avec sa grande sœur, Eva, âgée de 2 ans 1/2 et son papa qu'il doit déjà

1. Les membres du groupe de travail étaient Françoise Cahen, Odile Cazas, Jacques Dayan, Bernard Durand, Mélanie Leroy, Linda Morisseau, Christine Rainelli (cf. C. Guillaumont (dir.), 2002)

2. Cf. le plan « Périnatalité » 2005-2007, Humanité, Proximité, sécurité, qualité, 2004.

3. Les morts maternelles en France. Mieux comprendre pour mieux prévenir. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle, 2007-2009. INSERM, nov. 2013, 118 pages, p.18.

<http://presse-insERM.fr/wp-content/uploads/2013/11/Les-morts-maternelles-en-France-2007-2009-Rapport-du-CNEMM.pdf>

4. Unité mère-bébé, filière de psychiatrie périnatale, CH Esquirol Limoges

quitter sa maison pour rejoindre l'Unité mère-bébé avec sa maman qui ne va pas bien depuis hier.

Mme A. a 30 ans et vit en couple depuis six ans. La veille de son admission dans notre unité, son conjoint et ses parents l'ont amenée en consultation à l'unité d'accueil d'orientation et centre de crise du CH car l'état psychique de la patiente les a inquiétés. En effet, elle présente une désorganisation psychique importante et tient des propos parfois délirants. Son discours est abondant, diffluent et circonstancié, une graphorrhée est également constatée. Face à cette symptomatologie évocatrice d'un état maniaque du post-partum, un traitement neuroleptique et anxiolytique lui est prescrit, elle regagne son domicile. Le lendemain, devant la persistance des troubles, la décision d'hospitaliser la dyade est prise afin de traiter son état actuel tout en soutenant le lien mère-bébé.

Elle est admise en hospitalisation au sein de notre unité. C'est son premier contact avec la psychiatrie. Aucun élément similaire n'a été observé à la naissance de son premier enfant. Mme A. nous confiera par la suite avoir vécu un accouchement sans difficulté par voie basse et avoir été satisfaite de sa prise en soin à la maternité.

La première semaine d'hospitalisation, elle dort peu et ne ressent pas de fatigue, n'est pas consciente de son état psychique actuel. Elle présente une agitation psychomotrice importante (elle déambule dans les couloirs et dans la chambre de Victor, sa pensée se désorganise, une graphorrhée persiste...). Une désorientation temporelle et spatiale constante est très anxiogène pour la patiente qui est en demande perpétuelle qu'on lui rappelle le jour, l'heure et sa date d'arrivée dans notre service. Des éléments délirants non systématisés et de mécanismes intuitifs sont constatés (mariage, fausses reconnaissances concernant les bébés de l'unité...). Elle a une attitude régressive et peut se montrer désinhibée.

Des mesures sont mises en place par l'équipe soignante pour pallier ses agitations psychiques et corporelles en lui proposant un environnement plus serein et sécurisant : visites limitées et encadrées, fermeture des placards et de la salle de bain, activités (mandala, relaxation, toucher thérapeutique...). Par ailleurs, cette mère identifie bien Victor comme étant son fils mais n'est pas en capacité de se rendre disponible pour s'occuper de lui. Une prise de relais intégrale par les soignants est donc nécessaire mais elle se fait dans une alliance qui permet de maintenir le lien avec l'enfant. Mme A. devient accessible à la réassurance et a une bonne

observance du traitement. Quinze jours plus tard, nous constatons qu'elle amorce une critique de son état psychologique avec une prise de conscience douloureuse de ses troubles et des répercussions personnelles et familiales. Elle s'investit auprès de son fils et est en capacité de lui prodiguer des soins adaptés, la rencontre avec lui devient davantage possible chaque jour.

Lors de la troisième semaine d'hospitalisation, une première permission sur l'extérieur avec son conjoint s'organise. C'est après un mois d'hospitalisation que la patiente retourne à son domicile le temps d'un weekend et retrouve sa fille aînée. Elle retournera définitivement au domicile cinq semaines et demi après son admission.

Mme B.

C'est à plusieurs reprises que Mme B. est retrouvée fixant la porte d'entrée de son logement, cette dernière est convaincue que quelqu'un va venir lui enlever son fils. Quelle idée...

Elle a 27 ans et vit en couple depuis onze ans. Julio est leur premier enfant. Elle est restée cinq jours à la maternité, elle nous confiera avoir eu l'impression d'être envahie d'informations et d'être très fatiguée. Environ quinze jours après la naissance de Julio, Mme B. présente des troubles sévères du comportement qui vont alerter son conjoint qui l'emmènera aux urgences psychiatriques. À son arrivée, elle est décrite comme très asthénique, tenant un discours lent, monotone et hésitant. Elle évoque un mal-être grandissant, des insomnies quasi-totales et une perte d'appétit depuis son accouchement. Elle présente une anxiété d'anticipation de plus en plus envahissante et des ruminations. À ce mal-être s'ajoute la reprise du travail de son conjoint. En effet, cette jeune femme se sent abandonnée et trouve qu'elle n'est pas assez sûre d'elle lorsqu'elle s'occupe de son fils, elle confie : « j'étais mieux enceinte, je me sentais bien et tout le monde s'occupait de moi. » Elle n'a pas d'idées suicidaires mais un sentiment de vide. Elle ne supporte plus que les autres lui disent qu'ils ont peur de la voir déprimer comme il y a deux ans (elle a vécu une fausse-couche en 2013).

Mme B. retourne à son domicile avec une ordonnance d'anxiolytiques. Le lendemain, l'apparition d'une importante perplexité anxieuse motivera une nouvelle consultation. Elle est alors rapidement orientée en hospitalisation à l'Unité mère-bébé afin de traiter cet état de crise et soutenir les interactions avec son fils.

À son arrivée, elle se présente mutique, sidérée et a le regard absent. La patiente va être dans une opposition passive pour la prise du traitement par voie orale et, de ce fait, un traitement par voie injectable est prescrit ainsi qu'une sécurisation de la chambre. Une présence constante pour les soins de *nursing* est, alors, indispensable. Il faut l'aider à se laver, s'habiller, se coucher, s'alimenter. Elle reste calme, le regard fixe, sans aucun son qui sort de sa bouche.

Au troisième jour d'hospitalisation, l'efficacité du traitement lui permet de verbaliser ses idées et ses pensées. Elle arrive à nous confier la peur qu'on lui prenne son bébé. Nous observons la persistance d'un état de sidération (figée dans son lit, dans l'incapacité de se lever).

Mme B. repense à son accouchement, nous dit que le temps s'est arrêté à ce moment-là, tout en le décrivant comme « touchant, mais pas l'extase ».

Le relais total auprès de Julio se fera par les soignants et son père dans un premier temps mais les verbalisations des soignants faites au bébé concernant l'état de sa mère vont permettre de maintenir un lien. La phase aigüe aura duré deux à cinq jours; la patiente est désormais moins perplexe, son discours devient plus fluide. Un travail d'accompagnement et de soutien de sa relation avec Julio va alors aider à son rétablissement.

En évoquant son séjour à la maternité, elle souligne qu'au retour au domicile, les visites incessantes à la maison pendant les fêtes de Noël l'ont épuisée et ne lui ont pas permis de faire connaissance avec son fils. Elle revient sur son angoisse à la reprise du travail de son conjoint.

Mme B. va poursuivre les soins en hôpital de jour pendant un mois. Julio se développe bien et a toujours eu l'attention bienveillante de sa famille. La patiente se sent en confiance pour s'occuper de lui. Elle reprendra son travail à temps partiel cinq mois après son admission dans notre unité. Julio est gardé par une assistante maternelle.

À l'annonce de sa deuxième grossesse, trois ans après, elle évoque une appréhension à revivre une décompensation postnatale. Des consultations et des conseils (moins de visites, calme, s'adapter au rythme de l'enfant...) lui sont prodigués en prévention. Aucune manifestation inquiétante ne survient dans les mois suivants.

Mme C.

Quant à l'arrivée de Mme C. dans notre unité, on s'en rappelle encore. Elle arrive directement de la maternité avec deux ambulanciers,

installée en position demi-assise sur un brancard, figée de la tête au pied, le regard hagard ... Que lui est-il arrivé? Cette femme a 42 ans, elle vit en couple depuis trois ans et a accouché de son premier enfant, Martin. L'accouchement se fait par voie basse avec l'utilisation de la ventouse, sous péridurale. Au troisième jour, elle présente un état de stupeur. L'équipe de la maternité l'a retrouvée assise sur le bord du lit, le regard fixe, ne répondant pas aux questions posées. Un médecin de notre unité se rend à la maternité, Mme C. présente un état catatonique, elle semblerait vouloir parler sans y parvenir et dit seulement : « Il faut tous les sauver » et « J'en ai huit ». De possibles hallucinations visuelles sont évoquées. Le médecin constate également une attitude d'écoute, une fixité du regard et une hypersudation. Elle semble rassurée par le contact et la présence de soignants. L'entourage familial semble étayant, ces derniers ne rapportent aucun antécédent d'ordre psychiatrique mais relatent une année difficile il y a six ans de cela avec le décès de sa meilleure amie, le décès de son père et la découverte d'un cancer chez sa mère; elle n'a cependant jamais souhaité avoir un suivi psychologique. De plus, selon l'entourage, elle avait un fort désir d'enfant et a fait trois fausses-couches avant cette grossesse tant attendue. Celle-ci a été bien vécue et sans complication. Devant ce tableau de catatonie inquiétant, le médecin prescrit un antipsychotique et demande le transfert de la patiente en hospitalisation libre au sein de notre unité. Quant à Martin, il reste en service de néonatalogie suite à une thrombopénie dépistée à sa naissance.

À son arrivée, le blocage verbal persiste, seule une entrée en relation par le regard et le toucher est possible. Elle multiplie les tentatives de communications verbales avec possibilité de réponses brèves en fin de journée. C'est le lendemain matin que la situation « se débloque ». Elle arrive à verbaliser ses premières angoisses, notamment celles d'avoir pu faire du mal à son bébé ou à son mari; elle exprime un besoin fréquent d'être rassurée à ce sujet jusqu'à l'arrivée de son mari dans l'unité qui lui apporte des nouvelles de leur fils qui devrait rejoindre rapidement notre service. Mme C. craint de ne pas arriver à assurer les soins.

À l'arrivée de son bébé, Martin, on constate une désorganisation psychique aggravée par l'angoisse. L'ajustement corporel est difficile pour Madame rendant insécure le portage de Martin. Des soins avec la psychomotricienne vont permettre à la patiente de prendre conscience de son corps et de se mouvoir dans l'espace. Un cheminement psychique

semble s'amorcer, elle retrace les éléments de son histoire pouvant expliquer, selon elle, ce qu'elle vient de traverser. Elle parle de sa famille presque trop présente et dit avoir des difficultés à s'affirmer et à assumer ses choix, notamment sentimentaux : un mariage secret, caché à cette famille. Par ailleurs, elle nous confie que son accouchement a été vécu comme un traumatisme : « très long, douloureux et angoissant ». Elle a eu très peur car n'a pas entendu Martin crier de suite. Au bout d'un mois, une recrudescence d'angoisses avec un nouvel état de perplexité et de dissociation nécessite une hospitalisation dans un autre service de psychiatrie, plus sécurisé. Elle explique qu'elle est incapable de s'occuper de son fils, complètement tétanisée, alors qu'elle sait s'occuper des enfants. Une semaine après, elle revient dans l'unité et retrouve Martin. Aidée par l'équipe, elle va progressivement retrouver confiance en ses capacités maternelles. Après trois mois passés à l'Unité mère-bébé, elle regagne son domicile avec Martin et vient en hospitalisation de jour avec lui deux fois par semaine, pendant huit mois. Ce temps sera nécessaire pour la soutenir dans les ajustements à son enfant et rendre à tous les deux cette relation plus sécurisée. Martin ira à la crèche les autres jours. Mme C. reprendra son travail à mi-temps thérapeutique un an après son admission dans notre unité.

« LA PRÉVENTION DES PSYCHOSES PUERPÉRALES EST-ELLE POSSIBLE ? »

*S'interroger sur nos prises en charge : une démarche de RMM
(revue morbidité mortalité)*

Depuis plus de deux ans, il nous semble que nous recevons plus fréquemment, en hospitalisation, des cas de psychoses puerpérales avec les signes cliniques sévères qui les caractérisent. Considérant qu'il s'agissait peut-être d'un « échec » de notre travail de prévention pluridisciplinaire, nous avons repris chacune des situations dans une démarche de RMM. Au final, pour ces trois femmes, nous retrouvons quelques éléments traumatisants dans leurs antécédents qui auraient pu alerter, mais rien de plus que dans les nombreuses histoires de vie des patientes que nous rencontrons quotidiennement.

Nous concluons qu'elles ont toutes eu un suivi anténatal et une prise en soin rapide et efficace avec une coordination efficiente assurée par différents professionnels au cours du post-partum. En hospitalisation conjointe, le rétablissement psychique s'est accompagné d'un investissement progressif de l'enfant nouveau-né favorisé par le soutien à la relation mis en place au quotidien dans l'unité.

Le développement de l'enfant suit souvent les variations de la désorganisation de sa mère. Même dans les moments où l'équipe prend le relais d'une mère en difficulté, l'attention portée à l'enfant renforce l'établissement du lien qui unit parents et bébé, les soignants mobilisent alors leurs propres capacités réflexives au service de la relation parent-enfant. Pendant l'hospitalisation, chaque conjoint a aussi bénéficié d'entretiens permettant l'évocation des difficultés vécues.

Alors, que penser des années où nous n'avons reçu en hospitalisation aucune femme en décompensation aussi sévère? Ont-elles été hospitalisées en service de psychiatrie générale sans l'enfant qu'elles venaient de mettre au monde ou font-elles partie des femmes mortes par suicide? La stagnation du taux de suicides des femmes enceintes dans la première année suivant une naissance aurait dû pourtant alerter les professionnels¹ et faire craindre que la sous-évaluation de l'urgence des soins, l'absence de prise en compte de la période périnatale ne pérennisent des réponses inadaptées pour ces femmes.

La place de l'hospitalisation conjointe dans le parcours de soins

Au fil des années, nos pratiques professionnelles ont évolué. La mise en place d'interventions précoces abrase certaines décompensations qui donnent alors à voir les tableaux que nous recevons plus habituellement dans nos unités d'hospitalisation, ceux-ci s'expriment alors sous la forme, assez fréquente, de dépressions sévères associées à des idées délirantes *a minima* (incurabilité, persécution, étrangeté...). La possibilité d'accueillir en urgence ces situations cliniques dans un cadre hospitalier adapté spécialisé dans les soins psychiatriques périnataux est fondamentale et assure les conditions optimales nécessaires pour la santé mentale de la mère et l'avenir de la relation mère-enfant.

1. Les morts maternelles en France. Mieux comprendre pour mieux prévenir. 5e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) 2010- 2012.

Si, à ce jour, il n'est pas pertinent de parler de prévention, la rapidité de la prise en charge et le recours indispensable à une hospitalisation conjointe sont essentiels dans le parcours de soin. Il nous paraît donc nécessaire de poursuivre l'information des professionnels engagés auprès des femmes enceintes et le travail coordonné avec eux. Nous pouvons tous être surpris et démunis par une clinique spectaculaire peu attendue dans cette période de la vie d'une femme mais la qualité d'une prise en charge précoce et pluridisciplinaire garantit le devenir de la santé mentale maternelle, du développement psychoaffectif de l'enfant, ainsi que l'équilibre de toute la famille.

BIBLIOGRAPHIE

GUILLAUMONT C. (dir.) (2002) *Les troubles psychiques précoces du post-partum*, Toulouse, érès, « 1001 bébés »

INSERM (2013) *Les morts maternelles en France. Mieux comprendre pour mieux prévenir. Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle, 2007-2009*, 118 pages.

DU DEDANS AU DEHORS, CONSTRUCTION D'UN PUZZLE FAMILIAL COMPLEXE

Aude LATROY¹, Anne-Laure SIMONIN^{2,3}

PRÉSENTATION DE L'UNITÉ

L'unité parents-bébés C.O.L.I.B.R.Y (UPB) est un service d'hospitalisation de jour avec une équipe mobile située en région parisienne, dans les Yvelines (78), qui accueille des mères ou des pères conjointement avec leur bébé, sur le site de pédopsychiatrie, à Saint-Cyr-l'École. Une même équipe pluridisciplinaire accompagne les familles sur l'hôpital de jour et à leur domicile.

Nous accompagnons des familles en situation de crise périnatale, à savoir des mères en pré-partum et des familles en post-partum jusqu'au un an de l'enfant. Notre objectif premier est de répondre à une sortie de cet état de crise.

1. Infirmière diplômée d'état depuis 2005, a travaillé dans différents services dont huit années en périnatalité et a rejoint l'UPB de Saint-Cyr-l'École en octobre 2018.

2. Infirmière diplômée d'état depuis 2014, a travaillé en périnatalité depuis l'obtention de son diplôme, sur une unité parents-bébés en hospitalisation temps plein (Montesson) de 2014 à 2017, puis sur l'UPB de Saint-Cyr-l'École depuis 2017.

3. Le texte a été relu par Claire DE CARMANTRAND, pédopsychiatre, responsable de l'Unité depuis 2018 et Yamina DJADOUR, psychologue sur l'Unité depuis 2014.

PRÉSENTATION D'UN CAS CLINIQUE

Au travers d'un cas clinique, nous essaierons de donner forme à une situation, comme on assemble les pièces d'un puzzle. Nous tenterons d'exposer la manière dont le travail infirmier, et plus largement le travail institutionnel, entre visites à domicile et soins en HDJ, ont permis de faire bouger le système familial au fil de la prise en soin de la famille.

Présentation des pièces du puzzle familial

M. et Mme P. consultent sur l'Unité parents-bébé adressés par leur pédiatre de ville pour retard de développement psychomoteur sans aucune vocalise pour leur fils Martin, âgé de 7 mois et demi. Les parents, eux, se plaignent principalement de troubles du sommeil.

PIÈCE « BÉBÉ »

Martin est un petit garçon longiligne, comme ses parents, aux cheveux blonds et aux yeux bruns. Il se montre apeuré dès qu'un visage étranger l'approche. Il est dans un collage corporel permanent avec sa mère épuisée, s'agrippant à elle tel un petit koala; il ne s'alimente que dans ses bras et ne supporte pas d'être posé; il ne dort et ne s'endort que dans les bras maternels; il lutte contre le sommeil, de jour comme de nuit, se montre hypervigilant et ne dort que très peu. Il a une rigidité au niveau axial, peut s'arc-bouter lorsqu'il est en colère, s'enfermer dans ses pleurs, se calmant ensuite très difficilement. Il montre de temps à autre des mouvements des mains particuliers, pouvant évoquer des stéréotypies.

Aucun babillage, ni vocalise : il est silencieux ou geint en émettant des sons lèvres fermées. Il peut montrer un visage triste, parfois figé et sans expression. Il sursaute au moindre bruit et aux ondulations de la voix de l'adulte. Il peut éviter le regard de l'adulte par moment mais aussi celui de sa mère. Il ne peut rester assis ou explorer un jouet que lorsqu'il a un appui dorsal contre un adulte. Il n'ébauche pas de quatre pattes. Dès la première consultation, nous trouvons son comportement très inquiétant.

PIÈCE « MÈRE »

Madame est âgée de 38 ans. Elle travaille dans le milieu médical et est alors en congé parental car elle souhaite se consacrer à cent pour cent à son fils. Pendant sa grossesse, elle lit beaucoup d'ouvrages sur la parentalité. Elle est issue d'une fratrie de trois filles. Elle est grande et fine. Sa peau claire contraste avec de grands yeux bruns et des cheveux noirs coupés courts. Elle est très tendue, son corps semble raide, son visage est fermé avec peu d'expression.

Elle est épuisée, ne dormant que très peu. Elle souligne qu'elle est uniquement là pour le problème de sommeil de son fils : il faut trouver une solution et vite. Elle déplore le peu de relais qui lui est proposé par son conjoint, coincée dans l'idée qu'elle ne peut le déranger, celui-ci travaillant et se levant tôt le matin. Monsieur n'ayant pas voulu cet enfant, elle souhaite le protéger, lui ayant promis que tout se passerait bien.

Elle a des gestes très opératoires avec son fils, ne semble pas reconnaître ses signes de fatigue, ni de faim. Elle le regarde avec étrangeté, lui parle peu. Elle est dans un collage corporel permanent, ayant beaucoup de mal à pouvoir le poser ou se séparer de lui, même pour un bref moment.

Elle ne parle jamais d'elle ni de ses ressentis, n'a pas accès à ses émotions. Elle se sent très seule à s'occuper de son fils. Cependant, sur l'unité, elle s'adresse toujours à lui avec douceur, y compris dans ses gestes. Elle se laisse accompagner mais, au fond, ne semble pas y être, la relation de confiance n'étant pas encore installée. Elle peut avoir des propos différents voire contradictoires selon la personne à qui elle s'adresse.

PIÈCE « PÈRE »

Monsieur est âgé de 39 ans, il travaille dans le milieu hospitalier. C'est un homme grand et fin. Il a une allure juvénile. Lors de la consultation d'évaluation, il rit nerveusement, dit ne pas du tout s'occuper de son fils, n'était pas pour la venue de cet enfant et, d'ailleurs, ne se sentait pas vraiment prêt à être père. Il se disqualifie en permanence dans son rôle de père. Il ne supporte pas que l'on puisse lui signifier quelque chose de positif le concernant ou concernant son fils. On sent très rapidement une forte tension entre Madame et Monsieur, nous sentons Monsieur mal à l'aise et mal tout court. Il évoque lors du premier entretien la violence de sa femme.

PIÈCE « COUPLE »

Le couple se connaît depuis dix ans. Monsieur et Madame se sont mariés peu de temps avant l'arrivée de leur fils. Madame a un très fort désir d'enfant depuis leur rencontre, Monsieur, pas du tout.

PIÈCE « RESSOURCES »

Grands-parents maternels

Les parents de Madame habitent à proximité. Madame va régulièrement avec son fils dormir chez eux pour y trouver du relais la nuit. C'est une aide pour elle mais nous réalisons que cela dysfonctionne. On apprend qu'il y a du « nomadisme la nuit » pour Martin qui passe du lit de son grand-père, à celui de sa grand-mère, puis à celui de sa mère durant une même nuit, toujours dans un collage corporel.

La nourrice

Nous la nommons ici dans les pièces ressources mais elle n'interviendra que plus tard dans la prise en charge. Jusque-là, Madame est convaincue qu'elle ne trouvera jamais personne pour garder son fils, celui-ci n'acceptant de manger et de dormir que dans les bras. Cependant, Madame trouvera une nourrice qu'elle informera de la situation et qui aménagera l'adaptation puis les jours de garde au rythme de Martin et de ses parents.

Réseau professionnel

Le neurologue, le Centre ressource autisme, le médecin de la consultation sommeil, le pédiatre de ville : autant d'interlocuteurs que nous avons sollicités tout au long de la prise en charge.

Au début de cette prise en charge, nous réalisons qu'aucune pièce de ce puzzle ne s'emboîte, chacun semble souffrir de son côté et la tension familiale est très forte. De plus, nous sentons qu'il y a urgence à sortir Martin de ce huis clos, imprégné de la tension conjugale.

Le travail institutionnel pour assembler les pièces du puzzle

Habituellement, nous travaillons avec le couple parental « ensemble ».

Du fait de la forte tension familiale et conjugale et de l'état de Martin qui nous inquiète grandement, il y a urgence. Nous proposons donc un accompagnement différent, en séparant les espaces de Madame et Monsieur, afin de permettre une alliance thérapeutique avec chacun des deux parents. En effet, au départ, nous sentons beaucoup de méfiance de la part du couple. C'est comme si, ne sachant pas si nous étions des alliés ou au contraire, des « censeurs », il était dangereux pour eux de se confier. Madame a pu nous dire par la suite qu'elle a ressenti beaucoup de honte à exprimer sa situation et toute la violence qu'il pouvait y avoir dans le couple. Nous sentons aussi qu'il y a un danger pour cette famille à ce qu'on comprenne ce qui s'y passe.

À l'intérieur, pour Madame et Martin, nous proposons une prise en charge sur l'unité en HDJ, quatre fois par semaine. Ils bénéficient d'entretiens médicaux individuels et d'entretiens mère-bébé avec la psychologue. Ils participent aussi aux différents groupes thérapeutiques proposés, comme le groupe de parole pour les mères, ou de temps de massage mère-bébé. Ils rencontrent également d'autres mères et d'autres bébés.

À l'extérieur, pour Monsieur, nous proposons des VAD. Elles sont faites au domicile le plus souvent, sur des temps où il est seul avec son fils. Nous choisissons deux soignantes qui ne sont pas les référentes de Madame.

L'équipe est alors séparée, elle aussi : il y a les IDE qui sont sur l'extérieur et celles qui sont sur l'intérieur.

Au cours des transmissions et des staffs, nous mettons en commun le matériel recueilli lors de nos différents accompagnements afin d'avancer dans notre réflexion. En parallèle, au bout de quelques semaines puis tout au long de la prise en charge, Monsieur et Madame sont reçus en entretien de couple avec le médecin, la psychologue et une infirmière.

L'ASSEMBLAGE « PÈRE » / « BÉBÉ »

Lors des VAD, Monsieur prend confiance, il fait l'expérience d'une écoute bienveillante dans son intérieur, dans un cadre très précis. Il nous livre ses

propres interrogations, ses difficultés, ses nombreux doutes sur sa capacité à être père mais aussi sur son couple. Il aborde ses problèmes d'alcoolisation sans toutefois vouloir y toucher. Il nous donne aussi un aspect de la personnalité de sa femme à laquelle nous n'avons, jusqu'ici, pas accès. Il évoque avec nous des violences verbales et physiques envers lui, surtout le soir.

Il bénéficie des VAD et, au fur et à mesure, il se sent conforté dans son rôle de père. Avec son fils, Monsieur est adapté. Il se montre bienveillant à son égard et s'ajuste à ses besoins. Il dit apprécier ces moments privilégiés avec son fils, aimer s'occuper de lui mais toujours appréhender les nuits. Il explique que Martin peut le repousser alors qu'il souhaite le reconforter, ce qui peut le blesser. On sent cependant que les pièces du puzzle père-fils s'assemblent.

L'ASSEMBLAGE INSTITUTIONNEL

À l'intérieur, dans l'unité, progressivement, la confiance entre Madame et l'équipe s'installe. Elle se montre assidue, se laisse accompagner, accepte de se détacher de son bébé et de pouvoir le confier aux soignantes. Elle bénéficie du groupe des mamans et s'ouvre de plus en plus. Cependant, nous n'avons toujours pas accès à ses ressentis ni à son histoire familiale. De plus, elle refuse tout traitement alors que nous la sentons très tendue et déprimée.

Au fil des HDJ, nous commençons à voir un changement de comportement de Martin envers son environnement : il est plus en lien avec les soignantes et peut se sécuriser avec elles. Il peut se décoller de sa maman, il mange mieux et il s'intéresse aux jeux. Il commence même à accepter de faire des siestes dans l'unité, dans la poussette.

Il persiste cependant toujours une grande difficulté autour des temps d'endormissement. La nuit, Martin ne dort toujours pas. Les différents bilans effectués sur l'extérieur excluent les causes somatiques. De même, le traitement pour le sommeil (mélatonine-Atarax) prescrit par le neurologue ne fonctionnant pas, Madame se questionne sur les raisons des difficultés de sommeil de son fils.

Lors des accompagnements infirmiers en HDJ ou en VAD, chacun des deux parents nous demande de garder le secret, de ne pas parler de ce qu'il dépose le concernant et concernant le conjoint. Les discours diffèrent par moment. Que ce soit de la part de Monsieur ou de Madame, nous entendons des choses dures, teintées de beaucoup de souffrance, de tristesse

et de colère. Nous sommes d'autant plus impactés par ce qui est déposé que nous avons toutes en tête la présence de Martin au sein du foyer.

Pendant les transmissions, la tension dans l'équipe est parfois palpable lorsque chacune de nous exprime les propos et les ressentis qu'elle a pu éprouver. Chaque membre de l'équipe a reçu à l'instant *t* un petit morceau, un petit bout de la façon dont chaque membre de la famille se vivait. Tout ce que nous recevions était une partie de la réalité de ce qui était éprouvé par chacun d'eux. Tout est important, tout compte et tout est une partie de cette réalité. Il s'est rejoué au sein de l'équipe infirmière ce que vivaient les membres de cette famille. Nous savions qu'il était nécessaire d'en passer par là pour rejoindre le couple. Nous ne nous sommes pas laissé enfermer par ce que vivait la famille et ce qu'elle nous faisait vivre. L'équipe soignante a servi de contenant pour cette famille qui a pu nous déposer ses angoisses, sa souffrance et sa colère, et nous avons transformé cela.

L'importance de l'après-coup : il était important que nous, infirmières, nous puissions échanger en équipe avant la visite suivante ou l'HDJ suivante, l'objectif étant d'avoir pu penser ce qui avait été déposé pour ne pas « tomber dans la répétition » de ce qui s'était joué.

L'ASSEMBLAGE COUPLE

Parce qu'il y a alliance, lors d'un entretien familial, Monsieur revient sur les épisodes de violence conjugale. Madame reconnaît avoir de gros accès de violence envers son conjoint et c'est alors que nous comprenons que Monsieur s'alcoolise. Un travail thérapeutique s'ouvre pour Madame, elle accepte le traitement antidépresseur, anxiolytique et le somnifère. Nous avons accès à son histoire familiale ; Monsieur, lui, se met également à parler de ses parents. Apparaissent alors les pièces des grands-parents paternels et maternels dans le puzzle.

À ce stade, les pièces « mère » et « père » s'assemblent. Quelque chose s'ouvre alors. Le cadre de la prise en charge s'assouplit, les espaces sont moins « clivés », il n'y a plus de danger pour le couple à pouvoir mettre les ressentis en commun. Il est possible d'aborder les difficultés du couple parental. Monsieur peut venir en soutien et seconder Madame.

L'équipe infirmière ressent alors un soulagement à cette ouverture des espaces, que ce soit dans le dedans ou dans le dehors. Les temps de transmission sont aussi plus fluides.

L'assemblage du puzzle père/mère/bébé commence aussi à s'instaurer. Dans les entretiens, la communication, qui était jusque-là impossible entre Madame et Monsieur, reprend. En parallèle, Madame utilise les différents espaces pour déposer son histoire familiale et ses ressentis. Des entretiens individuels avec la psychologue sont alors mis en place et permettent de faire apparaître le parallèle entre la violence qu'elle vit aujourd'hui et celle qu'elle a vécue enfant, ainsi que les nombreuses blessures passées. Elle peut mettre des mots et comprendre qu'il se rejoue avec son fils et son mari les mêmes scènes de violence qu'elle a subies de la part de ses parents, entre eux, sur elle et ses sœurs. Elle prend également conscience que Martin est, comme elle enfant, témoin malgré lui de ces scènes de violence.

L'ASSEMBLAGE « MÈRE » / « BÉBÉ »

Un nouvel espace s'ouvre pour Martin et sa famille. Madame est en capacité de confier son bébé. Elle a pu expérimenter puis elle a su exporter cette expérience. Martin peut aller chez l'assistante maternelle et Madame laisse également Monsieur prendre une place auprès de son fils. Martin va bien, il peut jouer, explorer. Le quatre-pattes débute. Martin est paisible chez l'assistante maternelle, il est vif, en lien avec l'adulte, récupère sur son retard moteur.

L'arrêt de la prise en charge HDJ se décide lorsque Madame émet le souhait de faire garder Martin à temps plein chez la nourrice. En effet, elle mesure les effets bénéfiques des journées passées chez cette dernière pour son fils et elle apprécie les temps qu'elle peut avoir pour elle, seule à son domicile. Les temps de consultation individuelle pour Madame continuent à sa demande. Les entretiens de couple sont conservés mais l'arrêt des VAD est décidé à la demande de Monsieur. Les parents de Madame, qui étaient jusqu'alors une pièce ressource, ne le sont désormais plus. Madame se détache peu à peu d'une emprise parentale.

Martin, à 13 mois, il marche et il dort la nuit dans son lit.

CONCLUSION

Au travers des allers-retours entre le dedans et le dehors, au travers des temps institutionnels, d'échanges au sein de l'équipe, nous avons cheminé avec cette famille, nous l'avons laissée trouver ses propres ressources, presque comme si nous avions servi de catalyseur à la construction d'un équilibre familial fragile.

Nous avons tenté de contenir, c'est-à-dire de garder pour soi, de garder en soi, d'accepter d'entendre, de recevoir ce qui se passe et est ressenti comme intenable et insupportable.

Nous avons tenté de transformer, de détoxifier cette expérience, nous l'avons pensée ensemble, en équipe. Nous avons accueilli, donné forme et sens aux éprouvés de cette famille.

Face aux difficultés de la crise familiale, il nous faut nous réinventer et nous adapter, car ce sont bien les familles qui viennent nous bousculer dans nos éprouvés, dans nos réflexions et dans notre prise en soin. Pour pouvoir les atteindre, il faut pouvoir les rejoindre là où elles en sont, aussi bien dans leur souffrance qu'à leur domicile.

ÉPILOGUE : LES RESSENTIS D'ANNE-LAURE SIMONIN (IDE)

« Entrer chez les gens, entrer dans un univers, s'imprégner d'un lieu, d'une atmosphère, des odeurs. J'ai l'impression que pour chaque visite chez des familles c'est comme un petit voyage que je fais. Revenir plusieurs fois dans la même famille, c'est refaire ce voyage vers la même destination mais, parfois, celui-ci est différent. J'embarque à chaque fois pour une nouvelle aventure, pour une découverte. Je pense que pour faire ce métier et pour l'aimer, il faut avoir l'esprit aventureux. Il faut aimer le risque et l'inconnu sans pour autant être inconscient.

Certaines fois, ces visites sont presque un peu magiques. Je suis bien accueillie, l'atmosphère y est chaleureuse, parfois même elle peut être détendue et joviale. Je peux sentir une harmonie, malgré les difficultés rencontrées par la mère ou le bébé ; il y a quelque chose du possible, quelque chose de touchant, de profondément humain qui se joue pendant la visite. On est là avec la mère, le bébé, le mari, parfois, même les autres enfants, on échange, dans un climat de bienveillance et de respect. L'intention d'aider

et celle de recevoir de l'aide se rencontrent. Au bout de plusieurs visites, j'ai parfois le sentiment étrange de 'faire un peu partie de ces familles'. C'est un sentiment joyeux et triste à la fois. Ça me met en joie de partager certains moments uniques si particuliers autour de l'arrivée d'un bébé dans une famille, même si le contexte est parfois lourd. De l'authenticité et de la complicité naissent et font que l'on crée des liens forts. La tristesse, je ne sais pas trop d'où elle vient, de la séparation je pense... Ce n'est pas si simple de partir, de se séparer d'une famille, lorsqu'on a vécu à ses côtés des épisodes marquants de sa vie. Il y a des familles que j'aimerais ne plus quitter, continuer à revoir chez eux de temps en temps, pour voir comment tout ce petit monde change et évolue. Ces mères vivent et traversent des moments difficiles et douloureux, elles sont si courageuses, parfois, si fragiles, si mal. J'ai le sentiment que d'être confrontée à tout cela est encore plus poignant à domicile qu'à l'hôpital.

J'éprouve également de la gratitude envers toutes ces familles. Je leur suis reconnaissante de nous avoir ouvert leurs portes, je leur suis reconnaissante pour leur gentillesse. Il m'est arrivé de partager des repas typiques de certains pays lointains, des pâtisseries délicieuses, ou parfois un petit thé gentiment préparé. Les visites sont par moment très difficiles et éprouvantes et je me nourris de ces petits 'trésors' trouvés lors de certaines visites pour me restaurer le corps et l'esprit.

Certaines visites sont des destinations catastrophes, des mauvais voyages, des naufrages, presque. Des visites qui, pour certaines, sont presque cauchemardesques... Il m'arrive d'en rêver certaines fois, d'ailleurs. Lors de ces visites, je n'ai qu'une envie, prendre 'le billet retour' et revenir vite sur l'unité. Ce mauvais souvenir me colle souvent plusieurs heures à la peau, il est difficile de s'en défaire. Souvent, j'ai des ressentis similaires qui reviennent : la stupeur, l'angoisse, la colère, le dégoût...

Mais ce voyage, je ne le fais pas seule. Je suis toujours avec une collègue, nous rencontrons les familles ensemble. Elle vivra le voyage certainement différemment de moi. Sa présence est précieuse et m'aide, je sais que je ne suis pas seule. Portées par la voiture, sur le trajet du retour, nous échangerons sur nos ressentis ; sur l'unité, nous les partagerons avec l'équipe, portées par l'institution. C'est grâce à cela que je pourrai transformer ces expériences humaines afin que, je l'espère, elles puissent être thérapeutiques pour ces familles. »