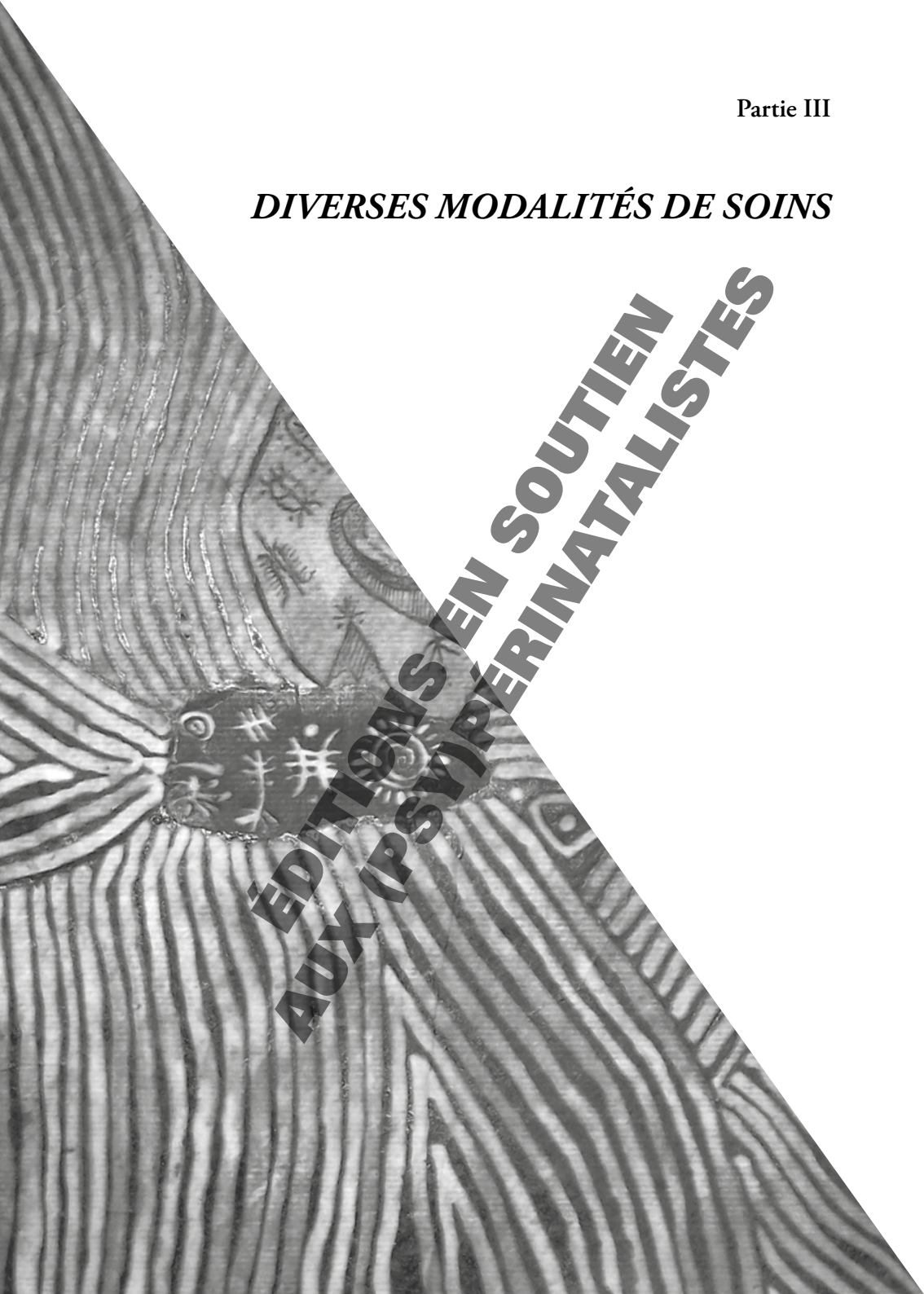


Partie III

*DIVERSES MODALITÉS DE SOINS*

**ÉDITIONS EN SOUTIEN  
AUX (PSY)PÉRINATALISTES**



## CAPACITÉ DE RÊVERIE PLURIELLE ET CONSTELLATION NARRATIVE

---

Véronique DAGENS<sup>1</sup>, Song Hee GOARDOU<sup>2</sup>, Nastassia REHAILL<sup>3</sup>,  
Rose-Marie SAGNA<sup>4</sup>

Cette présentation à quatre voix est la rencontre de quatre psychismes, de quatre personnalités, de quatre vécus et c'est bien tout le principe du sujet que nous souhaitons partager. Chacune d'entre nous va présenter sa vision de notre sujet.

**VÉRONIQUE, PÉDOPSYCHIATRE**

J'ai travaillé dans l'unité mère-bébé de Montesson pendant plus de vingt ans, j'ai connu des changements plus ou moins heureux dans les pratiques médicales et paramédicales, j'ai connu des crises institutionnelles plus ou moins graves, j'ai connu des patientes difficiles à traiter, des bébés qui nous ont inquiétés de par leur développement ou de perspectives de vie avec des mères pas toutes suffisamment bonnes.

---

1. Pédopsychiatre, Unité d'accueil parent-enfant (UAPE), Centre hospitalier Théophile-Roussel, Montesson.

2. Infirmière, *id.*

3. Infirmière, *id.*

4. Infirmière, *id.*

À travers le temps une chose reste et compte : prendre soin de la mère, du bébé, de son entourage, les soulager de leurs angoisses, de leur agressivité, souvent au prix de devoir les supporter dans tous les sens du terme. C'est, pour l'institution, un défi individuel et collectif.

Pour relever ce défi, il faut des outils, c'est pourquoi j'ai proposé « la capacité de rêverie plurielle et constellation narrative ». Il s'adresse à tous ceux qui ne sont satisfaits ni par les protocoles et les conduites à tenir préétablies, parfois bien utiles mais pas toujours, ni par les transmissions ciblées qui laissent chacun rentrer chez soi avec une quantité non négligeable d'affects divers, de questionnements qui peuvent embarrasser fortement la vie privée et perturber le sommeil.

J'ai connu un temps où les équipes qui avaient une heure de transmission à chaque changement d'équipe restaient parfois une heure supplémentaire pour écrire sur telle ou telle autre patiente ou bébé, faisant partager leurs ressentis, posant des questions qu'on pouvait reprendre ensuite dans l'institution. Chacun de nous s'exposait (mais faisait aussi un travail d'élaboration personnel par ailleurs) et c'était thérapeutique.

Puis les transmissions orales se sont réduites à trente minutes voire à quinze minutes. Les transmissions ciblées ont remplacé les observations des infirmières et on a exigé des médecins des protocoles, des conduites à tenir toutes faites, des projets de soin *a priori*, ignorants de la dyade. Mes réponses à ces nouvelles façons de faire ne pouvaient qu'être insatisfaisantes, et cela m'a attristée. Accompagner, observer, accueillir, écouter, rêver, supporter les angoisses et partager les vécus dans l'institution, est-ce un projet de soin ?

Un des principes à l'origine de l'unité de Montesson était de pouvoir rêver à la place de la mère en soin et de lui prêter ainsi chacun notre appareil à penser, pour qu'elle puisse ensuite, de façon autonome, rêver son bébé.

Elisabeth About a appelé ce travail psychique individuel, partagé dans les moments d'échange clinique institutionnel, la « capacité de rêverie plurielle ».

Cette proposition de constellation narrative a eu donc pour but de toujours nous ressourcer dans nos capacités de rêverie pour en faire bénéficier les mères et les bébés. C'est un moyen de nous défendre contre toutes les pensées négatives que nous pouvons naturellement ressentir vis-à-vis de certaines mères et de certains bébés, de rester bienveillant et de protéger le bébé de ce qu'il peut également recevoir. C'est facile à dire

(surtout quand on n'est pas tout le temps avec les dyades, comme les médecins) et c'est très difficile à faire; mais c'est un défi de soin à chaque fois passionnant.

Ce que j'ai appelé « constellation narrative » est directement inspiré des « réunions de constellations » comme les nommait Pierre Delion, ces synthèses des observations de chacun des membres de l'équipe vues comme autant de facettes d'un enfant, où l'on tient compte de chaque lien privilégié que celui-ci peut établir et à partir duquel on va s'appuyer pour les soins relationnels. Cette constellation peut concerner toute personne en contact avec l'enfant ou sa mère, y compris, par exemple, les agents de service hospitalier, discrètes maîtresses de maison, ne faisant pas partie des soignants, mais qui peuvent voir et recevoir beaucoup de choses des patients.

Une seule réunion de constellation narrative a eu lieu au jour d'aujourd'hui, et elle ne concernait pas la patiente dont il va être question. Concernant celle-ci, j'ai invité chacun, avant la synthèse qui ne peut rassembler toute l'équipe, à me transmettre préalablement, par mail et de façon anonyme, ce que cette patiente leur évoquait. Ça a été très intéressant pour moi et j'en ai fait une narration décrivant les différentes facettes de cette patiente complexe, mais la réunion n'a pas été telle que je la rêvais car tout était déjà trop construit (de mon fait) et ainsi peu ouvert à la discussion et à l'expression de ceux qui étaient présents. Ça a été, finalement, juste un premier essai à peaufiner. Je pense que cela a quand même eu un effet sur notre façon d'aborder cette patiente par la suite.

Puis j'aurais voulu qu'au fil des prises en charge ceux qui vivaient des affects forts et surtout négatifs puissent alimenter un dossier anonymisé de constellation narrative (dossier partagé soignants-médecin) mais finalement, je suis la seule à avoir écrit dans ce dossier, et personne ne l'a lu.

Pour la patiente dont il est question ici, j'ai ainsi recopié les paroles des chansons qu'elle préférait parce qu'elles me semblaient vraiment intéressantes pour mieux la comprendre : « j'ai fait un bébé toute seule » et « toi et moi ». Mme A., qui a plus de 40 ans, a décidé, soutenue par des amies qui trouvent qu'elle s'occupe merveilleusement de ses nièces, de faire un bébé toute seule en Belgique. Elle n'avait cependant pas anticipé la dépendance d'un nourrisson et les angoisses de mort engendrées par le fait de donner la vie. Elle ne veut pas s'attacher à ce bébé de peur de le perdre et lui pleure tout le temps. Il se retrouve en pédiatrie où il s'apaise,

mais Madame ne veut plus se retrouver seule avec lui à la maison, quitte à l'abandonner? Elle accepte l'hospitalisation conjointe mais il y a tant de chose à faire au niveau de ses papiers... je décide d'accueillir son bébé avant elle en hospitalisation temps plein et elle en hôpital de jour tant qu'elle n'est pas prête à l'accompagner. Je ne sais alors pas combien de temps cette situation va durer mais, finalement, elle entre en hospitalisation temps plein moins d'une semaine après.

#### SONG HEE, INFIRMIÈRE

Je me souviens de l'arrivée de cette dyade qui était toutefois assez particulière. On me transmet que le bébé est seul sur l'UAPE et que la maman fera son admission ultérieurement car elle a beaucoup de papiers administratifs à faire chez elle et qu'elle n'était pas prête pour cette admission. C'est un transfert de pédiatrie car la maman ne souhaitait pas faire un retour à domicile avec son enfant. Mon premier ressenti à ce moment-là a été : va-t-elle rentrer sur l'unité? Va-t-elle l'abandonner ici? Finalement, quelques jours plus tard, je regrette d'avoir eu ces pensées puisque l'admission s'effectue et que madame rejoint son fils dans l'unité.

Je découvre cette dyade petit-à-petit. C'est une maman qui, au premier abord, est souriante, touchante et sympathique. J'apprécie de la prendre en charge. Je m'étonne de son refus de retourner chez elle avec son fils car elle est plutôt disponible et douce dans les soins qu'elle lui dispense lorsqu'il ne pleure pas.

Puis les jours avancent. Madame s'installe dans l'unité petit-à-petit. Elle s'interroge quand même : « Je n'ai pas de problème, j'ai un enfant qui a un reflux qui est douloureux et qui pleure beaucoup. Il me faut du repos. » De notre côté, nous observons des choses : Raphaël est un « bébé reflux », Raphaël a une grosse tête, Raphaël pleure... Mais Raphaël est-il vraiment pensé? Raphaël est-il vraiment aimé? Pourtant, Raphaël a été conçu en Belgique par fécondation *in vitro* par une maman célibataire.

Madame donne des petits surnoms à son fils : « mon petit fromage qui pue », « mon boulet à moi » ... Ces surnoms sont donnés à son fils tout au long de l'hospitalisation. Je n'ai jamais entendu Madame appeler son fils par son prénom. Je me souviens avoir réagi lorsque Madame a appelé son fils « boulet ». Je l'avais questionnée sur son humour et sur le fait que son

fils ne le comprenait pas. Madame m'avait dit « vous n'êtes pas drôle, c'est de l'humour, ici personne ne comprend, on n'a pas le droit de rigoler. »

À partir de ce moment-là, Madame a pu m'adresser les reproches suivants : « Vous êtes trop carrée », « vous n'êtes pas drôle » et elle s'est donné pour objectif de me faire rire. Je me suis alors dit qu'il fallait mettre une distance thérapeutique car la relation pouvait dévier vers du « copinage ». Plus tard, nous verrons que cette patiente désireuse d'amener cette proximité avec les soignants va être au centre de beaucoup de mouvements. Effectivement, le clivage a été très important et il a mis à mal notre équipe (enfin moi) : il y a celles qui acceptent, il y a celles qui cadrent, il y a celles qui comprennent et celles qui ne comprennent pas... il y a celles qui prennent le relai, il y a celles qui ne le prennent pas... Enfin, il y a les bonnes et les mauvaises soignantes... Beaucoup d'agressivité exprimée envers certaines et beaucoup de proximité avec d'autres. Je me souviens alors d'une fois où une soignante prend Madame en référence. Elle prend le relai (« le relai », une fameuse histoire aussi!) pour que Madame puisse aller déjeuner. Son fils pleure et Madame remonte en trombe les escaliers pour voir ce qui se passe avec son fils. Elle me regarde, puis me dit : « Non mais elle ne sait pas s'occuper de mon fils, vous surveillez, vous surveillez, je vous fais confiance. » Je lui rétorque que « nous sommes toutes soignantes et professionnelles de santé et qu'elle n'a aucun souci à se faire là-dessus. » Je me suis dit alors : si cela avait été moi à la place de ma collègue, comment l'aurais-je pris? Lorsque Madame nous passait le relai, Madame était sur le qui-vive : est-ce qu'elle allait entendre Raphaël pleurer avec les soignantes? Allions-nous mal faire les choses avec son fils? Beaucoup de reproches sont faits : pourquoi il est tout seul? Pourquoi il pleure? Pourquoi il est en prison? Car oui il y a cela aussi : nous l'installions dans le parc pour sa sécurité, ce qui était très mal vécu par Madame qui appelait le parc « la prison ».

Puis, au décours de cette prise en charge, je me rends compte qu'en tant que soignantes nous sommes arrivées à douter de tout. Ai-je bien fait mon travail? Je doute de mon professionnalisme. Ai-je été trop dure? Ai-je été trop empathique? Cette prise en charge nous a tous beaucoup interrogés. À tel point que la question était devenue : « qui va prendre en charge Madame, aujourd'hui? Et la réponse : « mais suis-je assez forte aujourd'hui pour pouvoir accueillir tous ces mouvements agressifs? »

## NASTASSIA, INFIRMIÈRE

Aujourd'hui je n'ai pas de prise en charge en dehors de l'accueil d'une nouvelle dyade, je serai donc sa référente principale. C'est une maman qui a fait un bébé seule; épuisée, elle refuserait de rentrer avec son enfant chez elle.

Je me souviens qu'il fait beau ce jour-là, Madame sonne (*très ponctuelle...*). Allez, au travail!!!

J'ouvre la porte, elle est là, seule. Je me présente, elle est souriante. Nous échangeons quelques mots puis...

Moi : « Vous savez si l'ambulance de Raphaël arrive bientôt? » (*Oups, son attitude et son regard changent ...*)

Elle : « Il n'y a pas d'ambulance, il est dans la voiture, ils me font confiance!!! On n'en est pas à ce point... »

Moi : « Non, non, ce n'est pas ce que je voulais dire mais comme c'est un transfert de pédiatrie... » (*Tiens mais pourquoi je me justifie? Je suis mal à l'aise, comme si j'avais commis une faute.*)

Fin de matinée : je suis surprise par cette mère qui est de bon contact, qui semble bien connaître son fils. Je pars en me disant que ça va être une hospitalisation rapide, que ça va aller; elle est touchante et sympathique. J'ai oublié « l'épisode de l'arrivée ».

Quelque temps plus tard, Madame doit partir en permission avec son fils, une journée. C'est une première, il me semble. Elle est partie depuis deux minutes, je suis occupée dans la salle commune de l'étage, lorsque Madame me dit : « Vous n'avez rien vu, Nastassia . » (*Mais où donc est Raphaël?*)

Moi : « Mme A., vous ne pouvez pas laisser votre fils seul dans le hall... »

Elle : « Si, si il est attaché il ne risque rien... » (*Rien? Tout seul au rez-de-chaussée, dans une unité ouverte au sein d'un hôpital psychiatrique? je me demande quelles sont ses notions du danger ...*)

Madame me dit qu'elle n'est pas rassurée par mes propos : elle laisse bien son fils seul dans le hall de son immeuble pour monter ses courses... Il n'y a jamais eu de problème. L'hôpital serait-il plus dangereux? Serait-elle en insécurité ici? Elle me dira également « Entre nous deux, ce serait elle qui serait le plus mal s'il arrivait quelque chose à son fils. »

Je ne me souviens plus de mes réponses, je me souviens seulement de cette sensation de devoir justifier, argumenter mais aussi d'être « soufflée » par son attitude. Mais pourquoi je me sens prise en faute? Je m'interroge : comment fait-elle pour renverser une situation, ce ne serait pas elle qui mettrait son bébé en danger mais l'hôpital qui n'est pas sécurisé. Nous serions donc responsables de l'insécurité... Nous en parlons en équipe, une collègue me dit : « Ah bon? Elle monte ses courses avant son bébé? » Et là je commence à imaginer : et si c'était volontaire? Et si elle voulait que son bébé disparaisse?

## ROSE-MARIE, INFIRMIÈRE

L'écriture de ce texte n'a pas été facile pour moi pour plusieurs raisons :

- La constellation narrative était une notion un peu vague pour moi mais après plusieurs discussions, j'ai réalisé qu'en fait elle regroupe tout ce que nous avons à dire au sujet de nos dyades mais que nous ne pouvons pas forcément écrire,
- Évoquer mes ressentis pour des personnes inconnues n'est pas si simple,
- La dyade choisie par le Dr Dagens ayant suscité des contre-transferts souvent négatifs, elle a, sans le savoir, pris une très grande place dans ce que j'aurais appelé plus spontanément notre « espace narratif » que sont nos transmissions orales, nos échanges informels en équipe et aussi avec les psychologues, les post-groupes, les débriefing après les entretiens médicaux, les réunions de synthèse et les supervisions.

Le Dr Dagens a souhaité mettre en place un outil de partage de cette constellation narrative pour que nous puissions y déposer nos ressentis. J'avoue ne pas avoir pris le temps d'utiliser cet outil (bien que je l'aie consulté une fois!). Je trouvais que nous avions déjà nos espaces pour nous exprimer, pourquoi encore un autre? Nos transmissions orales se transformaient parfois en un déballage des dernières trouvailles de la patiente ainsi en une mise au point entre nous pour adapter notre stratégie de réponse; les échanges informels nous permettaient de discuter avec les cadres remplaçantes de ce que nous pouvions accepter ou non du comportement de la patiente; les supervisions nous permettaient de

déverser pêle-mêle toute notre agressivité tant contenue au quotidien et d'entendre la superviseuse nous formuler son analyse et nous encourager à accepter de nous laisser malmener pour le bien-être du bébé.

Et puis, lors d'une discussion en réunion institutionnelle, j'ai réalisé que le Dr Dagens n'avait pas beaucoup accès à nos ressentis, que moi-même je les lui transmettais très peu. Par manque de temps ? Par pudeur ? Parce que cela me semblait évident qu'elle savait ? Or les médecins ont besoin de connaître nos ressentis car l'équipe entière travaille avec ce que les patientes et les bébés nous font vivre. Et tout cela ne peut pas être écrit dans le dossier médical ou, du moins, nous sommes très prudents sur ce que nous écrivons depuis que les patients peuvent demander leur dossier, qu'il soit informatisé ou non, transmissions ciblées ou non.

Ce partage des émotions est censé permettre une élaboration psychique de la part des patientes. J'avoue pour ma part avoir eu beaucoup de difficultés à élaborer quoi que ce soit au sujet de cette dyade, tant mon esprit était envahi par ce tourbillon de paroles, de questions, de blagues cyniques, de remarques agressives, de consignes plus ou moins exigeantes pour la prise en charge du bébé lors des relais, de cris et de pleurs du bébé...

Pour illustrer un peu mon propos, j'ai tenté de recenser les émotions que j'ai pu ressentir à différents moments de la prise en charge de cette dyade. Cette liste n'est pas exhaustive...

- De la méfiance,
- De l'agacement par rapport à son comportement envahissant, par rapport aux pleurs du bébé,
- De la peur de ne pas faire les soins correctement à son bébé lorsqu'elle nous le confiait (les exigences étaient telles que, parfois, entre nous, nous nous disions « Il faut faire comme ci ou comme ça, sinon sa mère ne va pas être contente »),
- De la colère, lorsque son agressivité verbale dépassait les limites de ce que nous pouvions accepter,
- De l'amusement (« À cause de vous j'ai pourri ma déco » quand il s'est s'agi d'introduire chez elle des choses pour le bébé ou « Je ne fais pas comme Rose-Marie qui habille les bébés n'importe comment » – j'ai en effet une préférence pour le confort du bébé plutôt que pour l'assortiment des couleurs),
- Du rejet,

- Le sentiment d'être manipulée,
- De la confusion, lorsqu'elle affirmait des choses qui nous surprenaient,
- De la curiosité (c'était une femme cultivée, intelligente, intéressante, avec de l'humour),
- De l'empathie pour elle et pour son bébé, surtout lorsqu'elle nous confiait ses angoisses, ses craintes, sa souffrance,
- De l'incompréhension,
- Un sentiment d'incompétence (à un moment, je ne savais plus comment l'aider et je me suis demandé si j'avais su un jour comment l'aider),
- Le sentiment d'être agressée par ses questions, ses remarques,
- De la surprise : elle pose de questions, elle questionne le cadre de façon toujours inattendue,
- De la suspicion qui aurait pu virer à la paranoïa,
- De l'admiration aussi : un beau bébé, une maman célibataire courageuse, « debout », qui pouvait aussi se montrer agréable et enjouée...

Ceci n'est écrit nulle part ailleurs que sur ce papier.

Je suis allée regarder les transmissions écrites et j'y ai trouvé quelques traces d'événements, mais ce ne sont que des versions édulcorées de la réalité, quand ce n'est pas tout simplement un vide.

Je vous citerai juste un petit exemple : « Petite colère du matin et discussion sur ses angoisses par rapport aux pleurs de son bébé en son absence. *Idem* sur le relais du matin. » Cette petite phrase ne veut rien dire si elle est lue par quelqu'un qui ne connaît pas cette maman ou qui n'était pas là.

## CONCLUSION

PAR VÉRONIQUE DAGENS

Les entretiens médicaux contrastent fortement avec le vécu quotidien des soignants. Mme A. a besoin de répondre à son humour « rugueux », comme elle le nomme, elle nous fait douter des décisions pédiatriques car il y a toujours quelque chose qui cloche sur les ordonnances transmises, elle arrive toujours à nous surprendre, elle nous incite à lui répondre tout de suite ou à intervenir après provocation, elle veut écrire un livre ou un

blog sur l'unité, on a le fantasme qu'elle pourrait nous enregistrer, elle nous demande ce qu'on pense d'elle mais en entretien médical elle nous touche. Elle ne veut pas qu'on fasse un « sujet » de ses transgressions et pourtant là est bien la question, l'aider à se sentir sujet dans son accession à la maternité. Je suis touchée de toutes les pensées négatives à son égard, plus personne ne veut s'occuper d'elle, on me demande à demi-mot de la faire sortir mais pour moi elle a encore besoin de nous et nous sommes en mesure de l'aider. Je n'oublie pas que sa psychiatre la trouve touchante, que moi aussi, et qu'une relation thérapeutique de qualité s'établit avec la psychologue à partir du génogramme. Non seulement je veux que tout le monde tienne mais que ce ne soit pas dans la douleur, je veux que tout le monde retrouve sa capacité de rêverie.

J'ai échoué pour elle à utiliser cet outil. J'aurais beaucoup à dire sur les tenants et aboutissants de ce « flop » en rapport avec les mouvements institutionnels dans lesquels je suis moi-même ballotée, je tâtonne toujours pour rendre cet outil opérant, je continue à rêver pour les bébés et leurs parents mais ce partage à travers cet écrit a bien valeur de réparation et je remercie chaleureusement Nastassia, Rose-Marie et Song Hee de m'avoir accompagnée dans ce travail.

La discussion nous a amené à faire un parallèle avec les écrits utilisés dans les observations du bébé selon la méthode d'Esther Bick. Poser les mots sur le papier, écrire son histoire vécue de soignante singulière replacent la subjectivité et l'humanité au cœur de la relation soignant-soigné et ce sont les valeurs de la psychiatrie que je souhaite transmettre.

## UN CADRE D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE POUR PENSER LA CONTINUITÉ DES SOINS CONJOINTS MAMAN-BÉBÉ EN PSYCHIATRIE PÉRINATALE

Maud GASSAMA<sup>1</sup>, Frédérique JONCHERAY-CHAAR<sup>2</sup>

### INTRODUCTION

Psychomotricienne et assistante sociale, nous sommes toutes deux professionnelles au sein du Réseau de psychiatrie périnatale de l'Hôpital Charles-Perrens de Bordeaux. Nous intervenons sur les unités d'hospitalisation temps plein et hôpital de jour, pouvant ainsi suivre des mères et leurs enfants. Notre unité dépend de la psychiatrie adulte et les bébés sont considérés comme des accompagnants. Les deux unités dans lesquelles nous intervenons sont situées sur deux sites différents : l'unité d'hospitalisation temps plein se situe au sein de la structure hospitalière psychiatrique de Charles-Perrens et l'hôpital de jour se situe au niveau de la maternité de Pellegrin.

De ce fait, les équipes de soins sont différentes et il est fréquent que des dyades hospitalisées au temps plein poursuivent leur suivi à l'hôpital de jour.

C'est dans ce contexte que nous avons pensé à construire un cadre facilitant le lien entre les deux équipes autour de la parole de la patiente.

Avant d'argumenter sur le choix d'un programme d'éducation thérapeutique en psychiatrie périnatale, nous avons pris le temps

1. Assistante sociale, Réseau de psychiatrie périnatale - Service du Dr Anne-Laure Sutter, Centre Hospitalier Charles-Perrens, Pôle UNIVA - UNiversitaire Adulte.

2. Psychomotricienne, *id.*

d'échanger avec les soignants afin de mettre en avant des interrogations et les besoins en lien avec ce qui est proposé actuellement au Réseau de psychiatrie périnatale.

La diversité des intervenants (psychiatre, IDE, assistante sociale, psychologue, auxiliaire de puériculture, psychomotricien) permet à la patiente de bénéficier de différents regards sur sa situation actuelle. C'est dans cette pluridisciplinarité que se construit le parcours de soin de la patiente.

Un besoin qui a pu ressortir chez les soignants est de faire davantage de liens entre les différents espaces de soin qui sont proposés à la maman et à son bébé. Pour construire une réponse à ce besoin, il est nécessaire de définir la notion de projet de soin.

#### ***Du projet de soin au « prendre soin »***

Le projet de soin constitue peut-être un chemin pour vivifier la question du sens du travail en tant qu'il concourt au « prendre soin » (INTHAVONG 2007).

Ainsi le projet de soin détermine la façon dont les professionnels envisagent de « prendre soin ». Il est centré sur les personnes et aborde les prises en charges spécifiques, ainsi qu'il se doit en psychiatrie périnatale.

« Prendre soin » peut se définir de la manière suivante : « porter un intérêt particulier, c'est prêter une attention particulière en vue de favoriser, de développer, de promouvoir la vie, le bien-être de la personne auprès de laquelle on a pour mission d'intervenir » (HEESBEEN 2014).

Cette notion se différencie ainsi de celle, instrumentale, de « faire des soins » qui serait définie par les techniques, les protocoles, les lieux, les modes organisationnels. C'est avec une vision holistique qu'est ainsi abordée la personne soignée, afin qu'il soit répondu de façon optimale à son besoin, à sa demande de soins. « Prendre soin » implique, dans cette perspective, pour les professionnels, qu'ils s'inscrivent comme partenaires de soins dans une équipe pluridisciplinaire INTHAVONG, *ibid.*)

#### ***Au plus près des besoins***

Si dans cette perspective de « prendre soin » l'objectif est de proposer un projet où la personne humaine est placée au centre du dispositif collectif, la question du positionnement du soignant peut alors s'interroger.

C'est dans ce questionnement que peut être abordée la notion de relation soignant-soigné avec l'idée que le patient doit s'inscrire, en tant

que sujet, au sein de cette relation, car lui seul connaît sa maladie de l'intérieur (ROBIN-QUACH 2009).

Ainsi, dans son positionnement au plus près des besoins de la patiente, l'équipe aide à faire émerger les connaissances que la personne a sur elle-même, en l'étayant par un regard bienveillant.

Se situer au plus près des besoins de la patiente permet de prendre la mesure du fait qu'un simple aspect pédagogique ne suffit pas. Il est nécessaire de garder à l'esprit qu'éduquer « à tout prix » un patient porteur d'une maladie chronique qui n'en comprendrait pas les enjeux, est une démarche vouée à l'échec (*ibid.*).

Selon Jacques Alain Bury, directeur de l'Agence pour l'évaluation des politiques de santé à Genève et ancien professeur de santé publique, les besoins sont issus des représentations de la santé, qui eux-mêmes découlent de la structure de la personnalité, de l'étape de la vie et de la situation familiale, de l'histoire sanitaire personnelle et familiale, de la classe socio-économique et du groupe ethnique et culturel, du système de santé de la communauté et du système social en général.

Ainsi, il est nécessaire de partir du principe que la mère a une représentation de son bébé, représentation qui est donc en lien avec des dimensions cognitive, psycho-affective, socio-économique, culturelle... et c'est dans cette complexité que la relation d'aide soignant-soigné se met en place.

Afin de soutenir l'élaboration complexe de cette relation d'aide et en prenant en compte la pluridisciplinarité, il peut être intéressant de proposer un cadre de pensée qui va, tout en explorant les différentes dimensions de la personne, permettre de cibler des compétences à développer en termes de savoir (connaissances), de savoir-faire (attitudes : gestes, techniques) ou de savoir-être (comportements).

#### ***Les objectifs de l'ETP en psychiatrie périnatale***

De façon générale, ce choix de l'ETP en psychiatrie périnatale est une manière d'impliquer la dyade dans le projet de soin dans le sens où l'équipe soignante se positionne en soutien au plus près des besoins de la dyade, lui permettant d'en faire un récit afin de guider la mère et l'enfant dans des interactions de qualité, adaptées aux besoins de bébé. Les objectifs sont alors d'accompagner, de guider et d'étayer les interactions entre la mère et son bébé.



L'éducation thérapeutique périnatale se fonderait donc sur un état des lieux de la situation observée en hospitalisation, basée sur l'observation professionnelle du lien mère-enfant : comment le bébé est-il porté? Comment la mère agit-elle avec son bébé? Quels mots utilise-t-elle à son égard? Lui parle-t-elle, le regarde-t-elle, chante-t-elle, joue-t-elle? Parvient-elle à repérer ses besoins? S'ajuste-t-elle? Y a-t-il un réseau familial, social autour d'elle? Cet état des lieux soignant sera échangé et partagé avec les mères qui, elles aussi, parleront de la vision qu'elles ont du lien avec leur bébé.

Nous faisons le choix de ne pas nous centrer sur une pathologie psychiatrique particulière car il existe déjà des programmes ETP spécifiques (patients souffrant de schizophrénie, d'un trouble bipolaire, d'un trouble borderline, d'un trouble de l'usage) et que le point commun de ces mères hospitalisées au sein de notre unité, outre le trouble psychiatrique, est bel et bien un problème de lien avec leur enfant. Nous voulons, à travers ce programme spécifique, prendre en compte la dyade et les troubles des interactions précoces qui peuvent par la suite avoir un retentissement sur le développement relationnel et psychomoteur du bébé.

Ainsi, prendre en compte, dans le moment présent, le vécu mère-enfant est-il primordial dans l'élaboration de ce programme d'ETP.

#### *À qui s'adresse l'ETP en psychiatrie périnatale?*

#### *Les critères d'inclusion et d'exclusion du programme d'ETP*

Les patientes concernées sont des femmes dont la maladie psychiatrique est stabilisée sur un plan clinique, avec une adhésion au soin. Il est important que ces femmes soient en mesure d'élaborer, de se questionner un minimum sur leur position de mère et de se représenter leur bébé comme différent d'elle, c'est-à-dire être en mesure de le percevoir comme un petit être à part entière, dont les besoins et la temporalité sont différents des besoins maternels.

Notre public privilégié concerne les dyades qui, après une hospitalisation au sein de notre unité temps plein, sont ensuite orientées vers notre hôpital de jour car stabilisées sur le plan psychiatrique et en mesure de se repositionner face à leur bébé. Il y aurait ainsi une continuité de travail indispensable entre les deux équipes de soignants.

À contrario, les mères qui ne pourront pas être incluses dans ce programme sont les mères non stabilisées cliniquement avec des fluctuations

marquées de l'humeur, les mères qui se sentent persécutées par leur enfant ou avec des phobies d'impulsion, les mères dont l'état psychique ne leur permet pas de mentaliser l'état de l'autre comme différent d'elle-même et les mères en phase aiguë de décompensation comme, par exemple, les mères souffrant de psychose puerpérale.

#### *Les outils comme support à notre pratique*

Avant de proposer des ateliers, nous voulions faire un point sur les outils qui sont actuellement disponibles au sein du Réseau de psychiatrie périnatale. Ces outils sont une base indispensable dans la construction des ateliers et dans l'évaluation des compétences maternelles à développer.

#### LE NBAS ET LES ÉCHELLES DE NANCY BAYLEY

##### *Le NBAS*

Le Neonatal Brazelton Assessment Scale est un examen clinique du bébé effectué pour les parents. Il permet de mettre en avant les compétences du nouveau-né et ses capacités d'empathie.

Dans le cadre de la psychiatrie périnatale, une utilisation de l'examen de Brazelton peut être l'occasion de faire rencontrer le bébé à ses parents en leur montrant ses compétences précoces, ses capacités d'imitations, ses capacités à réagir aux différentes stimulations, mais aussi ses besoins en termes de consolation.

##### *Les échelles de Nancy Bayley*

Ces échelles viennent objectiver le développement du bébé en objectivant des compétences attendues selon son âge de développement, tant sur le plan de sa motricité que de ses acquisitions cognitives et comportementales. Elles servent de base pour orienter les observations du tout petit dans sa sensorimotricité, sa capacité à s'engager corporellement et psychiquement envers l'environnement matériel et humain.

Dans le cadre d'un programme d'éducation thérapeutique en psychiatrie périnatale, il peut être envisagé d'utiliser ces deux examens afin

de sensibiliser les parents dans l'observation de leur bébé et ainsi de les aider à s'accorder au tempérament spécifique de leur bébé en fonction de son âge de développement.

#### LA VIDÉO GRS

Le premier but de la vidéo est de montrer ce qui va bien, ce qui fonctionne avec plaisir, et de le montrer aux parents. De ce fait, la vidéo peut aider le parent à se décentrer en se voyant interagir avec son bébé. La vidéo est ensuite visualisée en équipe puis analysée par la psychologue et les soignants formés. Cette confrontation des regards donne déjà une première impression. Une séance de restitution est ensuite proposée en présence de la psychologue et de l'infirmière référente de la dyade. Ce temps de restitution est l'occasion de partager les impressions de chacun sur ce moment d'interaction, de pointer au parent ce qui se passe bien avec son bébé et d'aborder également ce qui reste difficile à engager dans la relation.

#### LES ÉCHELLES DES INTERACTIONS MAMAN-BÉBÉ DE BOBIGNY

La constitution de ces échelles permet de représenter les interactions comportementales selon leurs différents niveaux, à savoir les interactions corporelles, visuelles et vocales. Le suivi hebdomadaire de ces échelles permet d'avoir une vision dans le temps de l'évolution des interactions maman-bébé du point de vue de la mère mais aussi du point de vue du bébé qui est un partenaire actif de la relation.

#### LE PROGRAMME HUGS

Le programme HUGS est un programme d'intervention pour améliorer les compétences maternelles qui a été élaboré par Jeannette Milgrom (2001). Ce programme est dédié aux femmes souffrant de dépression postnatale. Le sigle HUGS signifie « joie » (*happyness*), compréhension (*understanding*), don (*giving*) et partage (*sharing*).

Un module additionnel de trois séances maman-bébé en groupe permet d'intervenir directement sur la dyade mère-bébé et d'améliorer

les compétences dans la communication, l'observation parentale et la contingence des réponses.

Les séances sont organisées pour les mères afin de :

- Observer le comportement du bébé
- Comprendre ses signaux
- Explorer leurs réponses et l'interprétation qu'elles donnent aux indices du bébé
- Remettre en cause leurs perceptions
- Promouvoir le plaisir de la parentalité avec des jeux et des contacts physiques
- Autoriser l'expression des observations, des anxiétés ou des sentiments négatifs envers leurs bébés dans un cadre où il n'existe aucun jugement de valeur.

Ces objectifs sont en rapport avec la capacité de la mère à faire du lien entre ce qu'elle observe, l'influence que cela peut avoir sur son état émotionnel et la réponse qu'elle va donner.

#### REGARDER, ATTENDRE ET S'ÉTONNER

L'observation du nourrisson se comprend comme une attention contenante, porte d'entrée pour une compréhension et une action soignante respectueuses des capacités et des sensibilités de chacun (GARRET-GLOANEC 2017).

Il s'agit de mettre de la distance entre la maman et son bébé, de s'arrêter un instant pour s'autoriser à attendre devant son bébé sans rien faire. Ce qui est prépondérant dans le discours des mamans en réaction à un temps d'observation, c'est leur difficulté à rester sans rien faire à regarder leur bébé. Le plus souvent la remarque est : « Alors, on regarde c'est tout, on ne fait rien d'autre ». C'est dans cette attente parfois insupportable pour les mamans, car propice à la projection d'un sentiment d'ennui sur le bébé, qu'un travail sur la fonction réflexive peut être initié avec un étayage soignant qui consiste à verbaliser ce qui est observé des compétences et des signaux que le bébé émet.

### *La méthode WWW ou Watch, Wait and Wonder*

Il s'agit d'orienter le soin sur la capacité de la maman à mentaliser les états mentaux de son bébé comme étant différents des siens et à sortir de la projection par l'observation de son bébé et le décodage de ses signaux en présence d'un soignant.

#### *La notion de fonction réflexive*

Selon Fonagy *et al.* (ROSSIGNOL 2013), la notion de fonction réflexive fait référence à la capacité qu'a un individu de percevoir et d'interpréter ses comportements et ceux d'autrui en fonction des états mentaux sous-jacents, soit les pensées, les désirs, les croyances, les sentiments et les intentions. Ainsi, la fonction réflexive parentale permet de considérer l'enfant comme un être distinct qui peut être traversé par des états mentaux (sentiments et intentions) qui lui sont propres.

Le travail sur la fonction réflexive permet aux parents de questionner leur propres comportements et l'impact que ceux-ci peuvent avoir sur leur enfant. Le parent reconnaît alors le caractère opaque du psychisme de son enfant, il fait preuve de flexibilité, ce qui lui permet de considérer plusieurs alternatives lorsqu'il cherche à comprendre le comportement de son enfant.

#### *Proposition d'un bilan éducatif partagé*

Le bilan éducatif partagé représente la première étape du programme d'ETP. C'est un moment particulier dans le programme car il va définir la suite. Il permet d'avoir une vision globale ou multidimensionnelle de la patiente. Ainsi, il permet de se positionner au plus près des besoins de la patiente dans le moment présent et de définir avec elle les compétences qu'elle souhaite acquérir au cours du programme.

#### *Axe biomédical*

Cet axe vient explorer ce que la patiente sait sur les raisons de son hospitalisation. A-t-elle conscience de ses difficultés à interagir avec son bébé?

### *Axe psycho-affectif*

Cet axe explore les liens d'attachement que la patiente a construit avec son entourage, notamment avec ses parents. L'attachement comporte toujours un aspect comportemental et un aspect représentationnel. Un auto-questionnaire permettant de définir les modalités d'attachement de la patiente avec ses parents et avec son partenaire est proposée à la patiente (DELAGE 2007).

#### *Axe interpersonnel*

Cet axe explore l'environnement social et familial de la patiente. En utilisant le cercle des proches de la PTI pour explorer avec la patiente ce qu'elle perçoit du soutien qu'elle reçoit de son entourage.

Ci-dessous un exemple de questions possibles concernant l'axe interpersonnel :

- Quel est l'environnement social et familial de la patiente ?
- Pouvez-vous décrire les personnes de votre entourage actuellement ? (Utiliser le cercle des proches – PTI)
- Vous sentez-vous soutenue par votre entourage ?
- Selon vous, quelles sont les personnes les plus à même de comprendre ce qui se passe en ce moment pour vous et votre bébé ?

#### *Axe cognitif*

Cet axe explore les représentations que la maman se fait de son bébé dans le moment présent. En questionnant la maman sur son bébé, cela permet d'accéder au bébé imaginaire présent dans son discours.

Un exemple de questions possibles concernant l'axe cognitif :

- Quelles sont les représentations que la patiente se fait de son bébé ?
- Pouvez-vous me décrire votre bébé en quelques mots ?
- Vous fait-il penser à quelqu'un ?
- Si votre bébé était ... un arbre ? Un animal ? Une fleur ? Une sucrerie / un gâteau ? Que serait-il ?

*Les interactions avec bébé*

Cet axe explore la façon dont la patiente vit sa relation avec son bébé et comment cette relation se concrétise dans les interactions au quotidien. Ce sont les interactions comportementales observables (corporelles, visuelles, vocales) qui vont permettre de construire cet axe du bilan.

Un exemple de questions possibles concernant les interactions avec bébé :

- Comment la patiente vit sa relation avec son bébé dans le moment présent ?
- Avez-vous déjà pris le temps d'observer votre bébé, de le regarder ?
- Selon vous, quels sont les besoins de votre bébé pour le moment ?
- Comment nourrissez-vous votre bébé ? Au sein : combien de tétés par jour ? Au biberon : connaissez-vous les quantités ?
- Comment communiquez-vous avec votre bébé ? Par la parole ? Par le toucher ? Par le regard ? Autre ?
- Percevez-vous quand votre bébé est content ? Triste ? Fatigué ?
- Avez-vous parfois l'impression que votre bébé s'ennuie ?
- Si oui, faites-vous quelque chose ?
- Vous arrive-t-il de vous ennuyer en présence de votre bébé ?
- Si oui, que faites-vous ?
- Prenez-vous du plaisir à interagir avec votre bébé ?
- Si oui, quels sont les moments où vous prenez le plus de plaisir avec votre bébé ? (Le bain, l'éveil, les repas...)

*Axe socio-administratif*

Cet axe permet d'explorer comment la patiente organise ses liens avec l'extérieur et comment elle s'organise sur le plan social et administratif.

À l'issu du bilan éducatif partagé, au regard des différents axes explorés et de l'écoute mutuelle, il est proposé à la patiente, avec son accord, des compétences à acquérir, compétences qui sont en lien avec les fragilités de la patiente. Ces compétences à acquérir vont pouvoir être déclinées sous forme d'ateliers.

*Synthèse de l'entretien*

Les questions posées sont alors :

- « Nous venons de nous entretenir un bon moment ensemble. Si j'ai bien compris, actuellement, ce qui est difficile pour vous dans votre relation avec bébé c'est : ... »
- « En revanche, j'ai l'impression que ce qui pourrait vous aider à surmonter ces difficultés, c'est : ... »
- « Finalement, à travers ce que vous m'avez dit et ce que je connais de vous, je comprends que vos objectifs sont : ... »
- « Qu'en pensez-vous ? »

**Formalisation des objectifs d'accompagnement  
à la parentalité personnalisés avec l'animateur :**

1) Meilleure connaissance de soi	oui	non
2) Reconnaître les besoins de son bébé	oui	non
3) S'ajuster au rythme de son bébé	oui	non
4) Accueillir et tolérer les états émotionnels de son bébé	oui	non
5) Écoute, expression et échanges	oui	non
6) Favoriser l'autonomie	oui	non

**CONCLUSION**

Ce bilan nous permettra ensuite de proposer des ateliers (proposition non exhaustive) adaptés aux besoins et au désir de la maman, en prenant en compte son regard sur elle-même et sur ce qu'elle perçoit de son lien avec son enfant.

Une plaquette, présentée ci-après (page 175), expose les différents ateliers qui peuvent être proposés.

Nous pouvons conclure avec l'idée de l'importance de l'écoute des besoins exprimés par la patiente, associée à un cadre défini, comme ici l'éducation thérapeutique, qui permettrait de répondre au plus près des besoins de la dyade, avec comme objectif commun : le mieux être et la connaissance de ses ressources maternelles.

ÉDITIONS EN SOUTIEN  
AUX (PSY)PÉRINATALISTES

### Parent'aise

*Bien être & estime de soi :*

- Atelier socio-esthétique : un moment rien que pour vous.
- Atelier relaxation : une pause pour être à l'écoute de ses ressentis.

### Bébé et moi

*Savoir être avec votre bébé :*

- Moments de détente maman-bébé : bercement, voix, regard...
- Massage bébé : comment réagit votre bébé au toucher massage ?

### Qui est mon bébé ?

*Observer les compétences de votre bébé :*

- Prenez le temps d'observer votre bébé : comment bouge-t-il ? Que fait-il ?
- Quels sont les compétences de votre bébé en fonction de son âge ?

### Des maux aux mots

*Groupe de paroles :*

- Espace de parole libre : échange d'expériences, vie de famille, devenir parents...
- Espace de parole pour les mamans et pour les pères

### Les .. petits papiers ..

*Atelier socio-administratif :*

- Organiser votre gestion administrative
- Espace d'échanges et de conseils sur les questions administratives et sociales

### Rythm'n baby

*La mise en place du rythme de votre bébé :*

- Comprendre où en est votre bébé dans son rythme en construisant un outil de repérage dans le temps (biberon, éveil et jeu, sieste...).
- Accompagner votre bébé au quotidien et l'aider à construire un rythme stable.

## BIBLIOGRAPHIE

- DELAGE M. (2007) « Attachement et systèmes familiaux. Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques », *Thérapie Familiale*, vol. 28, n°4, p. 391-414.
- GARRET-GLOANEC N., PERNELA S. (2017) « De la psychiatrie périnatale à la psychiatrie néonatale : zoom sur le bébé de moins de six semaines. », *EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, vol. 14, n°1, p. 1-11.
- HEESBEEN W. (1994) *La réadaptation du concept de soin*, Paris, Lamarre.
- INTHAVONG K. (2007) « Du projet de soins infirmiers au projet de soin médico-soignant. Une vision plurielle », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 4, n° 91, p. 29-60.
- MILGROM J. (2001) « Dépistage et traitement de la dépression postnatale (DPN). Une approche cognitiviste et comportementale », *Devenir*, vol. 13, n°3, p. 27-50.
- ROBIN-QUACH P. (2009) « Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 3, n°98, p. 36-68.
- ROSSIGNOL A. et al. (2013) « L'approche Watch, Wait, and Wonder et l'évolution de la fonction réflexive parentale de mères à risque », *Devenir*, vol. 25, n°4, p. 257-283.

## LE LANGAGE DU CORPS DANS LE SOIN DE LA RELATION PARENTS-BÉBÉ AU SEIN D'UNE UNITÉ DE JOUR

Géraldine PONCELET<sup>1</sup>, Audrey MOUREAU<sup>2</sup>, Véronique DELVENNE<sup>3</sup>

Dans notre unité parents-bébé<sup>4</sup> à Bruxelles, les soignants de l'équipe pluridisciplinaire sont confrontés à diverses formes d'émotions : celles qui se déversent à toutes les oreilles, celles qui ne peuvent pas être parlées, celles parlées par le corps, l'attitude, un geste ou un regard. Comment appréhender ces signaux corporels ? Comment s'emparer de ce qui nous est dit à travers le corps du bébé ou du parent ? Et qu'en est-il des signaux corporels des soignants ?

Évoquer le corps en relation, c'est d'abord l'observer, le ressentir, s'ajuster.

À travers deux vignettes cliniques, nous allons tenter de penser, de parler de ce que nous pensons être éprouvé dans le corps du bébé et dans le nôtre. Chacune des présentations entremêle les regards de la psychomotricienne et de la pédopsychiatre. Au fil du texte, nous proposerons des articulations théoriques centrées sur les dimensions corporelles et affectives du travail

1. Psychomotricienne, unité de jour parents-bébé, Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF), Bruxelles.

2. Pédopsychiatre, *id.*

3. Pédopsychiatre, *id.*

4. L'Unité de jour parents-bébé s'adresse aux dyades ou triades parents-nouveau-né présentant des difficultés dans l'établissement des liens précoces, ainsi qu'à des jeunes enfants de 0 à 2,5 ans présentant des particularités du développement ou des symptômes psychopathologiques.

thérapeutique avec les familles. Nous concluons en mettant en perspective les deux situations cliniques.

### UNE UNITÉ DE JOUR DANS UN HÔPITAL PÉDIATRIQUE

Notre unité de jour accueille des bébés et leurs parents, à temps partiel, au sein du service de pédopsychiatrie de l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola, hôpital universitaire exclusivement pédiatrique.

Les prises en charge débutent après une période de rencontres ambulatoires qui tissent, avant l'entrée, un lien suffisamment solide pour débiter le travail. L'accent est mis sur la qualité de l'accueil proposé et l'inscription du parent au sein du « groupe » de parents. Ceux-ci s'occupent de leurs enfants durant la journée dans un espace aménagé « comme à la maison ». Ils bénéficient d'ateliers en groupe et d'espaces individuels. Les prises en charges sont à visée thérapeutique mais s'appuient sur une évaluation systématique à l'entrée (échelles de développement, ADBB<sup>1</sup>, dépistage du risque de dépression) qui peut être renouvelée au cours du processus.

Cette « mise en mots » initiale des difficultés du bébé et de la famille nous sert d'appui pour co-construire un projet thérapeutique avec la famille. Ce projet de soins englobe trois volets : celui adressé au bébé, celui dédié aux interactions parents-bébé et celui à destination des parents.

### ALIZÉE, UN PRÉNOM COMPOSÉ

Alizée nous est orientée à l'âge de 4 mois par une collègue pédopsychiatre externe qui a rencontré la maman, Madame A., âgée de 22 ans, dans le post-partum à la maternité. Elle a tenu le fil en ambulatoire avant que le projet d'unité parents-bébé ne se mette en route.

Madame A. nous dit avoir besoin de repères maternels, dont elle a été privée dans sa jeunesse. Elle se sent accaparée par sa fille qui aurait dû aller en crèche, et qu'elle ne s'est pas sentie prête à y laisser. Pendant qu'elle parle, Alizée est dans ses bras. L'enfant est très vigilante à tout ce qui se passe, avec un regard avide. Madame A. embrasse sa fille de nombreuses

1. Alarme Détresse Bébé (voir Guedeney, 2006).

fois durant notre première rencontre. Elle porte autour de son cou un bavoir lui appartenant.

Les parents d'Alizée ont fait connaissance dans un parc. Madame nous décrit une rencontre qui pourrait être issue d'un conte de fée : elle pleurait seule sur un banc, et Monsieur A. est venu à son secours. Alizée porte le prénom d'une éducatrice que la maman a connue en institution dans son enfance. Son nom complet, c'est Alizée Ayesha, un prénom composé, important pour le papa qui est d'origine pakistanaise. Celui-ci nous fait part du mal du pays qu'il éprouve et des injustices qu'il traverse en Belgique. Il pense que leur fille devrait pouvoir profiter d'une crèche, mais il respecte la temporalité de son épouse.

Lors de ce premier entretien, Madame nous raconte son passé chaotique : le placement en institution, les punitions corporelles, puis l'abus intrafamilial durant sa jeunesse. Elle est restée en contact avec sa mère, avec qui elle échange des messages et des photos. Elle espère qu'elle pourra bientôt lui présenter Alizée.

Malgré son appréhension à intégrer une nouvelle institution, elle a hâte de pouvoir être admise à l'unité. Nous lui proposons de la fréquenter à raison de trois jours par semaine. Par ailleurs, elle poursuit ses rencontres hebdomadaires avec son pédopsychiatre et nous met en contact avec l'infirmière de l'Office de la naissance et de l'enfance qui la soutient depuis la naissance.

### *Accueil en psychomotricité : nos premières observations*

Alizée a 5 mois lors de cette rencontre en psychomotricité de groupe. Il y a trois autres bébés accompagnés de leur maman. C'est un espace pensé comme un espace de rencontre pour la dyade parent-bébé, dans le plaisir du mouvement, de la découverte de son propre corps, de l'espace, de l'autre.

Alizée est posée sur le ventre mou de sa maman. Madame A. agite ses cheveux sur le visage de son bébé en rigolant. Alizée ne peut regarder qu'elle.

– « Et si on posait Alizée sur le tapis pour observer tout ce qu'elle sait faire ? » Il y a très peu de paroles adressées. Alizée est posée sur le dos, contre sa maman, elle ne bouge pas. C'est un bébé aux traits fins, plutôt chétive. Elle paraît fragile. Mais il se dégage d'elle aussi de la dureté, elle toise du regard, fronce les sourcils. Alizée appelle sa maman du regard et met tout

son corps en tension semblant demander « Qu'est-ce que je dois faire ? » Madame rit dans les manches de son pull de grossesse, elle semble tout aussi perdue que sa fille, ne sachant pas tellement comment l'observer et l'accompagner. Coincée entre les longues jambes de sa maman, Alizée peut à peine bouger. Nous leur proposons une balle pour arrondir la rencontre. Alizée scrute l'objet, le touche, semble demander à sa maman ce qu'elle doit en faire. Madame A. est enfoncée dans les coussins, le regard perdu dans le vide. Pas de réponse. Alizée essaye encore, elle geint, tout son corps se tend, tout son corps l'appelle. Madame s'éveille tout à coup, « Alizée a faim ! ». La réponse est donc le sein. Sans transition, Alizée passe du vide au remplissage, de l'absence à la présence.

L'état tonique de l'une et de l'autre est en totale opposition. Le mou et le dur ne se rencontrent pas. Pourtant collées l'une à l'autre, elles ne s'accordent pas, il n'y a pas ou très peu d'échanges de regards, de sourires, de caresses et surtout peu d'échange de plaisir. Dans cette oscillation rien/tout, vide/intrusion, la modulation tonique, émotionnelle, ne trouve pas son chemin, l'écart est trop grand. Alizée se tient seule. Elle se tend, s'accroche pour se sentir exister, désirée. Comme le décrit très bien Suzanne Robert-Ouvray (2007) : « L'accrochage tonique dans lequel se trouve 'coincé' l'enfant tient ici le rôle de 'faire rester' l'autre près de soi et ne pas se sentir abandonnée ».

Dans ce collage des corps, l'exploration sensori-motrice de son propre corps, de son environnement, de l'autre, semble impossible pour Alizée qui trouve peu d'appuis chez sa maman. Ces appuis dont nous parle André Bullinger, proposés par l'environnement (sensoriel, moteur et relationnel) et nécessaires au bébé pour grandir, pour se construire dans la verticalité (Livoir-Petersen, 2018). Les sensations et les émotions de cette petite fille ne trouvent pas de réponses et donc pas d'appui suffisant pour qu'elle puisse se sentir contenue, en sécurité.

Dans cet état d'hypertonie et cette absence d'appui, le retard psychomoteur d'Alizée s'installe, elle ne peut ni se mobiliser, ni se découvrir.

#### ***Emménagement : mise en place du cadre thérapeutique***

« L'appartement » de l'unité, va vite devenir comme une deuxième maison pour Madame A. Elle dépose ses affaires un peu partout, donne son avis sur l'aménagement de la pièce, commente les allées et venues et

pointe nos failles avec humour. Elle *est* une maman de l'Unité parents-bébé et cherche sans relâche son appartenance à cette nouvelle famille.

Quand elle ne trouve pas sa place, ne se sent pas accueillie, elle pleure et quitte la pièce brutalement. Alizée la regarde partir, l'air béat. Mais Madame A. revient après avoir pu bénéficier d'un espace individuel et inonde Alizée de câlins. Les embrassades, les larmes, la mère, la fille, tout s'emmêle. L'équipe assiste, parfois sidérée, à ces scènes émotionnelles. Madame A. parle ensuite à sa fille de sa culpabilité : « Je n'aurais pas dû partir comme ça. Maman est là, ne t'inquiète pas ». Elle se questionne : « Peut-on donner trop d'amour à sa fille ? »

L'inquiétude principale de la maman concerne les difficultés de sommeil de sa fille : Alizée ne s'endort qu'au sein. Elle sursaute au moindre bruit et a de très courtes périodes de sommeil. Elle est hyper-attentive en journée, se tourne, scrute, observe, participe... Lorsqu'elle ronchonne un peu, le sein lui est proposé quasi systématiquement. Elle reste parfois inconsolable durant les séparations. À son arrivée à l'unité, elle a souvent un regard méfiant.

En parallèle, l'équipe soignante est éreintée par les sollicitations de la maman. « Elle nous vide de notre substance » dira une collègue. L'impression prévaut que le travail est trop lourd à porter mais, en même temps, plusieurs membres de l'équipe se trouvent très en empathie avec cette jeune femme. Madame A. reconnaît qu'elle s'entête. Elle repousse les moments de sieste, mine de rien. Et quand Alizée s'endort, Madame ne sait pas quoi faire d'elle-même, de sa solitude. Alors elle va réveiller sa fille.

#### ***Mise en perspective***

À la lecture de cette vignette clinique, il nous apparaît que les mouvements mère-fille observés en séance de psychomotricité sont transposables à ceux qui rythment les échanges de la mère avec l'équipe. L'insécurité d'Alizée, reflétée par un regard trop alerte, des troubles toniques et fonctionnels, fait écho aux difficultés relationnelles mère-fille et à la sécurité que recherche sans relâche cette maman au sein de notre dispositif.

Par leur présence physique stable et résistante aux attaques, les psychothérapeutes, ainsi que l'ensemble du personnel soignant, offrent aux parents du bébé un « utérus psychique », un *holding* étayant et rassurant



(LE NESTOUR 2004), afin qu'ils bénéficient, souvent pour la première fois, d'une expérience de dépendance gratifiante.

Là où, comme dans la situation d'Alizée, l'espace transitionnel fait défaut, il nous paraît primordial de proposer à la dyade du mouvement, du rythme, de la distance, de l'alternance, du plaisir.

L'espace de psychomotricité permet d'éprouver de la contenance, dans un *holding* qui sécurise, qui enveloppe sans étouffer, qui permet d'aller à la découverte du monde. La régularité des rencontres, les mots échangés, le plaisir partagé, dans un espace qui invite à la découverte et qui sécurise, permet de la transformation. Nous proposons à Alizée un panel de nouvelles sensations et de positions. Un toucher plus contenant qui réponde à son état tonique, nous accompagnons la mère et la fille activement dans cette découverte. Alizée vocalise, son visage s'attendrit, elle découvre avec plaisir le bas de son corps, attrape ses pieds, le mouvement apparaît.

#### ***Cohabitation : un travail bien installé***

Et puis, un jour, c'est une histoire de corps qui est venue tendre la perche à Madame A.

Voilà que ce satané orgelet chronique dont elle ne parvenait pas à se débarrasser ne pouvait se traiter qu'à coups d'antibiotiques totalement incompatibles avec l'allaitement. L'équipe encourage Madame à attraper cette perche, et c'est ainsi qu'en l'espace de quelques jours Alizée se sèvre du sein maternel. Alizée a alors 8 mois. Quelques jours plus tard, c'est la qualité du sommeil qui s'améliore.

Cette nouvelle distance relationnelle vient aussi s'expérimenter en séance de psychomotricité individuelle. Nous proposons à Alizée et à sa maman de vivre des jeux sensori-moteurs (glisser, sauter, ramper, ...) qui permettent d'éprouver l'unité dans le plaisir, ainsi que des jeux de réassurance (cacher/paraître, vider/remplir, ...) qui permettent d'expérimenter la séparation dans la sécurité. Ce sont deux petites filles, dont l'une est mère, qui profitent des plaisirs du jeu pour se différencier progressivement.

Le travail se poursuit aussi avec la famille et le réseau extérieur. L'équipe est en lien avec l'infirmière de l'ONE qui déploie le travail à domicile. Les entretiens avec le père et l'interprète Ourdou ouvrent des pistes : il nous parle de la manière dont, chez lui, les hommes prennent leur place dans leur famille, il montre son soutien à Madame. En sa présence, Alizée

s'appuie sur lui et sollicite moins sa mère. Nous accueillons la tristesse de Madame A. face à cette constatation.

L'équipe se laisse aussi surprendre par les « talents » de Madame qui prend un plaisir fou à rendre service : elle recoud, par exemple, la robe d'une autre mère. Aussi, nous prenons très au sérieux les remarques qu'elle formule dans les espaces institutionnels.

#### ***Prochain voyage***

Aujourd'hui, Alizée est âgée de 14 mois. Elle a le tempérament d'une aventurière : rien ni personne ne lui échappe. Elle a pris possession des lieux, connaît et anticipe chaque rituel de la journée. Grâce aux nombreux tiers et appuis offerts à la dyade (espaces individuels, appui des membres de l'équipe, présence du père), celle-ci a pu évoluer dans une certaine autonomisation.

Alizée se déplace au gré de ses envies, elle communique son état d'être à qui veut bien l'entendre. Les premiers mots apparaissent. Elle est en grande appétence relationnelle, et notamment avec les autres enfants de l'unité, ce qui a fini de convaincre sa maman qu'il était temps pour elle de rentrer en crèche.

Les nombreuses ressources de l'une et de l'autre s'étaient, dans une modulation tonique et affective qui permet l'individualité. Madame fait aujourd'hui office de figure d'appui et de réassurance bien qu'Alizée sollicite aussi beaucoup les bras des membres du personnel. Depuis deux semaines, Madame est à fleur de peau, et les mises à la sieste à nouveau plus compliquées. Cette régression n'est pas sans rapport avec le fait qu'avec son mari, ils sont enfin parvenus à rassembler la somme nécessaire pour rendre visite à la famille pakistanaise...

#### **NOAM, AU-DELÀ DE LA PRÉMATURITÉ**

Nous avons accueilli Noam il y a trois mois environ au sein de l'Unité parents-bébé, il a alors 1 mois d'âge corrigé. Il nous est adressé par le service d'hospitalisation des nourrissons qui a poursuivi la prise en charge de la néonatalogie. Noam est né prématurément à 32 semaines d'âge gestationnel, ce qui provoqua pour sa famille un immense traumatisme.

Il nous est orienté parce que le lien se construit difficilement. Sa maman, Madame F., âgée de 40 ans, a été très peu présente en néonatalogie. Elle se rappelle avoir porté son bébé en peau à peau seulement quelques fois. Elle n'aimait pas ce contact. Une fois, elle n'est pas venue pendant plusieurs jours auprès de lui.

Madame nous dit qu'elle n'a « toujours pas digéré cette naissance, que rien n'était prêt, que cela ne devait pas se passer comme ça ». Elle s'est sentie écartelée entre Noam et ses deux grands garçons à la maison, âgés de 6 et 8 ans. Une part d'elle en veut encore à Noam, même si, nous dit-elle, « je sais bien que ce n'est pas sa faute ». La néonatalogie a été une expérience très difficile pour elle, elle se sentait « comme dans un aquarium » et avait l'impression de ne servir à rien. Malgré le fait qu'elle se soit déjà occupée de deux enfants, elle se sent peu en confiance dans ses compétences maternelles. La perspective de s'occuper de son nourrisson la met dans un état d'anxiété majeur.

Le papa de Noam travaille comme ouvrier dans le maraîchage, il a un faible niveau d'instruction. La maman a terminé ses études secondaires et elle travaille dans un *call center* où les conditions de travail sont peu épanouissantes. Ils sont tous les deux originaires du Maroc, mais la maman est née et a grandi en Belgique.

Lors de notre première rencontre, nous sommes frappées par l'anxiété débordante de la maman, et son malaise dans le *holding* de son petit garçon. Elle le regarde du bout des yeux, l'effleure du bout des doigts mais se préoccupe adéquatement du devenir de leur rencontre, de leur lien.

Elle est d'accord pour venir passer une journée par semaine à l'unité, mais pas plus, parce qu'elle habite à plus d'une heure en voiture de Bruxelles. Elle recevra aussi de l'aide à la maison lors du retour à domicile, sous la forme d'une consultation pour nourrissons avec une sage-femme, une fois par semaine. La kiné Bobath, n'avait, à ce stade, pas trouvé nécessaire de mettre en place des séances de revalidation.

### *Hibernation collective*

La prise en charge débute silencieusement. Le petit dort beaucoup, et Madame F. se fait très discrète et très polie. Elle nous apparaît comme sortie d'un autre temps, habillée de vêtements un peu passés, le visage

fatigué. Elle est débordée par les tâches ménagères mais nous dit que « tout va bien ».

Noam lui, est décrit comme dormant beaucoup, mais pouvant également avoir de belles phases d'éveil. Les contacts que nous avons avec les sages-femmes à domicile sont rassurants. Tout comme notre équipe, elles ne sont pas inquiètes quant aux réponses aux besoins primaires que Madame F. apporte à son enfant. Cependant, ses gestes sont mécaniques, ses paroles peu adressées, peu engageantes.

### *Accueil en psychomotricité*

Noam, 2 mois d'âge corrigé, et sa maman rejoignent l'espace de psychomotricité de groupe. Madame le pose sur un tapis, le tapis le plus dur, comme un objet étrange dont elle ne sait pas très bien quoi faire. Elle lui remet ses vêtements, essuie sa bouche. Noam geint, il semble inconfortable, douloureux. Madame le reprend, il glisse sur ses genoux, elle le bloque avec son bras. Ils ne bougent plus ni l'un ni l'autre, ils paraissent tous les deux figés. Madame n'est pas là, ni dans son corps, ni avec nous, elle nous laisse un sourire de surface, acquiesce poliment.

Noam est à son image, le visage neutre, le regard dans le vide. Il semble incorporé dans cette maman. Il est difficile d'aller à leur rencontre autrement qu'avec des mots d'usage, des conseils ; mobiliser Noam, l'aider à ramener ses mains à sa bouche, favoriser des positions d'enroulement. Tout aussi machinalement, Madame exécute les mouvements conseillés.

C'est Noam qui vient nous tirer de notre torpeur, par une vocalise magnifique qui invite à lui répondre, à s'approcher. Son visage s'anime, un regard qui vient nous happer. Ses bras en flexion, il sert les poings, il s'agrippe... à quoi? À lui-même. Tout son corps est en tension. Cela devient trop pour lui, il s'agite, se désorganise, se coupe de ce lien si durement établi.

Noam « s'accroche à corps perdu » pour reprendre les mots de Bernard Aucouturier (2005). Nous pensons à cette angoisse archaïque de perte du corps dont nous ont parlé des auteurs comme Donald W. Winnicott, Frances Tustin, Esther Bick (PIREYRE 2011). Le bébé se contient en s'agrippant, il s'accroche avec « ses ventouses sensorielles », pour reprendre les mots d'Esther Bick.

André Bullinger (ABSM, 2018) parle de ces conduites d'agrippement comme d'une ressource, au départ, pour le bébé, qui lui permettent de se tenir et de s'attacher à celui qui prend soin de lui, ce tiers qui permet que des représentations des émotions prennent le relais des flux sensoriels dans l'organisation tonique. L'agrippement est donc décrit comme un comportement qui permet d'éviter une désorganisation fonctionnelle. Cela peut être une fermeture des mains, une suspension du regard aux lumières ou aux yeux de celui qui le porte, des cris, des geignements, une agitation permanente, ou une absence de mouvement. Tous ces comportements permettent au bébé de gérer les flux sensoriels, de s'y tenir, et de s'assurer qu'il continue d'exister. Ces comportements, lorsqu'ils s'installent sans le tiers, dénués de plaisir, viennent désorganiser et fragiliser la construction du bébé. Ils viennent trouser l'enveloppe corporelle. Le bébé ne peut investir son corps comme unifié.

Le tonus de Noam vient nous parler ici de son état intérieur, d'une incapacité à s'organiser autour de son axe (SCIALOM, *et al.* 2011).

#### *Eveil tardif d'un bébé et d'une équipe – mises en perspectives*

Les semaines passent, Noam s'éveille, parallèlement à l'équipe... Une infirmière évoque son hyper-rigidité. Une autre, au détour d'une journée éprouvante, décrit un malaise diffus, teinté d'impuissance. À la fois, Noam témoigne à ceux qui s'intéressent à lui de belles compétences, mais en même temps, il semble qu'il doive y mettre toute sa force, toute son énergie. Son regard accroche avec véhémence, presque avec désespoir. Le reste du temps, il est silencieux, absent, en retrait.

L'inquiétude au sein de l'équipe se propage à petits pas mais, étrangement, elle peine à se dire clairement autour d'une table. Les évaluations, d'habitude systématiques, peinent à se réaliser parce que la maman arrive en retard (puisqu'elle devait ranger) et repart plus tôt (puisqu'elle doit s'occuper des aînés). Cette préoccupation monte graduellement, semble venir nous grignoter de l'intérieur sans que nous nous en apercevions.

Nous avons mis beaucoup de temps à mettre des mots sur le retrait de ce petit garçon, attribuant à la prématurité ses troubles tonico-moteurs.

Comme nous le rappelle Martine Lamour (LAMOUR, *et al.* 2006), les dysfonctionnements relationnels du sujet et de la famille infiltrèrent les relations enfant-professionnel et parent-professionnel. Les ressentis

négatifs et les processus défensifs des professionnels nous informent sur la pathologie relationnelle au sein de la famille et doivent être considérés comme de véritables outils sémiologiques

En effet, la souffrance de Noam évoque celle d'anxiétés très primitives et la manière dont cette souffrance va se communiquer à l'équipe est à distinguer d'angoisses plus élaborées, qui ont déjà pu prendre la forme d'émotions. Ces anxiétés primitives sont souvent à l'origine de tensions émotionnelles qui envahissent les groupes, elles se diffusent et sont plus difficilement nommables (MELLIER 2002). On voit bien comme notre dispositif a tardé à parvenir à transformer, à mettre en sens les signes repérés.

#### *Naissance d'un projet de soins*

Lorsque l'équipe a pu commencer cette mise en sens des signes repérés, nous avons pu ajuster notre projet de soins individualisés à Noam et à sa famille. Ceux-ci se sont intensifiés, tant du point de vue du rythme que de l'individualisation des soins.

Un deuxième jour de fréquentation a été accepté par la maman, ainsi que la mise en place de soins psychiatriques à son égard (collaboration avec le service adulte de l'hôpital adjacent). À l'unité, nous lui avons également proposé un espace psychothérapeutique individuel, durant lequel Noam bénéficie séparément d'un temps privilégié avec sa référente.

Dans le choix des ateliers groupaux, nous avons mis l'accent sur des « espaces bien-être » qui offrent des moments de relaxation aux parents.

Nous avons aussi jugé préférable de ne pas sur-stimuler Noam en psychomotricité de groupe, mais avons privilégié une prise en charge en kiné Bobath, en partenariat avec le service de neurologie pédiatrique.

Noam et sa maman profitent maintenant depuis deux mois environ de cet arsenal de soins. Le développement psychomoteur de Noam a fait un bond : il se retourne, s'intéresse à ce qui l'entoure et babille de plus en plus. La dernière échelle ADBB réalisée nous rassure quant à la diminution des signes de retrait, mais Noam reste fluctuant dans sa présence à l'autre. Il semble encore, par moments, débordé par l'excès de sensations qu'il régule par des auto-stimulations (surtout buccales) et des conduites d'agrippement toniques.

De son côté, Madame F., même si elle « profite des moments de répit à l'unité », pense à reprendre le travail, par crainte de ne plus jamais y arriver si elle ne remettait pas le pied à l'étrier. Ses pensées sont rigides et obsédantes, seuls les espaces de relaxation semblent lui apporter un soulagement temporaire.

#### EN GUISE DE CONCLUSION

À travers deux arrêts sur image, ces deux situations cliniques parlent de l'écoute indispensable du langage du corps dans la clinique périnatale. Cette écoute, eu égard à sa complexité, se doit d'être multiple, croisée, partagée. Elle concerne tant le corps des bébés et des parents que celui des soignants.

Ces deux vignettes traitant de la clinique traumatique témoignent du fait qu'on ne peut pas faire l'économie de ce passage par le corps. En particulier, nous voudrions insister sur celui des parents qui se retrouve parfois oublié. Le passage par le respect et le soin du corps des deux mères semble avoir opéré un tournant dans le processus thérapeutique de nos situations cliniques : que ce soit pour faire tiers dans la relation duelle d'Alizée et de sa maman ou pour permettre à la maman de Noam de se rassembler pour se rendre disponible à son bébé.

#### BIBLIOGRAPHIE

- ABSM (2018) *La construction des représentations corporelles du bébé. En hommage à André Bullinger*, érès, « 1001 bébés », Toulouse.
- AUCOUTURIER B. (2005) *La méthode Aucouturier. Fantômes d'action et pratique psychomotrice*, De Boeck Supérieur, Bruxelles.
- GOLSE B. (2019) *Le bébé et ses possibles*, érès, Toulouse.
- LAMOUR M., BARRACO DE PINTO M. (2006) « Accompagner les professionnels », *Devenir*, vol. 18, n°2, p. 169-189.
- LE NESTOUR A. (2004) « Une intimité à créer. Psychothérapie d'une parentalité limite dans la période périnatale », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 47, n°2, p. 457-489.
- LIVOIR-PETERSEN M.-F. (2018) « La représentation de soi dans l'approche sensori-motrice du développement d'André Bullinger : la part de l'autre », in ABSM (dir.), *La construction des représentations corporelles du bébé. En hommage à André Bullinger*, érès, Toulouse.
- MELLIER D. (2002) « Le travail intersubjectif de contenance des anxiétés primitives dans le soin. La souffrance primitive, l'empathie et la fonction de l'attention », in D. Mellier (dir.), *Vie émotionnelle et souffrance du bébé*, Dunod, Paris.
- PIREYRE E. (2011) *Clinique de l'image du corps. Du vécu au concept*, Dunod, Paris.
- ROBERT-OUVRAY S. B. (2007) *Intégration motrice et développement psychique. Une théorie de la psychomotricité*, Desclée de Brouwer, Paris.
- SCIALOM P., GIROMINI F., ALBARET J.-M. (2011) *Manuel d'enseignement de psychomotricité*, De Boeck Supérieur, Bruxelles.

## TRAVAIL DE DENTELLE

---

Nathalie BONNES<sup>1</sup>

Comme pour un travail de dentelle, les séances d'art-thérapie à l'unité parents-enfants demandent patience, attention, mais aussi légèreté. Tout en utilisant des outils artistiques ou de bricolage, les patientes viennent y déposer un dire, une vérité et se réapproprier leur histoire. À travers des cas cliniques, nous verrons comment le patient s'en saisit et en quoi ce travail peut intéresser les équipes.

Contrairement aux apparences, je ne travaille pas la dentelle. Mais, si le titre a donné ce nom à cet exposé, c'est parce qu'il m'a été soufflé par une maman qui m'a dit : « Votre travail, c'est un travail de dentelle. » Minutie, délicatesse, rêverie mais aussi solidité dans un espace un peu intemporel, c'est un peu ce qui définit pour moi le travail de dentelle. C'est aussi plus largement ce qui définit le travail de l'ensemble du personnel de l'unité parents-enfants.

---

1. Nathalie Bonnes travaille comme art-thérapeute dans l'unité parents-enfants de l'Hôpital Sainte-Marguerite de Marseille depuis 2005. Ce travail s'inscrit plus largement dans le travail de l'équipe et permet une approche supplémentaire dans la prise en charge des familles.

Je vous propose donc de voyager avec moi sur le maillage des dentelières.

Installés dans leurs chaises, les bébés commencent l'exploration du monde : ils regardent aux alentours, bougent les pieds, les mains, attentifs aux moindres faits et gestes, aux sons, aux intonations. Certains, sur les tapis, mettent à l'épreuve leurs corps, d'autres encore vont et viennent, explorant l'espace et vérifiant la présence de leur maman.

La table de la cuisine est habitée d'objets divers : tissus aux couleurs variées, fils, aiguilles, photos de famille, colle, ciseaux, papiers chamarrés récupérés çà et là... Tout autour de ce monticule plus ou moins brouillon, la parole des femmes s'anime. Il y est question de petits « touts » et de grands « riens », d'anecdotes drôles qui paraissent légères ou d'histoires plus sombres qui semblent plus profondes, d'angoisses, de culpabilité, de honte, de peur, de confrontation à l'étrangeté. Les pères ne sont pas loin dans le discours et, parfois, dans leur présence.

Papotage incessant, preuve d'une présence au monde, dans ce monticule de mots se cachent des perles, des trésors, que l'on peut entendre et cueillir, accueillir, recueillir, patiemment, doucement, sans précipitation, avec une attention presque maternelle. Travail de dentelle ?

C'est dans cette apparente banalité que j'exerce mon métier d'art-thérapeute auprès des mamans depuis quatorze ans, parfois en groupe, parfois en individuel, suivant la singularité de « chaque une ».

Le cadre, s'il est saisi par les patientes, reste souvent déstabilisant pour les professionnels de passage, les stagiaires, les nouveaux arrivants. Quel est donc ce lieu qui se dit soignant et qui semble si étrange par rapport à l'idée que l'on peut se faire du soin ? Qu'est-ce qui le différencie d'une réunion entre copines, entre voisines, d'une « animation macramé » ? Qu'est-ce qui lui donne corps, fondement et permet de parler d'art-thérapie « éclairée » par la psychanalyse ?

Dans cet espace, l'objet n'est qu'un prétexte, un média qui va permettre au « sujet » de s'exprimer. *Sujet de la dimension psychique, sujet de l'inconscient gouverné* par un désir qu'il passe son temps à ignorer ou à refuser. Un sujet qui se révèle dans les failles du langage, les lapsus, les rêves, les formations de l'inconscient. Ce sujet qu'on ne rencontre qu'à travers les effets du langage.

Chaque semaine, le groupe des femmes se retrouve. Parler de soi permet de se confronter aux écueils de son histoire. Le féminin vient se dessiner sur une toile tissée par les générations précédentes. Pour celles qui sont là, la trame du tissage s'est usée par endroits, demandant un travail de réparation, de reprise, de rapiécage, de bricolage. Or, dans ce lieu enveloppé d'une apparente légèreté, la colle et les aiguilles font œuvre de pansement.

En groupe, les séances se passent dans la cuisine, lieu de préparation des biberons, des repas, du café, carrefour de rencontres. L'image qui s'impose alors est celle d'une ruche, et les séances s'y inscrivent malgré les va-et-vient des autres mamans et, parfois, des papas. Ce lieu reste l'enjeu du déclenchement de la prise en charge en art-thérapie. Les patientes peuvent s'acclimater lentement à l'ambiance des séances et nouer un transfert dès le début, car le travail commence dès qu'elles entrent dans la cuisine. Il y a une contenance de l'art-thérapeute, mais aussi du groupe, du lieu qui peut être la représentation du pivot familial (la cuisine est en général le lieu de rassemblement). Une fois le contexte apprivoisé par les patientes, ce lieu devient un espace de bavardage, ce qui ne signifie pas que ce qui est dit soit superficiel, bien au contraire. Tout le travail de l'art-thérapeute est de se faire réceptacle d'une parole, d'un dire qui se construit et se fait histoire singulière au fur et à mesure des séances. Aucun jugement, aucun conseil qui forcerait plutôt l'éducatif : simplement l'accueil d'une parole, d'une souffrance, le saisissement d'un mot ou d'une expression relancés à un moment qui pourra être propice pour le patient et, s'il ne l'est pas... laisser mûrir, attendre.

Pour illustrer ce qui peut se jouer lors de ces rencontres, voici un petit bout de prise en charge dans le groupe.

#### CAS CLINIQUE

Madame M. intègre l'unité alors que son garçon a un mois et demi. Elle vient s'installer sur le petit divan de la cuisine pour donner la tétée à son fils, et nous commençons à échanger. Je lui demande les raisons de son hospitalisation. Elle explique que son fils ne dort presque pas : il présente des troubles digestifs importants. Elle est très angoissée parce qu'elle a déjà vécu deux dépressions importantes, dont une à la naissance de son fils aîné. Elle dit se sentir mauvaise mère et très culpabilisée de ne pas s'en sortir avec

son nourrisson, de ne pas trouver le moyen de le calmer. Elle a des angoisses nocturnes et a peur de manquer de sommeil et de rechuter. Sa mère a toujours été dépressive aussi, dit-elle. Elle ne connaît pas l'art-thérapie, je la lui présente et lui explique le cadre des séances. Quelques semaines passent, Madame et son bébé viennent toujours manger à côté de nous mais, pour l'instant, elle ne fait pas la démarche de s'installer à la table. Toutefois, le lien se fait tout doucement. Une des patientes travaille sur l'album-photos. Madame vient discuter avec elle et finit par me demander si elle peut en préparer un pour son fils. Elle propose de trier ses photos pour la semaine suivante. Je lui demande ce qu'elle attend de l'art-thérapie : arriver à mettre un peu de distance avec son bébé, qu'elle a du mal à ne pas garder au bras. Nous convenons de la prise en charge. Pendant plusieurs séances, Madame confectionne l'album et oublie systématiquement les photos chez elle : elle a du mal à faire un tri, dit-elle. Un jour, elle arrive avec les photos qu'elle a triées, disant que ça lui a été très difficile de faire un choix, et surtout d'en laisser certaines. Tout en travaillant à la confection de l'album, elle dit ses craintes du sevrage : elle a peur de perdre le lien avec son fils. Durant plusieurs séances, elle parle de son désespoir dès que son enfant pleure, de sa culpabilité de ne pas être exclusivement une maman ; elle parle aussi des reproches qu'elle faisait à sa mère lorsque celle-ci allait travailler et du sentiment d'abandon qui s'ensuivait pour elle.

Parallèlement à ce qu'elle dit, elle manipule les quelques photos qu'elle a apportées. « Je vais faire avec ce que j'ai, et d'ajouter : Je vais découper mes parents et ma mère. » Je la regarde avec un léger sourire mais ne dis rien. Elle a un temps d'arrêt, puis : « Ça alors ! Je vais le noter et je crois que je vais aller le travailler avec la psychologue. » Je lui réponds juste que c'est une bonne idée, puis elle continue à regarder les photos qu'elle a apportées et commence à préparer une sorte d'arbre généalogique. « Je n'ai pas de photo de mon mari, je n'ai que des photos de moi..., dit-elle, et elle ajoute : ça aussi je vais aller le travailler avec la psychologue ». Elle dit tout cela en riant. La séance est détendue, pleine d'humour, et les choses se posent avec légèreté, mais sérieux.

Tout au long des séances, elle dit vouloir que les pages ne soient pas trop chargées et enlève souvent des éléments qu'elle prévoyait de mettre, faisant ainsi du vide. L'hospitalisation se passe, l'album prend forme, et Madame avance dans son travail personnel. Elle souhaite reprendre son activité, elle se rend compte de l'impact qu'ont eu les relations avec sa mère

sur les relations qu'elle a avec ses enfants et surtout sur la place prise par cette mère et dont elle peut se décaler aujourd'hui.

Lors de la dernière séance, elle finit la dernière page de son album-photos et le reprend du début en le feuilletant. Au fur et à mesure, elle ajoute des éléments et de la couleur à chaque page et dit : « Ça faisait vide. » Je lui fais remarquer qu'aux premières séances elle avait voulu ce vide. Elle répond : « Eh bien, voilà ! Maintenant que j'ai vidé, je peux remplir. » Cette métaphore clôturera la prise en charge.

### RÉFLEXIONS SUR L'ART-THÉRAPIE

L'entrée en art-thérapie peut passer par des approches évoquant un apprivoisement du lieu, de l'espace, des personnes. Ces tentatives d'approche sont le plus souvent un préalable à l'entrée dans le travail même si elles ne sont pas une systématique.

La mise en route du travail créatif passe, elle aussi, par des étapes fréquemment retrouvées. Les premières séances tournent souvent autour de la *reproduction* au plus près, voire parfois de l'inscription dans ce qui est déjà préétabli, par exemple, la reliure ou le tricot, les doudous, le coloriage de divers dessins imprimés. Il est fréquemment demandé par les patientes des modèles de dessins faciles à reproduire, voire à décalquer, des patrons. Les couleurs sont alors reprises telles qu'elles sont positionnées sur le modèle. Mais, quoi qu'il en soit, ce travail ne peut être fait à l'identique. Il y a un décentrage, un décalage qui crée un espace de subjectivité pour le patient : la couleur ne pourra jamais être la même que celle utilisée par l'artiste à un moment précis, les tissus sont différents. Même au plus près de la couleur, il y a toujours *une nuance*, un espace dans lesquels le sujet vient s'inscrire. Il y a aussi ces ratages, qui présagent souvent de la présence du sujet : tels des « lapsus de couleurs et de formes », ils se présentent souvent là où on ne les attendait pas...

Comment comprendre ce moment du « vouloir faire comme... calquer sur... » ? Face à de nombreuses interprétations possibles, il m'apparaît que la naissance d'un enfant, l'acte de reproduire, voire de se reproduire, s'appuie sur la « survie de l'espèce », mais aussi sur un désir de s'inscrire dans la lignée familiale, de perpétuer une histoire singulière. De laisser une trace, un prolongement de soi. Et peut-être de rester fidèle et prisonnière

des générations précédentes. La naissance amène un déséquilibre : il y a, entre autres, un passage du statut de l'enfant de ses propres parents à la position de parent de son enfant. C'est un moment très déstabilisant qui demande à se raccrocher à ce qui nous a porté jusqu'à présent. On se raccroche sans doute à reproduire ce que l'on a reçu, tant au niveau de l'éducation, de la culture, que de la relation. Reproduire ce que l'on a reçu, perçu, entendu pour ne pas sombrer.

Lorsqu'une patiente reproduit un dessin, un patron, elle s'appuie sur un autre et sur le désir de cet autre, en quelque sorte. Sa main travaille à s'adapter, à se fondre dans le trait du peintre, en collant au moindre point, en essayant de ne rien trahir de la pensée de l'autre. Il n'est pas question de s'autoriser à prendre de la distance, à se détacher du support, du tracé, sinon, sonne la sentence : « Je ne sais pas dessiner même quand il me suffit de copier. » C'est pourtant bien quand on tente de faire à l'identique qu'on est sûr d'échouer ! Les couleurs, les tissus récupérés sont une ouverture au renoncement à l'impossible. Le fait d'avoir un matériel simple, voire, parfois, volontairement rudimentaire, appuie cette ouverture. L'identique ne peut être qu'à la nuance près, car c'est dans la nuance que se cache le sujet. Dans la nuance et dans le geste, le mouvement. Ce travail de reproduction m'a longtemps questionnée quant à ma pratique : est-ce que je devais laisser faire et jusqu'où, est-ce que je devais tenter d'y mettre fin ? Ma position s'est fixée sur le temps : laisser faire, laisser du temps. Un temps nécessaire à un peu de réassurance et surtout à la mise en place de la confiance et du transfert. Peut-être aussi le premier temps d'un renoncement : renoncement à un identique impossible. Renoncement à un idéal, à l'enfant imaginaire, à la mère parfaite, à sa propre enfance, à l'idée de perfection que l'on se faisait de l'éducation reçue... Un travail de dentelle ! je vous dis.

Comme un passage obligé pour certaines, ce temps de reproduction entre dans une démarche logique qui vient d'abord s'inscrire dans la matière. C'est un premier temps dans la reprise du processus de création. Peu à peu le décalage s'opère. Le sujet prend place, s'installe. Alors émerge un inattendu ou un « in-entendu », comme pour Mme C.

## CAS CLINIQUE

Mme C.

Je reçois Mme C. depuis plusieurs séances en individuel. Elle vient du milieu du théâtre, ce qui a son importance pour la suite. Je lui soumetts une feuille quadrillée avec des carreaux 5x5 et lui propose de peindre chaque carreau de couleur différente. En soi, cette proposition n'a pas de sens, et c'est bien pour ça qu'elle me plaît. Je n'en attends rien, chaque patient peut y entrer sans trop d'angoisse.

Dans un second temps, je demande à Madame de découper chaque carreau et de les installer sur une grande feuille avec, en tête, la phrase : « Les carrés se trouvent un autre espace. » Ouverture poétique mais qui peut paraître absurde. Mme C. semble un peu sceptique, un peu déstabilisée, comme à chaque proposition que je lui fais, mais elle s'y met et ça la fait rire.

Lorsqu'elle a fini, elle veut m'expliquer ce qu'elle a fait : « Ici, sur le côté de la feuille, j'ai mis les carrés qui se sont envolés, ce sont toutes les difficultés que j'ai pu commencer à régler dans l'unité, il y a même des carreaux noirs qui se sont envolés. En bas, c'est ce qu'il me reste encore à travailler : il y a quand même quelques carreaux noirs... Et vous allez me dire que je n'ai pas fait de carré en vert ? » Non ! Je n'avais pas vu ! « Ah ! que pourriez-vous en dire ? Eh bien, dans mon travail au théâtre, je ne mets jamais rien en vert : jamais de décors en vert, jamais de nappe en vert lorsqu'il y a des apéritifs, jamais de robe en vert... »

En vert, en vert... elle continue son énumération, et j'entends « envers ». Je demande : « Et l'envers, ça évoque quoi pour vous ? »

– L'envers ? euh... je ne sais pas ... Euh ! l'envers du décor, c'est un peu mon travail, l'envers... Euh... le travail dans l'ombre... Oh ! ... l'ombre de mon père ! »

Elle commence alors à raconter sa relation à son père ou du moins ce qu'elle en a perçu.

On voit bien dans cet exemple comment l'art-thérapie travaille avec l'insu. Elle se saisit des outils artistiques dans un but thérapeutique, mais pas forcément esthétique. Il s'agit de proposer au patient un espace pour dire d'une façon ou d'une autre, pour construire sa vérité, pour donner sens à ce qui n'a pas été symbolisé et le réinscrire dans une histoire. C'est le lieu



d'un véritable travail psychique bien distinct d'un atelier d'arts plastiques par la prise en compte de la dimension transférentielle, la reconnaissance de l'inconscient dans les productions plastiques et dans ce qu'il se passe autour de ces productions. La parole peut circuler alors d'un espace à l'autre et permettre au patient de se saisir de ce qu'il s'est passé dans la séance pour le travailler ou le retravailler dans un autre lieu thérapeutique, comme chez la psychologue du service ou encore avec les collègues de l'équipe.

#### CAS CLINIQUE

*Mme L.*

Mme L. a été victime d'inceste durant son enfance. C'est une personne qui peint très bien. Les tableaux qu'elle réalise sont d'une grande violence, très crus. Comme à chaque début de prise en charge, j'ai évoqué avec elle l'impossibilité de sortir le travail de peinture fait durant la séance. Seuls les objets construits pour les bébés peuvent être récupérés. C'est encore plus nécessaire pour cette maman, dont le mari et les filles viennent lui rendre visite tous les jours. Ses dessins peuvent à la fois être choquants pour ses enfants et aussi prêter à des interprétations sauvages qui pourraient heurter Mme L.

À la fin d'une séance, malgré ce que je lui ai dit, Mme L. me demande si elle peut emporter les dessins qu'elle vient de faire et qui sont vraiment très évocateurs. Je prends le temps de la séance pour lui répondre. En fin de séance, elle insiste pour récupérer ses dessins, malgré mes réticences, disant qu'elle souhaite les montrer à la psychologue. Elle s'engage à les rapporter à la séance suivante. J'entends quelque chose d'une nécessité pour cette femme et je décide d'accepter.

Lorsqu'elle revient à la séance suivante, Mme L. rapporte ses peintures. Je reprends ce moment avec elle. Je lui demande ce qu'il s'est passé pour elle par rapport à ces dessins. Elle est contente d'avoir pu les sortir parce que ça a rendu vivant ce moment de peinture. Un peu comme si cela rendait plus réelles nos séances. Parfois, elle dit avoir eu l'impression de rêver ce qu'il se passait dans nos séances. Ces moments de rencontres où beaucoup de choses viennent se dire et se montrer peuvent lui sembler irréels, je lui demande en quoi les emmener chez la psychologue était pour elle un geste nécessaire : « C'était une façon de porter plainte », dit-elle.

Jamais elle n'avait pu le faire. Elle cachait ses souvenirs comme quelque chose de honteux, dont elle se sentait coupable, et les dessins qu'elle laissait dans la salle reprenaient en quelque sorte ce fonctionnement : cacher, ne pas montrer, avoir honte. Ainsi a-t-elle pu porter plainte à sa façon ! Elle ajoute que le français est sa cinquième langue et que les mots précis qu'elle aimerait parfois employer lui manquent. Là, elle a pu mettre des images précises en attendant les mots.

Pendant qu'elle entame un nouveau travail plus coloré où elle représente ses filles et abandonne les dessins crus, elle dit se rendre compte que le processus qui aboutit à la création est plus important que la création elle-même.

\*\*\*

Ainsi, chaque lieu peut être utilisé comme autant d'outils nécessaires à la reconstruction : l'art-thérapie est un de ces lieux. Pour les patientes, ce qui s'est fait l'après-midi lors des séances devient parfois base d'échanges avec les autres mamans et surtout avec les infirmières, les auxiliaires puéricultrices, la psychologue et les médecins du service qui peuvent s'en saisir pour aborder certains points de l'histoire familiale ou autre. Même si l'art-thérapie se pratique le plus souvent dans l'intimité d'un tout petit groupe, sa pratique s'inscrit dans un travail d'équipe bien plus large et œuvre, à son modeste niveau, au maillage que constitue le réseau périnatal : un vrai travail de dentelle.

**LA PETITE FABRIQUE D'HISTOIRES  
DE L'UNITÉ PARENTS-BÉBÉ  
LABORATOIRE DU FÉMININ EN MARGE DE L'ÊTRE MÈRE**

---

Nathalie AROCA<sup>1</sup>, Claire CAPRON<sup>2</sup>

L'atelier d'écriture la Petite fabrique d'histoires est un lieu pour s'écrire et se raconter des histoires, pour faire parler l'autre en soi, pour éprouver la recherche de ce que l'on veut écrire, de ce que l'on croit pouvoir laisser voir de notre écriture.

Il est question de dédier un espace propice à la créativité dans un lieu qui ne traite pas directement de la relation mère-bébé mais offre aux femmes la possibilité de jouer avec les mots, de s'écrire des histoires et de tisser des récits. Une parenthèse pour accueillir la créativité.

Utiliser l'écriture donc, comme prétexte à rêver, comme expérience intérieure et néanmoins vouée à être partagée à travers la lecture des textes.

Ainsi, un des objectifs de cet atelier d'écriture est de permettre aux écrivantes de mobiliser leur imaginaire dans un espace contenant et de faire l'expérience de l'activité créatrice.

---

1. Infirmière, Unité parents-bébé, Centre hospitalier de Montfavet-Avignon.

2. Psychologue, Centre hospitalier de Montfavet-Avignon.

### UNE ACTIVITÉ TRANSVERSALE

Nous interrogerons ici comment l'atelier d'écriture à l'unité parents-bébé participe de la régulation des mouvements psychiques qui entourent l'événement de la naissance, notamment quand ces mouvements débordent les principaux acteurs autour du bébé, la mère en toute première ligne.

L'atelier d'écriture, qui par essence propose une activité « transversale », commune à la plupart d'entre nous, voire à chaque être humain mû par un désir d'inscrire dans la matière une pensée qui l'habite, de lui donner une figuration concrète, matérielle, pour pouvoir s'en séparer et la contempler, l'analyser, la développer..., l'atelier d'écriture n'est donc spécifique ni au soin ni à la périnatalité. Pour autant, nous verrons comment, par le *détour*, il participe potentiellement à une relance psychique pour des mères en mal de maternité.

### CRÉATION, PROCRÉATION, RÉCRÉATION

Prévu tous les mardis après-midi en une séance d'une heure, pour les patientes hospitalisées en hôpital de jour ou prises en charge en ambulatoire, le lieu géographique et psychique de l'atelier d'écriture maintient sa proposition de venir y faire une expérience thérapeutique particulière au sein du panel de soins pour le traitement de la relation précoce. Le « particularisme » tient ici de cette position à la marge par rapport aux autres soins plus directs au regard du projet thérapeutique de l'unité (traitement de la relation précoce). C'est un des rares soins groupaux, avec les soins Berceuses et Conte-relaxation, et son média n'est pas centré sur la dimension psychocorporelle. Et, s'il traite de la relation précoce, il le fait en l'absence du bébé, dans cette absence qui peut laisser place à la construction, à l'élaboration, à l'analyse des représentations du bébé, de la relation à ce bébé générées dans le psychisme de la mère. En effet, cette absence est prise dans le travail de séparation et entraîne la formation de représentations mentales dans chacun des deux psychismes, celui de la mère et celui de son bébé, essentielles pour supporter cette séparation et intégrer la relation, la continuité du lien au-delà des présences physiques.

Ici, la création artistique, où il s'agit de produire un objet artistique, une écriture, un texte en l'occurrence, s'invite autour de la procréation, où un petit d'homme a été mis au monde, après s'être formé au creux du corps d'une femme, qui l'a expulsé pour qu'il prenne place sur Terre, hors de son ventre, au sein de l'humanité. La procréation est vue comme la transformation d'une femme en mère avec un enfant issu de l'accouplement féminin-masculin – irréductible couple sexué des gamètes originels. La création artistique peut ici être l'occasion de rejouer la procréation avec l'expulsion hors de soi, procurant alors le plaisir de produire, d'être auteur(e), amenant à la reconnaissance d'un objet différencié de soi et relié à soi, un objet satisfaisant et valorisant, toutes dimensions qui ont pu être l'occasion d'un ratage lors de la procréation dans le réel des corps. La scène peut se rejouer, sans danger, et elle a l'occasion de se réparer, de réécrire le scénario pour un dénouement désaliénant.

Dans ce bouleversement de la naissance, à la suite des décompensations pathologiques, des effondrements psychiques, des secousses violentes et brutales que provoque parfois cet événement dans la vie des hommes et des femmes, une invitation est faite, ici, de s'écrire sur une page blanche, vierge, de reconstruire l'histoire en se racontant des histoires (sans toutefois être dupe, ici, la fonction soignante agit en garde-fou), en écrivant des récits fictionnels, en jouant avec les mots. L'atelier d'écriture est un espace de récréation qui tente, par l'activité ludique et créative, de dégager le sujet du bourbier d'une réalité trop lourde, de relancer une dynamique psychique, de réparer les blessures narcissiques...

L'écriture est envisagée ici comme une récréation : l'atelier d'écriture propose de jouer avec les mots, de retrouver l'ouverture de possibles dans l'équivoque du langage, d'associer les sens, les significations, les sonorités, les formes des mots, de les inscrire, de les mettre en page, d'en jouer, d'en jouir, de construire des récits qui surprennent par l'insu qu'ils révèlent. Il s'agit de découvrir le plaisir qu'il y a à s'adonner à la création artistique sans objectif utilitaire et pratique, de jouer et de travailler vers la découverte d'un insoupçonné parfois surprenant, émouvant, juste, voire transcendant.

## UN ATELIER THÉRAPEUTIQUE

La dimension thérapeutique, qui fonde cet atelier psychothérapeutique à médiation créatrice, repose sur l'hypothèse que cette découverte-là et cette pratique-là de ce qui s'écrit sous contrainte ont des effets sur le processus créateur qu'elles opèrent dans la dynamique psychique du sujet. Des effets attestés<sup>1</sup> qui deviennent dès lors une ressource désormais possible, comme un point de repère plus ou moins solide et à consolider sans doute, point d'appui dans le travail psychique en cours.

La mobilisation dans un domaine sollicitant l'imaginaire, le pouvoir créateur, la construction, l'élaboration d'une pensée complexe agit comme un « embrayeur psychique ». Outre cet effet, il y a aussi l'aspect révélateur d'un insu qui s'exprime au décours d'un texte, qui prend forme parfois comme une évidence enfin mise au jour. Ainsi, les effets d'interprétation<sup>2</sup> (au sens psychanalytique) peuvent provoquer des points de bascule dans le travail psychique : il y a alors un avant et un après du texte.

Voici le fonctionnement de l'atelier en lien avec les hypothèses théorico-cliniques qui le soutiennent.

LA PETITE FABRIQUE D'HISTOIRES, EN PRATIQUE ET EN FONCTION  
SUR UN LIEU DE SOINS EN PSEYPERINATALITÉ

*Le temps, l'espace*

Cet atelier hebdomadaire de séance collective se déroule dans une salle de réunion – le secrétariat<sup>3</sup>, située dans le couloir d'entrée, avant le bureau infirmier, après la salle du soin Piscine et les bureaux des médecins et des psychologues, dans cette partie adjacente et non incluse à celle consacrée au quotidien de l'hospitalisation de jour : cuisine, salle à manger, salle d'éveil, salles de bains, chambres.

1. Le travail d'analyse, d'élaboration des animatrices-soignantes d'une part, à partir des séances d'écriture, dans les échanges avant et après séance, mais aussi dans les temps de supervisions, et, d'autre part, par ce que peuvent dire les patientes de leur participation à l'atelier, de ce que cela produit sur elles, nous permet de repérer les effets thérapeutiques, particulièrement dans la relance de la dynamique psychique que ce soin peut apporter.

2. « L'interprétation met au jour les modalités du conflit défensif et vise en dernier ressort le désir qui se formule dans toute production de l'inconscient. » LAPLANCHE J. et PONTALIS J.-B. (2007 [1967]) *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, PUF, « Quadrige ».

3. Cet « objet » étrange, fermé, secret, qu'a pu être l'atelier à ses débuts, suscitant des fantasmes de scène primitive est aujourd'hui un objet pacifiant, il a même intégré l'espace du bureau de la secrétaire comme celui du secret institutionnalisé. Désormais il est plutôt vécu comme un laboratoire participant au soin dans la prise en charge des liens précoces défaillants.

## L'altérité

Du côté des patientes, c'est un espace autre dans la continuité de l'espace familial de l'hôpital de jour d'où proviennent la majorité des participantes, sachant qu'elles peuvent également être en soins ambulatoires. Une invitation leur est faite de participer à un atelier créatif, à se montrer autres dès lors, quelles que soient leurs difficultés, leurs « pathologies »...

Du côté de l'animation soignante, il s'agit d'une coanimation à trois, pour qu'il y ait toujours un empêcheur de tourner en rond, pour faire l'expérience d'une entente à trois, et de la différenciation de chacune des places.

Il y a d'une part deux animatrices venant de l'équipe pluriprofessionnelle de l'unité, une puéricultrice, Nathalie Aroca, et une infirmière, Trine Saupic, qui vient d'intégrer notre trio. Elles alternent dans la coanimation des séances qui se fait en binôme. Elles ont une fonction de référentes dans l'hôpital de jour et, ici, elles ont à se déprendre de cette fonction, de cette attention focalisée qui protège le bébé dans le lien à sa mère, pour être, cette fois, à l'écoute de cet espace autre, de ce laboratoire du féminin en marge de l'être mère.

Elles assurent l'articulation du dedans-dehors à la fois dans le soin au quotidien des dyades, dans les réunions cliniques, dans les écrits du dossier médical des patientes, mais aussi, ici, dans cet atelier ouvert sur le social, dans la pluralité et la transversalité de son média, elles ont à être dans la créativité et dans l'ouverture vers l'expression libre du sujet au-delà de la mère.

La troisième animatrice porte une fonction d'altérité, d'extériorité, puisque, psychologue clinicienne par ailleurs sur le Centre hospitalier de Montfavet, je (Claire Capron) ne viens à l'unité parents-bébé que le mardi après-midi pour animer, préparer et organiser l'atelier. Je ne participe pas aux réunions cliniques et ne consulte ici aucun dossier patient. Cette position garantit une neutralité, une « virginité » dans l'accueil, un regard déstigmatisé et déstigmatisant autour de la simple proposition d'écrire ensemble. Par ailleurs, je suis engagée personnellement dans un travail d'écriture au-delà de cet atelier, ce qui me permet d'être porteuse et coporteuse avec les coanimatrices de la fonction artistique du média. J'ai également une fonction de « fil conducteur » : j'ai créé cet atelier, je

le soutiens régulièrement dans sa dimension théorico-clinique et suis le binôme permanent de la coanimation.

### ESTHER À LA PETITE FABRIQUE D'HISTOIRES

Esther, une femme de 38 ans, mère de deux enfants, a particulièrement attiré mon attention. Non pas pour le contenu de ses écrits mais pour son rapport à l'écriture et pour un autre aspect d'elle qu'elle a – possiblement malgré elle - pu dévoiler durant les séances d'écriture.

Dès sa première participation à l'atelier, Esther met du temps avant de débiter un processus d'écriture et attend indéfiniment devant sa feuille. Je (Nathalie Aroca) me demande alors pourquoi elle vient de manière assidue aux séances. Lorsqu'elle écrit, dans les premiers temps de sa participation à l'atelier, son thème de prédilection est l'enfance. Elle écrit une progéniture et une relation aux enfants idéalisées, magnifiées et édulcorées : ses textes sont doux et sucrés.

Au fil des séances, elle commence à se montrer différemment, et nous observons chez elle un autre aspect, un autre reflet de son image. En effet, elle se montre attentive aux consignes, choisit avec soin la couleur de son stylo, de sa feuille, et elle semble avoir du plaisir à être à l'atelier et à se confronter à l'écriture.

Un jour, elle sollicite des échanges avec moi à propos de l'écriture en dehors du temps de l'atelier, et lorsqu'elle me donne, par deux fois, un texte réécrit, je m'autorise à penser que l'écriture en tant qu'objet culturel, commence à avoir un effet sur Esther qui dépasse largement le cadre de l'atelier. Aussi, plus tard, s'appuyant sur une proposition d'écrire une lettre à un être réel ou imaginaire, elle écrit une lettre à sa belle-mère. Une mère qui écrit à une autre mère...

Ce texte fait basculer pour Esther dans son investissement de l'écriture. Avec la feuille comme miroir, elle s'autorise à regarder autrement à l'intérieur d'elle. Elle commence à se décaler de son thème habituel, dévoile un vocabulaire plus riche et rectifie sa posture pour partager son texte. Elle se redresse, et sa diction devient plus claire.

Jusqu'alors, ses textes étaient faits de concret, de vie réelle. Avec la mise en écriture d'une lettre, elle se laisse aller à l'imagination, et ses textes se remplissent d'autofiction. À cet instant, elle n'a pas conscience

du processus de créativité à l'œuvre en elle. Elle écrit, elle agit avec une contrainte intérieure, celle du traumatisme qu'elle a connu dans son lien aux autres, en offrant sa lecture à l'autre, elle rétablit du lien même si, le plus souvent, avant la lecture de son texte, elle se dévalorise. Je fais alors l'hypothèse que la dimension pessimiste et dévalorisante de ses éprouvés est en miroir avec le regard que ses parents ont porté sur elle enfant, puis à travers les yeux de l'homme qui a partagé sa vie.

Comme l'exprimerait Didier Anzieu, le processus de restauration de la sécurité narcissique est à l'œuvre.

### *Analepse*

Esther est accueillie en hôpital de jour avec son bébé depuis plusieurs mois pour être soutenue et accompagnée dans un contexte de troubles du lien à son bébé liés à un environnement conjugal violent et carencé. Elle était une enfant négligée, probablement maltraitée et ayant subi des violences conjugales d'un homme qu'elle a quitté mais sous l'emprise de qui elle reste. Elle a trouvé refuge dans un centre maternel à la suite d'une agression de trop de la part de son conjoint.

L'image qu'elle renvoie à l'équipe soignante est celle d'une femme carencée affectivement, intellectuellement et qui peut être dans la manipulation perverse en utilisant le conflit et l'attaque du cadre comme relation à l'autre. Sa posture est recroquevillée, son débit de paroles est rapide, presque fuyant, comme son regard. Dans la relation à sa fille, elle ne laisse pas d'espace à l'autre. Les besoins fondamentaux de son enfant ne sont pas prioritaires sur les siens, son portage est défaillant et l'harmonie affectueuse est insuffisante. Elle présente un trouble évident de l'accordage à son bébé, et ses capacités d'ajustement sont limitées.

Avec les autres, elle est en retrait, évitante. Elle est en économie relationnelle et nous donne à penser qu'il faut l'appivoiser pour pouvoir l'approcher et prendre soin d'elle.

Esther, femme enfermée dans une relation d'emprise à l'autre depuis si longtemps, quand elle écrit, ne devient plus activement l'objet de l'autre puisqu'elle utilise l'objet écriture. Elle écrit à sa belle-mère, et que celle-ci soit réelle ou imaginaire dans sa représentation, elle est la mère de l'homme dont elle est l'objet. Esther utilise ses maux et les met en mots au travers

de récits, les colore de feutres bariolés et choisit toujours une feuille de couleur.

Esther, qui ne parvient pas à se défaire de l'emprise d'un ex-compagnon violent, est forte le temps de l'atelier car « il faut être plus fort que soi pour aborder l'écriture, il faut être plus fort que ce qu'on écrit », comme nous l'écrit Marguerite Duras dans *Écrire*.

**ÉDITIONS EN SOUTIEN  
AUX (PSY)PÉRINATALISTES**