

# Congrès CPGF

13- 14 Octobre 2012

L'INSTITUTION AU RISQUE DU CONFLIT D'ASSIGNATION

Gilles Catoire

A Nicole Garret-Gloanec qui m'a introduit dans la chambre de ses bébés.

Mon propos est d'examiner comment la mise en groupe de personnes soignantes et de travailleurs sociaux, résonne à un niveau archaïque avec les situations cliniques parents-enfants dans lesquelles les besoins des uns et des autres deviennent inconciliables. Inconciliable veut dire que la relation, le type de lien, le mode d'être ensemble ne peuvent pas se poursuivre sans dommage grandissant pour l'un et l'autre. Dommage signifie beaucoup plus que souffrance: le sentiment de leur existence, leur existence même, leur développement ou leur construction psychique, leur santé mentale ou physique sont menacés à court, moyen ou long terme. Dans ces situations, il ne s'agit plus de considérer les fantasmes (de mauvaise mère) ou les concepts (d'enfant insuffisamment bon). Il s'agit de regarder la réalité en face. Nous sommes au delà des possibilités de transformer suffisamment une configuration familiale avant que la souffrance du jeune enfant obère ses chances de développement (André Carel) même si chacun n'est pas en mesure de s'en plaindre ou de le dire.

Regarder la réalité n'est pas simple, mais prend tout son sens quand les patients ne sont pas forcément capable de dire. De fait, ils ne s'empêchent pas de montrer, parfois à leur insu, quelque soit leur âge. Je veux parler des enfants victimes de violences ou de violences sexuelles, mais aussi des personnes touchées par des carences graves ou des psychoses invalidantes, mais surtout des bébés... Avec eux, il est nécessaire d'apprendre et leur langage et leur mode de développement.

Dans ces situations cliniques, il n'est plus question de bon ou mauvais, mais d'insupportable: insupportable pour les patients, insupportable que les soignants doivent pourtant considérer, affronter, supporter et traiter, éventuellement amener à la justice et en faire appliquer les décisions, maintenant et dans la durée. Le travail de la justice est de mettre le problème en rapport avec un ensemble de règles qu'il faut appliquer. Le juge, plus distancié de la réalité du terrain, mais le plus largement informé possible, le juge, ou les responsables sociaux doivent être à même de prendre des décisions cohérentes, en toute objectivité, en dépassant les encombrements émotionnels.

Dans ces situations terrifiantes, nous allons essayer d'examiner, nommer et penser les fantasmes et les défenses individuelles ou groupales qui émergent dans le déroulement de ces procédures, succession de moments particuliers, pas toujours organisés dans une continuité cohérente, du fait de pressions d'intensités élevées et contradictoires. La vie institutionnelle et inter-institutionnelle en est affectée même si ces institutions ont été créées et pensées pour justement traiter de cela. C'est dans ces moments où les soignants ont à penser une intervention dans la réalité concrète des personnes prises en charge, que l'effort pour tendre vers l'objectivité est le plus difficile: un placement et toutes sortes de décisions qui interviennent sur les places et fonctions attribuées ordinairement aux différents membres de la famille ou aux différents professionnels impliqués.

Dés lors une foule de questions se pose:

Q: A quel moment juge t-on que les besoins des membres d'une dyade parent-enfant deviennent inconciliables? A quel aune mesure t-on cela? Que peut-on faire avec la subjectivité des personnes dans ce jugement? Qui doit être l'expert dans cette affaire? Les soignants de l'un ou l'autre, parent ou enfant, peuvent-ils avoir un avis pertinent? Peut-on se poser les mêmes questions avec une dyade patient-soignant ou patient-institution soignante?

Q: Si l'on admet que ce diagnostic d'inconciliabilité peut être posé, est-ce que cela signifie qu'il faut séparer. Le placement est-il le seul mode d'intervention possible? Peut-on traiter l'inconciliabilité et si oui, jusqu'à quand? On peut revenir à la question de départ.

Q: Et s'ils ne sont pas d'accord, est-ce qu'il faut ne pas procéder à cette séparation? Faut-il aller à l'affrontement physique? Faut-il traiter l'inconciliabilité? Et si oui, jusqu'à quand? On revient à ma question de départ.

Q: Est-ce qu'intervenir n'est plus soigner? Le placement lui-même, peut il être soigné? Le placement peut-il être soignant?

Q: Si les membres d'une dyade sont séparés, faut-il les remettre en contact? Pourquoi faut-il cela, quel en est l'objectif?

Martine Lamour écrivait en 2011 *"Les situations qui nous mettent le plus à mal en tant que professionnels sont aussi celles où la protection et le soin de l'enfant sont les plus difficiles à mettre en place: les enfants qui sont le plus en danger sont les plus à risque de ne pas être protégés"*

## SIGNES DE SOUFFRANCE D'UNE INSTITUTION

La souffrance est évidente quand les membres de l'équipe perdent tout plaisir à venir travailler, se plaignent d'être déprimés. Les équipiers se disputent, éventuellement trouvent un bouc émissaire, dans une personne ou un fait. Les arrêts de travail se multiplient. Au maximum les équipiers demandent leur mutation quand c'est possible ou pourrissent l'ambiance quand il n'est pas possible de partir. Mais il y a des signes de souffrance plus discrets qui sont aussi des modalités défensives, lesquelles peuvent aller jusqu'au déni plus ou moins aménagé: Par exemple éviter les situations de groupe (la salle de soins), ne plus parler dans les réunions ou bien se concentrer sur la clinique exclusive et éviter les tâches institutionnelles, organiser ou accutiser des conflits, ne plus supporter la différenciation des tâches, ne plus distinguer ce qui revient à la situation personnelle, institutionnelle ou à la relation au patient et à sa pathologie. Les souffrances groupales sont moins individualisées: ce sont plus des ambiances, maniaques ou déprimées, des clivages en sous groupes qui s'opposent et se blessent. Certaines sont assez subtiles: la tendance au dévouement généralisé qui peut devenir sacrifice pour lutter contre les pulsions envieuses

ou se transformer en incestualité ou en meurtrier: L'institution tend à empêcher les patients qui vont mieux de partir, ou bien les sadise par le raidissement des règles qui viennent durcir l'enveloppe de soins. Je ferai une place à part à l'assignation projective sur laquelle je reviendrai plus loin.

Exemple Clinique: Mme S vient d'accoucher 5 jours auparavant d'un beau pépère qui semble aller bien. Elle est adressée au HOME, lieu d'hospitalisation mère-bébé où nous pouvons recevoir des dyades maman bébé en continu, excepté le week-end. Cette fois, l'indication a été portée par l'équipe d'une autre ville, parce que cette maman présente des moments de confusion mentale, une distance émotionnelle jugée excessive avec son bébé et des attitudes décalées dans les soins qu'elle lui porte. Par exemple, elle choisit de nourrir son bébé au sein ou biberon "au feeling".

Ni délirante, ni déprimée, ni maniaque, pas vraiment névrosée non plus, nous indique le psychiatre d'adulte qui la voit, Madame S est un peu "space". Confuse, elle l'est indubitablement dans l'espace, mais aussi plus discrètement dans le temps. Quelques mensonges effrontés font penser qu'elle cache quelque chose: Elle n'a d'ailleurs pas déclaré sa grossesse, ne livre rien de son histoire et semble surgir de nulle part. Elle montre ostensiblement que notre attitude d'observation la dérange vivement: passer votre chemin, il n'y a rien à voir! On pourrait la supposer un peu sottise, mais elle est plutôt fine: Cachant la réalité de son angoisse, mais percevant bien la notre, elle cherche à deviner où nous voulons en venir. Clamant son innocence, elle évite de voir ce que nous voyons maintenant: son inadéquation majeure dans les soins à son bébé, le mettant en danger réel de chute, le nourrissant à contre-temps et le baignant dangereusement sans le laver réellement. Elle ne veut pas entendre parler de ses parents, ni de ceux de son compagnon. Elle trouve que nous nions la place du père. Malgré quelques vives colères au téléphone, elle contrôle très vite ses émotions avec nous. Ce qu'elle veut de nous, c'est un retour du type: Ca va aller..! Nous sommes à la veille du week end. Faut-il la laisser partir avec son bébé chez elle?

Dans l'équipe, l'ambiance est à la réverbération anxieuse? On est à la proximité des vacances, le cadre va s'absenter, les médecins n'ont pas l'air de se rendre compte de la gravité de la situation. La panique prend un tour de renversement de fonction A pour la patiente: Madame S dit à l'infirmière, " Mais qu'est-ce que vous êtes anxieuses"! Pour elle même, elle se sent juste fatiguée. Tout se passe comme si elle ne réussissait pas à soigner l'équipe, à la rassurer. La panique menace, et nous sommes à la veille du week end. Le bébé risque-t'il d'être mis à mal pendant ce temps? Et surtout reviendra-t-elle après?

Pour l'instant, dans la réunion clinique, c'est la panique. Les observations donnent des éléments préoccupants, certes, mais pas catastrophiques pour l'immédiat. Pourtant, tout se passe comme si une partie de l'équipe, était comme un bébé en pleine cascade de moros ou en terreur. C'est bien de panique qu'il s'agit: le raisonnement sur les observations ne contient plus rien, non plus que l'assurance que c'est le médecin qui porte la responsabilité des décisions: Dans la panique, il n'y a plus de Moi pour piloter la clinique. Et le temps nous presse.

Le fonctionnement de l'équipe entre en résonance avec le fonctionnement de cette maman qui veut faire tourner le monde comme elle imagine qu'il devrait être. 3

sécurisant, soutenant, étayant, sans faille, tout en ne lui permettant pas réellement de l'être. La demande est nettement paradoxale. Elle fuit. La question du signalement se pose, mais une partie d'entre nous résiste à cette idée. Il y a de si beaux moments entre ce bébé et cette maman. Nous nous sentons assimilé à un objet contenant-non-contenant.

Ce qui sauvera la situation, c'est que nous n'ayons pas été seuls sur notre île: Pendant que nous contenions cette dyade dans l'urgence, les collègues qui nous l'avaient adressée, ont fait le signalement que nous ne résolvions pas à faire. Cela a permis de sécuriser le week-end et de s'assurer que le travail se poursuive la semaine suivante.

## MISE EN COMMUN DES OBSERVATIONS ET SOUFFRANCE DE L'ADULTE.

Dans notre institution, lorsqu'on met en commun nos observations, très souvent apparaissent des tensions entre les personnes et nous voyons qu'elles sont représentatives des tensions entre les "points de vue" de chacun: Les référentes de dyade ne sont pas en accord avec les soignantes spécifiques qui apportent les observations du bébé pour lui-même ni avec les soignantes rompues à la psychiatrie d'adulte, ou encore avec le pédopsychiatre ou la psychomotricienne. S'il n'est pas simple de mettre en réunion les personnes, il est encore moins simple de faire la synthèse des éléments apportés. Or il s'agit d'observations réalisées par les membres d'une même équipe, par des personnes habituées à travailler ensemble.

Question: Que peut-il se passer quand il s'agit de mettre ensemble les observateurs de services et institutions différentes, avec des métiers différents, des fonctions différentes, des infirmiers, des éducateurs, des pédiatres, des assistants sociaux, des juges? Deux solutions dommageables sont assez fréquentes et repérables, les régressions à l'indifférenciation et les défenses schizoparanoïdes: Pour la première, par exemple les métiers sont dédifférenciés et confondus. Dans ce cas, chacun peut prétendre faire à la place des autres, et donc chercher à se passer de leurs services: Ceux là viennent en synthèse pour la forme, quand ils viennent.

Pour la seconde, les liens entre les observateurs s'effacent et les participants doutent de parler de la même situation: L'objet de chacun, sinon l'objectif de chacun, peut prendre le pas sur l'objectivité de l'observation. Dès lors, on a l'impression qu'en observation comme en amour maternel, chacun en a sa part mais tous pensent l'avoir tout entier.

Exemple: Prenons une patiente malade dans un service de psychiatrie adulte. Elle réclame son enfant comme condition pour aller mieux. En unité mère-bébé, nous la voyons affolée par les pleurs de son bébé. A son domicile, en compagnie du père, pendant que bébé dort, elle s'affirme guérie à la puéricultrice PMI ... Comment allons nous traiter ces différentes observations apparemment sans lien entre elles, ou peut être inconciliables?

Nous retrouvons cette maman quelques semaines plus tard dans l'Unité

avec Maeva, un bébé de 2 mois: Maeva se tient au sein par la bouche et par les mains à tout ce qu'elle peut, en évitant de considérer sa mère, contournant soigneusement son visage ou son regard: Sa mère non plus d'ailleurs, ne peut la regarder, malgré ses tentatives pour démontrer qu'elle est une bonne mère. D'ailleurs, elle veut reprendre l'allaitement, mais ne cherche pas vraiment à rencontrer sa fille.

Dans la synthèse, on a l'impression "**qu'un bébé, ça n'existe pas... quand un adulte souffre**". Faut-il dire qui a raison ou chercher à ne blesser personne?

En relisant l'article de Racamier sur les psychoses puerpérales, publié dans "Le Psychanalyste sans divan", on est frappé par la pénétrance de ses remarques sur la maternalité psychotique, mais aussi par le peu de cas qu'il fait du bébé en dehors de sa sécurité vitale. Il n'y a pas de remarque quand au vécu du bébé lui-même: Est-ce affaire d'époque, des contraintes de l'écriture ou bien doit-on considérer qu'un bébé n'existe pas quand un adulte souffre.

Dans la réunion de synthèse, le groupe, il est curieux de constater comment le danger vital pour le bébé, sa mort potentielle, est facilement pris en compte, mais très souvent ses soins et ses besoins ne sont même pas évoqués.

## CHERCHEZ L'OBJECTIVITE, VOUS CONVOQUEZ L'OISEAU DE MALHEUR.

L'observation d'observateurs et les études sur les témoignages visuels montrent combien l'objectivité est une affaire difficile. Pour les psychanalystes, c'est l'élaboration des projections qui permettrait de s'approcher vers plus d'objectivité: un préalable indispensable dont beaucoup se dispensent pourtant. Pour d'autres, la méthode d'Esther Bick est incontournable au titre de la formation à l'observation: Pour autant donne-t-elle aux "observations proprement dites" la garantie d'une plus grande objectivité? On sait que dans "l'observation Esther Bick", une des consignes, pour développer la "contenance de l'observateur" est de ne pas intervenir. Quand il s'agit d'observer pour évaluer, pour savoir s'il faut ou non intervenir dans le cas de cette dyade là, est-ce qu'on peut utiliser cette expérience de l'observation du bébé? Des soignants de l'unité ont pu dire être mal à l'aise avec cette idée d'utiliser l'observation pour évaluer et non pour soigner, plus encore de donner au juge des fragments de notes d'observation.

Pour les psychiatres, ne faut-il pas s'appuyer sur des grilles objectivantes? Nous n'hésitons pas, dans notre unité à y recourir lorsque nous nous sentons englués dans l'indécision. Il est aussi important de faire des observations répétées et suffisamment longues: En effet, avec les bébés, il peut être complexe de repérer des signes qui ne sont pas encore inscrits définitivement et qui sont donc variables: Nicole Garret insiste beaucoup sur l'outil et les conditions d'évaluation plus que sur la compétence de l'observateur, même si elle est évidemment nécessaire.

On pourrait comparer. Cette maman sort d'une psychose puerpérale impressionnante Elle devient moins confuse depuis quelques temps mais son bébé, une fille, qui a maintenant un mois et demi, n'a pas oublié. Sur la table à langer, elle regarde sa mère et se laisse faire. Mais celle-ci, à un certain moment, s'approche trop près de son visage: La petite fille se plaque en arrière, les poings appuyés sur

l'arrière plan, le corps en opistotonos, le visage détourné et plein de terreur: Sa mère la regarde faire ravie et s'exclame en direction de l'accompagnatrice: "Regardez comme elle se détend!!!" La tâche de l'accompagnatrice n'est pas facile: Doit-elle faire remarquer que la maman fait une erreur d'interprétation au risque de l'effondrer encore plus ou bien soutenir la maman au risque d'encourager un rapproché qui terrifie déjà le bébé. Elle a choisi de ne rien dire et de faire le tour de la maman en inclinant la tête en direction du bébé et en chantonnant pour elle.

Dans une synthèse, doit-on fonctionner de la même manière: chanter? Si l'on considère qu'il n'est plus suffisant de soigner la relation, doit-on dénoncer un aveuglement ou interpréter une projection trop massive. Celui qui fait cela risque d'être attaqué et banni très vite, au minimum être considéré comme un oiseau de malheur... Ou pire, il est assigné à la place d'un parent du passé qui a négligé, maltraité psychologiquement ou concrètement l'enfant devenu adulte. Celui qui dénonce la projection ou le déni devient donc assimilé à la cause de ce qui fait souffrir: Une place pour le moins inconfortable. A défaut de pouvoir favoriser l'élaboration des projections, on se trouve enfermé dans un rôle que l'on n'a pas choisi, qui suscite en nous révolte et sentiment d'injustice par la déformation des propos qu'elle nous prête.

En conclusion de ce paragraphe, on pourrait dire: quand il faut y regarder de plus près, tout n'est pas simple. On sait qu'il est des regards qui tuent ou pétrifient! On nous a déjà bien souvent opposé que c'est ce regard même, celui de l'observateur, qui trouble le parent observé et le rend si maladroit ou bien, qui pétrifie cet enfant et le rend inapte à s'exprimer. Il se sent persécuté, jugé, terrorisé ou plus simplement privé de son intimité ou bien encore, hors de son contexte habituel? Le regard qui soigne ou contient est accusé d'être le regard qui persécute. Ce regard peut être clivé en multiples morceaux comme chez Argos, le veilleur aux cent yeux. La tentation est forte de ne plus regarder vraiment ou bien de penser qu'avec mon regard à Moi, tout va s'arranger... Implacable pression du narcissisme en expansion. Mais en faisant cela, on entre dans la complicité de déni, on laisse la situation sans traitement et le travail à d'autres, par exemple au moins défendu ou au plus fragile: donc au bébé. Des parents qui dénie leur impuissance ou leurs incompétences laissent en premier au bébé le soin de faire seul et pour lui-même ce qu'ils ne parviennent pas à faire eux-mêmes pour lui. J'ai commencé là à parler d'Assignment Projective.

## L'ASSIGNATION PROJECTIVE:

Jacques Robion a utilisé ce terme dans son livre "Pour une psychanalyse dialectique" dans le sens où "l'assigné qui n'en peut mais, est contraint d'assumer réellement le refoulé de l'assignant". La pulsion condamnée du sujet y est passée à l'acte par un autre". En d'autres termes, l'assigné, l'enfant ou le conjoint, occupe dans la réalité concrète autant que fantasmatique, une place attribuée inconsciemment par l'assignant. L'Assignment Projective est un mécanisme prothétique: L'assignant a besoin de la présence de l'autre qu'il utilise comme une prothèse pour pouvoir

fonctionner. L'utilisation de ce mécanisme signe une absence d'autonomie défensive chez le sujet assignant. Pour l'assigné, il n'a pas le choix, "la place est à prendre, ou l'objet à laisser".

Ces assignations projectives peuvent être vues comme des défenses individuelles ou groupales, des défenses dans une institution ou des défenses de l'institution. Je les ai longtemps entendues comme des projections, ou comme de l'identification projective voire comme de l'injection projective (Racamier). Je pense avec Robion qu'il y a dans l'Assignation Projective, plus qu'un contenu projeté à penser mais une place imposée, un rôle à tenir.

On trouvera dans Groupal 17 un article assez touffu de Steven Wainrib intitulé "l'Imposition de Rôle" qui montre comment un sujet souffre de l'imposition de rôle, mais aussi comment il en est l'acteur. Dans l'Assignation Projective, l'Assigné n'en peut mais, sinon d'en prendre conscience, longtemps après avoir été agi par le mécanisme. (On pourra situer l'Assignation Projective au pôle le plus archaïque des impositions de rôle).

Le vécu d'assigné projectif, pour une personne mature, est profondément désagréable, et dans l'institution, il se manifeste par des plaintes: Le patient n'est pas comme il devrait être, d'autres personnes de l'équipe ne sont pas comme attendues, l'autre institution ne fait pas ce qu'elle devrait faire, ou bien encore, on nous demande quelque chose qui n'est pas dans notre mission. Dans tous les cas, il y a, pour Ego, vécu préconscient de rôle imposé, d'empiètement, sentiment d'injustice et désir de révolte.

EXEMPLE: Nous avons vu une institution d'accompagnement à la parentalité, en synthèse, soutenir contre l'évidence qu'il ne fallait pas demander le placement d'un bébé, niant l'insuffisance majeure des liens parents bébés compromettant possiblement jusqu'à sa survie même. Cela a conduit à ce que le juge nous impose les soins à la dyade pour la faire évoluer. Nous nous sommes trouvé devant le choix en dilemme de "la place à prendre ou le bébé à laisser". Ce dilemme prend sa source dans le déni d'incompétence ou d'impuissance des parents eux même, relayé par l'entourage familial et l'entourage socio-éducatif, sacrifiant le devenir du bébé pour mieux affirmer la puissance parentale de ces parents gravement handicapés mentaux et... celle de l'institution assignante relayant le déni parental.

L'INTERMINABLE CHEMIN ENTRE LA CONSCIENCE PREOCCUPEE ET LE SIGNALEMENT ECRIT. NE PAS VOIR, NE PAS DIRE.

Dans "La pensée scénique", Ophélie Avron (Eres, 1996) décrivait le moment de mise en groupe au début d'une séance de psychodrame: "Chaque début de séance continue de me surprendre par la turbulence silencieuse des attentes qui sont alors mobilisées, comme si l'au delà du présent allait s'ouvrir sur des mondes de fête ou de terreur. Avant toute parole, des yeux baissés disent déjà leur refus, des regards vigilants surveillent, d'autres cherchent intensément à communiquer en vue de l'acte à venir. Cette coalescence psychique est particulièrement repérable au début d'un



groupe ((...)) Chaque commencement, aussi insignifiant soit-il, provoque à sa façon cette dynamique de l'attente. Qu'est-ce qui se met là à craindre et à espérer contre toute raison consciente de crainte et d'espérance?" .

Dans notre synthèse, l'enjeu de la mise en groupe est de construire une synergie d'action des compétences des différents professionnels, à partir d'une compréhension partagée de la situation et dans une discrétion commune (Nicole GARRET-GLOANEC). Le risque est de décider mal, ou plus grave encore de ne pas décider. Le nombre de ces séances est très réduit voir unique. Pourtant c'est la même image qui vient, celle de l'attente, attente qu'il se passe quelque chose et aussi qu'il ne se passe rien. Attente que cet arrachement si redouté ne se produise pas, attente que l'on fasse cesser d'urgence la souffrance de ce bébé et aussi celle de la mère, attente que l'on rende ce bébé à cette mère qui l'appelle à corps et à cris. Le risque est donc rester dans l'attente, ne rien dire, surtout ne rien dire aux patients, aux patients ou à Soi-même.

EXEMPLE: Dans l'Unité, je me trouve à voir une maman étiquetée schizophrène avec un bébé de 10 jours. Cette maman arrive de l'unité Kangourou où elle a passé 7 jours. Nous sommes lundi et elle me demande si elle va enfin rentrer chez elle avec son bébé le week end prochain. Les infirmières référentes me disent que cette patiente a un rendez-vous mercredi avec la responsable de Pôle ASE pour lui indiquer qu'elle ne rentrera pas chez elle ce week end avec son bébé. Elles ajoutent "que cela ne lui a pas été dit par l'unité Kangourou" pour éviter que la patiente ne fasse des difficultés à venir à l'Unité Mère Bébé... Voilà encore une situation d'assignation projective. Elle fait penser à l'idée de Racamier qu'un travail non fait a des conséquences sur le travail des autres. Cela met l'autre soignant à une place particulière.

Ces attentes ou ces terreurs sont parfois si fortes qu'on en vient à ne plus signaler, voire à ne pas envoyer le texte de l'Information Préoccupante. Signaler nous fait croire que c'est nous qui décidons de ce que sont ou peuvent ces parents là et que c'est nous qui les jugeons... Il s'agit de porter sur une autre scène de réflexion les éléments d'observation, les questions qui en découlent ou les éléments qui font une conviction intime. Signaler a pour fonction de sortir de notre position de secret et de toute puissance, pour amener nos observations à discrétion, pour ne pas rester dans la complicité de déni, dans la paralysie ou la séduction narcissique des patients.

Par rapport à quelle figure idéale, placer ou contribuer à un placement est vécu comme un échec, comme notre échec, un échec des soins entrepris. Nous sommes seulement (ce n'est pas rien) en train de porter la part empêchée de parents qui nie de l'être ou ne perçoivent pas qu'ils le sont.

Nous voyons beaucoup de mamans dire qu'elles veulent s'occuper de leur bébé mais montrer par tous les moyens, mimiques, comportementaux, qu'elles veulent que quelqu'un d'autre s'en occupe. Il est curieux de voir comment cette option a tellement de mal à être envisagée. Il est parfois possible d'accompagner une maman à prendre conscience qu'elle désire être reconnue comme maman, mais pas comme une maman qui peut l'être à temps complet.

Je pense qu'on peut déduire qu'il existe une sorte d'Imago terrifiante de "mère privée de bébé" pire encore que la castration féminine.

Pour éviter la rencontre avec cette "imago" de mère privée de bébé, dans la synthèse ou l'entre-synthèse, on voit s'exprimer toutes les Hypothèses de Base décrites par Bion. Ces modalités de penser évitent toute réflexion constructive, laissant tout le monde en souffrance: une éternité de souffrance pour le bébé. Le groupe "attaque-fuite" peut être représenté par: "Il faut laisser une chance à cette mère à qui on a déjà retiré deux bébés, c'est un autre père. Nous entendons... une prière: un "Notre Père"? Ou bien: "Non ne proposez pas le HOME, ils placent les bébés"! Pour le groupe dépendance, cela peut être: "C'est vous qui avez les informations sur l'interaction, c'est à vous de faire le signalement". Ou bien, "Il faut attendre encore: On voit bien qu'il se passe de jolies choses entre les deux. Evidemment quand on regarde de plus près, on voit bien les limites de ces jolies choses". Il est difficile pour beaucoup de considérer la discontinuité comme dommageable pour un bébé, d'autant plus destructrice qu'il y a de jolis moments. On veut voir l'effort des parents, la bonne volonté, le fait qu'ils ne comprendraient pas, qu'ils ne comprendront pas qu'on leur fasse cette violence. Alors la troisième hypothèse qui reste, c'est le couplage mère-bébé, vécue comme une Fin en Soi, comme une séduction incohérente, qui est censée résoudre toutes les souffrances.

Nous retrouvons là, la figure de l'innocence décrite par Racamier dans le "Génie des Origines" à la fin du chapitre sur le déni, dont il nous dit qu'il peut s'agir de fausse innocence ou de fausse indifférence. Le déni et le clivage, funestes, qui les recouvrent servent à éviter l'encombrement émotionnel, la souffrance du soignant menacé par "la mauvaise mère". Ces fonctionnements, ces défenses, ces attaques, tout signifie qu'il nous est demandé de contenir les souffrances occasionnées par la perspective de placement ou de sacrifier le bébé: Tout pour éviter la confrontation à l'Imago de "La mère privée de bébé".

## LE SACRIFICE

Je n'aurai pas le temps ici de développer cet aspect des choses. Je rappellerai seulement que j'ai travaillé en 1994 la question du bouc émissaire comme défense groupale contre le sentiment de culpabilité, et que JP Caillot a conduit en un travail très conséquent sur le sacrifice en le mettant en rapport avec l'envie (1994). On ne pourra passer sous silence le sacrifice d'Abraham et plus tard celui du jugement de Salomon: On se rappelle que dans le jugement de Salomon, la "vraie" mère se reconnaît au fait qu'elle est prête à sacrifier son lien à son bébé pour lui sauver la vie. Deux points sont à souligner cependant: le premier est que dans le rite du bouc émissaire, les victimes qui doivent être sacrifiées (Il y en a deux, une pour Dieu, une pour le peuple) doivent être innocentes. Quoi de plus innocent qu'un bébé. Le second est que le sacrifice bien tempéré peut être une défense nécessaire à la préservation de la vie (et du développement du bébé) .

Mais revenons dans notre synthèse.

## LA COMMUNICATION, LE TRAVAIL DE COMMUNICATION:

Une fois que la conclusion est dite, il faut encore parfois une énergie considérable pour la coucher sur le papier, relire corriger et poster à temps. Tout ceci doit se passer dans les formes du respect le plus absolu pour les patients et doit pouvoir être lu par eux. Il y a nécessairement un problème de langage. On ne peut pas donner l'observation brute qui risque d'être interprétée hors contexte... Il faut éviter les termes trop spécifiques d'un métier qui risquent d'être mal compris et interprétés. Il ne faut pas dire l'horreur pour éviter la haine, éviter l'excitation du "trash" autant que celle de la complicité passive. Il faut transmettre les savoirs utiles à la décision et éviter les savoirs inutiles (NGG). Il faut laisser les autres se faire leur propre idée de la situation et ne pas leur dicter leur conduite... Mais ouvrir des perspectives sans faire de prédictions...

Et il faut informer les parents et les enfants de qui on informe et pour faire quoi. La communication officielle devient un vrai travail de transformation-crédation qui devient un bébé dont on ne maîtrisera pas le destin et qui va mener sa vie propre.

## DE LA CONCLUSION A LA MISE EN ACTE

Puis on retrouve l'attente, alors même que les soins aux uns et aux autres et à la relation continuent. Période inconfortable encore mais d'une autre manière. On se sent traître si l'on ne peut déposer dans une reprise les émotions qui débordent: Comment les soignantes, en grande partie des femmes, jeunes mères ou mères potentielles vivent-elles ces moments, ces attentes avant de voir les bienfaits de la décision, quand ils se produisent. En effet, il arrive parfois de grands malheurs à l'issue de ces placements, malheurs qui alimentent les raisons de ne pas signaler. Les bienfaits, on ne les voit pas facilement car ils se produisent beaucoup plus tard, des années plus tard et ils se manifestent par un développement normal de l'enfant ou une meilleure santé des parents: Le normal, ce n'est pas très spectaculaire...

Exemple: Nous plaidons pour la continuité des soins: Mais que penser d'un placement qui met le bébé aux mains d'une première famille d'accueil dite "d'urgence", laquelle va être remplacée par une deuxième, "définitive" quelques mois après, laquelle est remplacée par une troisième pendant ses congés d'été. Si elle est malade, ce qui arrive, ce n'est pas forcément la même remplaçante... Si l'on pense que l'on s'astreint à des rencontres médiatisées du bébé avec la maman pendant ce parcours, on se rend compte que le bébé a connu, dans sa première année, au moins 4 styles de soins. Et que le style qu'il connaît le mieux, c'est celui de sa mère biologique....

## POURQUOI REDOUTONS NOUS TANT CETTE DECISION?

J'entends une responsable ASE me supplier: Dites moi que c'est très grave ou bien que cela va pouvoir se soigner. Je ne veux pas des situations intermédiaires... Ou une autre me dire: SVP, Est-ce qu'on pourrait s'arranger pour que je n'ai pas à aller à la maternité lui retirer son bébé? Est-ce qu'on pourrait s'arranger pour que cela se fasse avant ou après?

Que redoutons nous en proposant de séparer un enfant d'un parent ou un parent d'un enfant alors même que la raison nous y exhorte. La raison principale serait d'être identifié à une mauvaise mère et confronté à "l'Imago de mère privé de bébé".

Trois situations n'engendrent pas réellement de résistance ni à la réflexion, ni à la décision et atténuent cette angoisse: Soit le parent est d'accord (et chacun concède que la situation est triste), soit le parent est officiellement fou, ( il paraît évident qu'il faut protéger l'enfant), soit la maltraitance est active ( ce qui suscite un sentiment d'horreur et engendre plus de difficulté à faire accepter que la mère et le bébé puisse se rencontrer après séparation). De ces constats, on peut déduire qu'on s'identifie d'abord au parent désirant, à l'enfant agressé en second, mais que nous avons beaucoup de mal à nous identifier à l'agresseur ou malade mental ou même au parent qui abandonne.

Y a t'il d'autres identifications possibles?

Une possibilité serait de se prendre pour des Dieux. Il m'a paru intéressant d'aller les visiter. On me pardonnera de n'être pas un spécialiste et ma référence sera un livre de mythologie racontée aux enfants de Muriele SZAC.

Chez les dieux, de nombreuses mères tentent de protéger leurs enfants des pères qui voudraient les détruire en les plaçant. Pour le protéger de Cronos qui dévorent ses enfants, Rhéa la mère de Zeus l'a placé en secret chez Amalthée, une chèvre avec une seule corne, mais très bonne laitière et nourrice exceptionnelle. Il fallait seulement que ce bébé ne pleure pas trop pour que Cronos ne l'entende pas. Il fut suspendu dans son berceau entre le ciel et la terre pour le cacher et le sauver. Il pourrait s'agir du premier placement de l'histoire, si l'on veut bien accepter que mettre en nourrice n'est pas placer. Tous les Dieux ont été élevés par des nourrices. On peut voir dans ces affaires, Oedipe dans des versions précoces où le méchant est le père. A l'inverse on voit des pères qui veulent protéger leurs enfants de la jalousie de la mère. Zeus, le même qui a été sauvé, mais un fameux coco quand même, cherche à protéger ses enfants de Héra malade de jalousie: l'enfant est vu ici comme un don de l'amoureuse au père: Que celui-ci trompe et l'on voit l'amante détruire son cadeau. La fibre maternelle n'est pas encore développée et l'enfant n'est pas considéré pour lui-même. La jalousie culmine chez Médée qui tue ses enfants pour punir Jason de l'avoir trompée. A l'évidence, dans cette situation la mère est folle.

J'ai trouvé deux placements de bébés qui ne conviennent pas à leur mère, les deux fois parce qu'ils étaient laids: Hephæstos jeté par la fenêtre dans l'océan sera recueilli par Thetis avant de devenir orphèvre et revenir demander des comptes à son père. Il s'agit là du premier vrai placement avec une vraie mauvaise mère. L'autre personnage très laid est Pan, fils d'Hermès, tellement laid que sa mère s'est enfuie et que Zeus l'a placé en Arcadie. Mais il a fait tellement peur aux personnes de rencontre que

cela a donné le terme de panique. La panique est donc le sentiment qui peut envahir un parent lorsqu'il regarde son bébé. C'est le deuxième vrai placement.

Mais, il ne faut pas oublier qu'Hermès assiste à tout cela. Hermès est intelligent, et il n'intervient pas, il se contente de regarder et d'apprendre et de porter des messages. Il invente l'écriture. Mais c'est aussi le Dieu des bandits de grands chemins, voleur très habile lui-même, en particulier voleur de vaches laitières. Je me demande s'il n'est pas aussi le premier pédo-psychiatre.

Gilles CATOIRE

#### BIBLIOGRAPHIE:

AVRON Ophélie: "La Pensée Scénique", Erès, 1996.

CAILLOT J. P.: "Le sacrifice et l'envie" in Gruppo 10, 1994

CAREL André: "Co-dépression mère-bébé, au regard de l'approche psychanalytique du familial". Conférence au GERPEN 12 Mai 2012

FREUD Sigmund: "Traitement Psychique" in Résultats, Idées, Problèmes, Tome 1, PUF, 1984.

HOUZEL D. Et CATOIRE G.: Le Fantôme de Bouc-Emissaire, in "La famille comme Institution" Apsygée Editions 1994.

LAMOUR Martine: "Enfants en danger, Professionnels en souffrance", Editions Eres, 2011.

SZAC Murielle: "Le Feuilleton d'Hermès", Bayard Edition Jeunesse, 2006.

WAINRIB S.: "L'imposition de rôle", in Groupal 17, Les Editions du Collège, Mars 2004.