

Gilles Catoire

A la recherche de l'esprit des soins

Le HOME

1

C'est une toute petite institution qui accueille des mères et des bébés, trois dyades à la semaine et 7 en hospital de jour pour des temps variables, de quelques heures ou toute la journée chaque jour. Le Home est fermé le week end: cette occurrence pose problème, mais suscite un travail sur les limites. Le temps du soin en intra n'est pas complètement clivé de la vie extérieure.

Le projet est simple: faire tout ce qui est en notre pouvoir pour préserver le développement des bébés en difficulté, favoriser ou soutenir l'accession à la maternalité, et souvent, soigner les mamans. La durée des prises en charge varie entre quelques semaines et un an en intra, avec une suite possible de trois ans en ambulatoire.

Les lieux sont minimalistes: Un couloir, trois chambres, une biberonnerie, deux salles de change, trois salles d'activités avec tapis au sol, jeux pour tout petits et deux bureaux, une salle pour les infirmières et une salle à manger. Pas de télévision, de la musique douce dans certaines pièces. Presque rien, juste les mamans, leurs bébés et nous... Et nos théories, en particulier sur la diffraction des éléments de personnalité dans le groupe institutionnel...

Le groupe de soignants est une sorte de référence cadre, contenant groupal qui entretient son propre état par un ensemble d'activités individuelles et collectives: réunions cliniques, transmissions, travail d'écriture, reprise d'observation, formations, réunions institutionnelles. Chacun a sa fonction et ses responsabilités: pédopsychiatre, psychiatre d'adulte, infirmière référente de dyade, puéricultrice, sage-femme, infirmière spécifique d'observation. Les soignants ont une "idée partagée de l'organisation des soins" qui essaie de tendre vers une "idée partagée de l'esprit des soins". Cette idée partagée des soins porte sur les fonctions principales: créer du lien, de la continuité et de l'attachement en même temps que de la séparabilité et de la discrétion. Il faut s'armer pour favoriser l'espoir, contenir la douleur et penser. (J'empreinte ces catégories à Meltzer mais je pense que Racamier les reconnaîtrait pleinement). La discrétion permet une expression filtrée des vécus individuels vis à vis des patients ou des situations, ce qui permet un travail pensé sur les contre-transferts.

L'institution va souvent assez bien, mais elle est aussi fragile, tant les angoisses liées au périnatum qui s'y vivent peuvent être puissantes: vascillation du sentiment d'identité liée à l'accès à la parentalité, vitalité corporelle et psychique des bébés, parfois des mamans vite mise en danger, situation et histoire des patients qui suscitent l'horreur, l'impuissance, la sidération ou la révolte. Le sentiment de responsabilité y est très insistant. Mais, parfois, un plaisir discret de fonctionnement

s'en dégage...

La dyade dont je vais présenter le parcours présente une pathologie post partum d'apparence névrotique mais avec des aspects limites et des carences narcissiques très importantes. Il n'eut pas été possible d'imaginer une prise en charge seulement ambulatoire sans risque pour la vie de la maman et le développement du bébé, même si faute de moyens, c'est souvent ce qui se fait ailleurs.

2

Mère et fille nous ont quitté lorsque Lila avait 9 mois: ce bébé présentait une belle autonomie et entraînait facilement en relation. Mais il montrait aussi quelques hypertopies de la moitié inférieure du corps et une tendance à répondre trop facilement aux excitations proposées par la maman. Nous l'avons adressée à une psychomotricienne proche du domicile parental. La maman allait assez bien, au point de projeter de reprendre son travail et d'accepter de confier sa fille à une assistante maternelle pendant ses absences. Cependant les avis dans l'équipe restaient partagés au sujet de la relation de la mère à son bébé, certaines la trouvant très préoccupée d'elle-même, chassant brutalement Lila de sa préoccupation, sans préavis et masquant cela d'une légèreté faussement gaie. Elle irritait aussi en faisant usage de Lila pour régler ses comptes avec son ex-beau-père et aussi contre sa mère. D'autres trouvaient qu'elle allait beaucoup mieux et que de toute façon Lila devrait faire avec cette mère là, ce qu'elle parvenait à faire sans dommage excessif. Pour ma part, eu égard aux écueils rencontrés, Lila et sa mère ne s'en sortaient pas si mal, non plus que le père, qui avait été choisi plutôt solide, comme on le verra plus loin. Cependant cette division persistante dans les avis me préoccupe toujours, même si je sais qu'elle est en partie liée au deuil de la prise en charge qui a été très investie par tous et qu'elle traduit une paradoxalité persistante que l'on peut espérer suffisamment tempérée.

Mais reprenons au début.

Pour toute bonne prise en charge institutionnelle, il faut un médiateur, quelqu'un qui connaît le patient et l'institution: ce fut un pédiatre qui appela la secrétaire, laquelle nota quelques éléments et donna un rendez vous à Maria 27 ans, avec Lila, 2 mois. Ce pédiatre d'une petite ville éloignée de 150 Km indiquait: Probable dépression du port-partum, mal-être grandissant avec son bébé, inquiétudes pour le bébé. Maman allaite. Père présent

L'aventure de la prise en charge commence par un entretien au HOME, avec la maman, le papa et Lila, 6 jours après l'appel. La consultation est conduite par le pédopsychiatre en présence de l'infirmière référente de dyade, qui ce jour là n'a pu se libérer.

Maria dit qu'elle a demandé à venir en urgence parce qu'elle ne se sent pas bien du tout. Elle a essayé d'attendre le plus qu'elle pouvait, mais ça n'est plus possible depuis l'accouchement et plus ça va, plus ça empire.

Elle a peur de se faire du mal, peur d'être brutale, de faire du mal à son bébé.

Elle se sent tendue. Elle n'arrive plus à sortir de chez elle, elle a peur d'avoir des visites et éteint les lumières chez elle pour faire comme si il n'y avait personne. Cependant le week-end précédent, elle a pu aller chez des amis avec son conjoint, elle y était bien. (petit signe de pré -transfert positif). Mais la foule, les supermarchés l'angoissent beaucoup. Elle a le sentiment que plus cela avance, plus elle donne son bébé à son compagnon. (Il m'aparaissait que son bébé devenait dangereux pour elle)

3

Elle avait déjà fait une dépression à l'adolescence avec des idées suicidaires, avait été hospitalisée 3 semaines. Depuis un an et demi, elle voit une psychologue.. Aujourd'hui, c'est terrible, parce qu'elle a la chance d'avoir cette enfant et elle n'en profite pas. Elle a l'impression qu'elle n'a plus de "connexion" avec Lila, pourtant, elle l'aime.

La difficulté s'accélère à l'idée de reprendre le travail et d'être séparée de sa fille. Par exemple lorsqu'elle se trouve à prendre contact avec la nourrice et qu'elle a vu Lila dans les bras de la nourrice, elle a craqué. Elle a eu aussi une crise de larmes lorsque sa grande sœur a pris Lila dans ses bras. Elle a peur de voir grandir sa fille.

Ainsi les journées sont très longues et elle est contente quand la nuit arrive.

L'accouchement avait été dur, elle a voulu rester à la maternité. Elle n'avait pas envie de sortir, mais elle avait toujours envie de garder son bébé alors que maintenant, elle pense qu'il faudrait que Lila trouve une autre maman.

Deux jours après l'accouchement, elle réalisait mal le lien entre le bébé dans son ventre et Lila. Elle dit "mon ventre est triste". Pendant la grossesse, le couple n'avait pas voulu connaître le sexe du bébé, mais Maria s'était dit que c'était un garçon et elle a été choquée parce "qu'il n'avait rien entre les jambes". Elle est très contente d'avoir une fille, mais elle se demande ce qu'est devenu "l'autre".

Elle se demande si elle est une maman.

Concrètement, elle n'a pas de soucis, tout ce qui est matériel: le bain...il n'y a pas de problèmes. Ils avaient anticipé la chambre, le lit, ils avaient fait de l'haptonomie avec son ami, tout allait bien. Le papa est très ému quand elle évoque l'haptonomie.

Elle a toujours été une fille sociable, mais là elle est fatiguée, elle se lève tard. Elle reste assise de longues heures à côté de Lila et la regarde. Elle attend qu'elle la regarde. Elle aime bien sentir que sa fille la cherche.

Elle décrit la relation avec sa propre mère comme fusionnelle mais depuis la grossesse les choses changent. Elle n'arrivait pas à lui dire non et maintenant elle peut la laisser avec ses soucis d'alcool et de dépression. Elle a travaillé tout cela avec la psychologue.

Elle porte le nom de son père mais ne le connaît pas. Elle a un beau-père qu'elle

a connu à 1 an et demi, qui ne vit plus avec sa mère et qu'elle exècre. Elle a une demi-sœur et a vécu aussi avec le frère de sa maman ,handicapé moteur et mort depuis 5 ans.

Cette maman est une jolie jeune femme métisse, d'apparence sportive et énergique. Elle parle lentement de manière très réfléchie, mais elle est aussi ralentie psychiquement, pleure beaucoup et souffre intensément. Il est à peine besoin de poser des questions.

Lila est une ravissante petite fille, à peine bébé, métisse rouquine, avec un regard très intense et posé sur tout ce qui l'entoure, à l'exception de sa maman. Allaitée sous mes yeux, elle a une belle relation au sein mais ne regarde pas beaucoup sa maman ou seulement par petits moments, de manière prudente. Quand sa mère cherche à la rencontrer de face, Lila se renverse en arrière en opistotonos. Le papa est très attentif auprès de la maman s'approchant d'elle lorsqu'elle pleure, lui proposant de l'aide, en prenant le bébé lorsque ça ne va plus, le lui rendant dès qu'elle va mieux, la félicitant pour l'allaitement. Dans les bras de papa, Lila est beaucoup plus tonique et gaie. Tout cela serait presque trop beau, s'il n'y avait pas la souffrance de la maman et les évitements relationnels de Lila.

Maria voulait tout de suite rester en temps plein et avait ammené toutes ses affaires bien qu'elle sache que nous n'avions malheureusement pas la possibilité de l'accueillir immédiatement. Elle a voulu venir dès le lendemain en hôpital de jour malgré la distance. Elle est venue trois fois se réfugier au HOME avant que nous puissions l'accueillir à la semaine, nuits comprises, sauf les week-ends.

Ce temps d'attente avant d'entrer dans le cadre proprement dit est très important pour les patients autant que pour nous: il a permis de nous préparer, de partager toutes les informations recueillies, de soigner notre accueil, notre disponibilité, de considérer nos trois patients: Maria, Lila et leur relation. Plus loin au fond, le conjoint et la pénombre de la famille élargie.

Nous partageons nos premières impressions. La beauté première du tableau est ternie par la souffrance et l'envie de fuir de Maria, peut être jusque dans la mort, son besoin de se déverser lentement mais sans discontinuer, le portage vers l'extérieur. Nous hésitons à prescrire un antidépresseur du fait de l'allaitement et puis ce bébé: sa tension corporelle pendant la tétée, ses résistances au contact oeil à oeil, le sommeil vigilant, le peu de regroupement de Lila au tapis à certains moments, son besoin de distance pour s'appuyer sur d'autres que sa mère et d'éviter sa proximité, son besoin déjà ancré d'être portée, tournée vers l'extérieur, pendant les relais.

Nous montrons notre attention et notre préoccupation, aussi bien en entretien conjoint qu'en observation dans l'unité. Avec les référentes, nous cherchons la petite place qui va bien, "être avec Lila" un peu à distance, écouter Maria. Nous indiquons nos intentions: tout faire pour que le bébé se développe bien, (favoriser le lien), nous disons nos souhaits de soulager, apaiser les angoisses de la maman (favoriser l'espoir), notre

difficulté à le faire dans l'immédiat (contenir la souffrance), notre souhait de ne pas nous occuper de Lila à la place de la maman, de respecter son style (favoriser l'accès à la maternalité), notre confiance dans le fait qu'ils vont y arriver.

5

Nous marquons notre intérêt en demandant comment se sont passés les week ends, les moments à la maison (reconnaitre et soutenir le sentiment d'être une personne), en posant des questions lorsque la souffrance cède un peu, en nommant les émotions ou les dynamiques que nous percevons chez Lila ou chez Maria (penser), nous encourageons les initiatives, admirons les réussites (confirmation narcissique). Nous laissons s'installer les rituels dans l'unité, nous notons les rythmes, nous précisons qui sera là ou pas là tout à l'heure, demain, la semaine prochaine (travail sur la séparabilité). Nous nous absentons pour noter et pour parler ensemble (penser).

Et nous parlons ensemble: Qu'est-ce que nous dit Lila de sa maman en se divisant au sein, en refusant la confrontation regard en face, en n'étant pas si mal à distance, de mieux en mieux jour après jour, en plongeant intensément dans le regard de sa mère pendant les bains, mais en régurgitant en jet de liquide clair au séchage quelques instants après. Qu'est-ce que nous dit Maria en disant "que si sa fille la regarde aussi intensément, c'est qu'elle n'a pas confiance en elle!" Et en continuant à se déverser (régurgiter?) pendant le soin de Lila. Est-ce qu'on ne pourrait pas lui demander d'éviter cela? Mais alors il faut lui offrir des espaces de paroles plus rapprochés. C'est ce que nous allons faire en donnant des rendez-vous infirmiers chaque jour.

Qu'est-ce que Maria nous dit en parlant de son accouchement? "Il ne s'est rien passé, j'ai perdu l'autre, alors je ne sais plus si ma fille est réelle. C'est comme si j'avais attendu des jumeaux! Et que j'en avais perdu un". Est-ce qu'elle nous parle d'une stupeur dont elle essaie de se remettre, ou bien d'un évènement psychique blanc qu'elle essaie de colmater. Que veut-elle dire par: "je ne me sens pas mère"? Nous faisons le lien avec sa difficulté viscérale à imaginer une séparation. Une séparation, pour Maria n'est pas progressive, partielle ou momentanée, elle est radicale, totale, définitive comme seule est la mort. Devons nous faire le lien avec ce mythe des origines? Maria est le bébé dont sa mère a eu besoin pour se consoler de la perte de ses parents: "Son grand père avait un cancer, il ne supportait pas de mourir seul, alors il a abattu sa femme et s'est tué après..." Ouch! Il nous faut un temps pour prendre note de cette information! Il y aurait là un traumatisme qui serait à l'origine de l'ustensilisation de l'existence de Maria par sa mère. Mais comment aider Maria à construire une vraie représentation d'elle et de son bébé comme personnes, comment l'accompagner dans une vraie séduction narcissique et prévenir une perversion. Nous avons suggéré qu'elle puisse s'autoriser à haïr son bébé par moment. (nous faisons le choix de l'aider à dégager sa haine du meurtre consommé).

TROISIEME SEMAINE D'HOSPITALISATION, Gestion de la menace meurtrière.

Qu'est-ce que nous dit Maria en insistant encore et encore sur l'intrusivité de sa future

belle-mère dans son couple, dans sa famille, auprès de son bébé? Nous prévient-elle qu'elle ne supporte pas notre intrusion dans sa vie (crainte de l'ustensilisation?). Elle a voulu que son ami vienne parler avec le "Docteur" parce que la belle-mère a fait une scène, menaçant de se jeter dans le bassin de la station d'épuration si elle ne voyait pas sa petite fille. (Nous sommes stupéfait de la rencontre entre le fantasme des origines de Maria et sa mise en scène par la belle-mère).

Maria est hors d'elle! Le papa, pris en sandwich, choisit sans hésiter sa compagne, il ne verra plus sa mère s'il le faut et de toute façon, "ce sont eux, les parents, qui décident quand la famille verra le bébé!" Maria n'est pas satisfaite, elle ne veut pas d'une rupture avec la belle-famille, mais que son ami prenne conscience de sa dépendance par rapport à sa mère. En nous quittant, il demande si on ne pourrait pas travailler avec Maria sur ce qu'elle veut précisément, car par moment il n'y comprend plus rien!

A la veille du week-end suivant, les infirmières référentes sont très inquiètes: Maria a expliqué posément comment elle allait "s'exterminer, comment faire pour que la corde tienne bien, comment choisir le moment pour que son ami ne la trouve pas trop tôt mais comment faire que Lila soit à distance". Elle est dans ce moment très douce avec sa fille qui ne lui rend pas: Lila reste sérieuse, s'agrippe aux référentes, ne se détend pas. Maman le voit. Elle ne dort pas la nuit suivante: "Avant, je pensais au suicide, maintenant c'est réel!" Le psychiatre d'adulte consulté veut bien l'accueillir dans son service pour le week-end. Nous proposons cela à Maria: après réflexion, il est inenvisageable d'être séparée de sa fille. Nous contactons le papa: il comprend la situation et accepte d'assurer la sécurité, ce qu'il fera scrupuleusement. Nous sommes très inquiets de la voir partir et soulagés de la voir revenir le lundi suivant. "Heureusement qu'il était là" dit-elle. Elle concède que son ami est le meilleur homme qu'elle a rencontré et pleure de le faire souffrir autant. Maman pleure beaucoup mais Lila est beaucoup plus calme à l'allaitement et ne régurgite presque plus. (Travail sur le tri entre un autoengendrement radical et un engendrement tempéré par la présence d'un homme?)

Le week end suivant sera un peu moins redouté mais le papa sera à nouveau mis à contribution. Nous nous demandons si nous ne le mettons pas dans une situation trop lourde, même s'il nous paraît plutôt solide et compétent. Nous serons quand même très attentifs et inquiets. La référente a trouvée Maria penchée sur le berceau de Lila et Maria lui a confié qu'elle pense que Lila serait mieux seule avec son père qu'avec une maman suicidaire. Mais la semaine suivante, après avoir accepté la visite d'une amie d'enfance dans l'unité, elle confiera qu'elle est triste d'avoir perdu un garçon mais retrouve la sensation de la chaleur du cordon sur son ventre après l'accouchement. (début d'un deuil phallique). Quelques temps après, Maria proposera spontanément de présenter son bébé à sa mère et sa demi-soeur et la semaine d'après à sa belle famille.

CINQUIEME SEMAINE: Maria s'installe dans l'unité et le temps s'écoule plus paisiblement. Un petit groupe de trois patientes se forme et les plaisirs d'échange entre elles sont évidents.

Maria nous a dit souvent qu'avant de quitter l'unité, elle voudrait finir de régler ses comptes: Elle envisage de se marier après l'été. Mais elle ne veut pas que son beau-père la conduise devant le maire et que Lila l'appelle Papi. Elle a entrepris de lui écrire une lettre. "C'est trop facile de ne pas me protéger des attouchements de son propre frère, d'exiger que je sois parfaite, de me frapper et ensuite de venir faire le gentil grand-père". Mais elle ne se résout pas à la poster. Attouchements? Nous faisons le lien avec son attitude d'insistance au nettoyage du sexe de Lila souvent rougi et irrité. Elle fait d'elle même le lien après que nous l'ayons pensé. Elle se sent gênée, le dit et confesse que si le frère de son père l'a abusée, c'est aussi qu'elle avait été curieuse, curieuse et séduite par cet homme gentil et affectueux avec elle. Mais ensuite, elle n'avait pas su dire non ou stop, en avait parlé à son beau-père. Celui-ci ne l'a pas écouté. Maria a posté la lettre et accepté de poser une date pour mettre fin à l'hospitalisation complète et commencer à penser à l'hospitalisation de jour.

Il nous semble que la crise est à peu près dépassée, mais le problème va être de réintégrer tous les acquis dans la vie courante.

QUATRIEME ACTE

L'hospitalisation de jour, trois fois la semaine vient après 10 semaines de temps intra. Plusieurs points de la personnalité de Maria ré-apparaissent: ils sont portés par différents ressentis diffractés entre les soignants. Nous en faisons la liste et ensuite, reprenons ces points avec Maria en entretiens conjoints.

- La maman négligente, presque hostensiblement: elle n'attache pas Lila dans le cosy, au bain, elle se retourne et laisse Lila sous l'eau. Lila regarde l'infirmière au travers de la surface de l'eau, l'infirmière crie "attention! Lila boit la tasse!". Maria répond, détachée, "Oh, elle est prête pour les bébés nageurs!" Lila sortie de l'eau est calme, mais après un temps, elle se met à crier très fort. Maria ne la console pas, irritée, elle cherche à la coucher. (nous nous demandons s'il s'agit de haine névrotique pour le bébé, ou bien simplement d'une identification archaïque à une mère négligente. Nous savons que la mère de Maria n'inspire pas du tout confiance à Maria qui ne veut pas lui confier sa fille du fait d'un alcoolisme critique.

- L'adolescente: le couple est allé à la fête jusqu'à 4 heures du matin. Lila est restée dans une pièce à côté et "ne les a pas dérangé". Maria ne veut plus venir que deux fois par semaine. Elle provoque les infirmières les plus jeunes en leur faisant peur et en triomphant d'avoir un bébé devant elles.

- La mère un peu perverse qui utilise sa fille pour régler ses comptes avec les autres, sa belle mère, sa mère, son beau-père etc. Nous faisons le lien avec la plainte du début de la consultation où Maria montre qu'elle se sent enfermée dans une position meurtrière vis à vis du bébé.

- La maman coupable: Maria a demandé à plusieurs reprises, en pleurs, à sa fille de lui pardonner de la faire souffrir. (travail de l'angoisse dépressive).

- La maman très dérangée par les soins au sexe de Lila. Maria vit des flashes très dérangeants pendant qu'elle fait les soins de siège à Lila ou quand elle la porte à cheval sur le bras.

Nous nous demandons quelle part de maternalité va être plus forte chez Maria: nous décidons de la "tenir dans le cadre de soins" et l'interroger sur ce que Lila lui fait sentir: bons moments comme refus, soutenir sa perception objective, quitte à la renvoyer à ses conflits internes travaillés en entretiens personnels.

Du côté de Lila, l'actualité porte sur la relation un peu distante et méfiante: elle tète un peu à distance du corps de sa mère et la regarde par moment de manière interrogative. L'infirmière imagine "A quelle maman ai-je affaire aujourd'hui?" (soutien de la pensée de Lila). A d'autres moments, Lila est dans des refus très nets, arc boutée. (Continuer à être présent en soutien visuel pour elle).

Nous proposons de commencer le passage à la nutrition diversifiée, pour aider Lila à construire une séparation des espaces psychiques entre elle et sa mère.

Nous connaissons aussi une Lila ravie qui jargonne et chante pour son papa, mais aussi pour sa maman: elle peut la chercher intensément, la trouver, se nicher et fuir. (attachement sécuritaire en cours d'installation).

EPILOGUE

Maria avait pensé que cette aventure avec Lila avait été trop pénible pour envisager d'autres enfants. Maintenant, elle imagine que peut être elle va changer d'avis plus tard.. Nous nous préparons à lui dire au revoir, à elle et à Lila , mais présumons que nous voulons continuer les soins sans poser de date de cloture..... C'est elle qui décide de nous quitter juste avant la fermeture d'été. Comme je l'ai dit, Lila a 9mois...

Gilles Catoire, le HOME, Octobre 2013