

PER 3

Cours du 23 mars 2016

Sarah Bydlowski

Le Centre Alfred Binet où nous nous sommes amenés à rencontrer des enfants et leurs familles appartient à une association « à but non lucratif » (loi de 1901) et « reconnue d'utilité publique », l'Association de Santé Mentale pour le 13^{ème} arrondissement. L'ASM 13 est fondée en 1958 par Serge Lebovici, René Diatkine et Philippe Paumelle (psychiatre d'adultes) avec le pari de mettre la psychanalyse au service d'une psychiatrie publique de proximité – dite « de secteur » - rompant avec les pratiques asilaires de l'époque. Les maîtres-mots de ces fondateurs sont la proximité des équipes psychiatriques avec la population et la continuité des soins, prenant alors le contre-pied de la ségrégation des malades mentaux, du centralisme et de l'éloignement des gigantesques hôpitaux psychiatriques départementaux. Le dispositif de soins se doit d'être à échelle humaine, installé dans le quartier même où vit la population à qui il s'adresse, et de tisser des liens étroits avec la communauté et les partenaires de l'enfance (écoles, PMI, crèches, médecins libéraux, ASE, mairie, etc.).

Le « 13^{ème} » est, encore aujourd'hui, un endroit un peu privilégié pour des raisons historiques : ses fondateurs ont su réunir des moyens matériels et humains considérables pour inventer une expérience « pilote » de psychiatrie publique de secteur dont le principe est ensuite généralisé à l'ensemble de la France. Ce lieu a été un creuset où un important travail théorique a été produit ; il en reste de nombreuses traces dans les œuvres de grandes figures qui ont bâti et fait vivre cette institution. **Particularité de liens et d'élaborations communes dès l'origine entre psychiatres d'adultes et d'enfants, dont l'illustration clinique que j'ai choisie de vous présenter témoigne.**

Au centre Alfred Binet, l'intérêt de nos interventions qui impliquent les parents, l'extérieur, et de nos entreprises thérapeutiques qui recrutent le concours de plusieurs membres de l'équipe est peut-être de soumettre cet ensemble à un travail d'élaboration psychanalytique allant au-delà des frontières de la cure analytique. L'expérience du travail psychiatrique, tel que nous le concevons au Centre Alfred Binet, est aussi le travail d'une équipe

pluridisciplinaire, animée par des analystes qui accueille les familles : l'assistante sociale qui coordonne la consultation et les liens avec nos partenaires extérieurs de la petite enfance, le rôle précieux dans les liens avec les familles de la secrétaire, le travail de la psychomotricienne, le rôle de l'orthophoniste dans le travail thérapeutique pour l'installation du langage, celui des thérapeutes qui soignent l'enfant en individuel ou en groupe. Ce travail à plusieurs permettra aux parents d'établir des relations multiples et différenciées avec les divers membres de l'équipe. Nous sommes ainsi souvent conduits à nous confronter à des situations pleines de bruit et de fureur, déroutantes, décourageantes, qui nous font douter de nos capacités professionnelles. Les capacités maternelles de notre accueil, de notre écoute, comme les capacités paternelles de nos interventions thérapeutiques peinent difficilement, dans bien des cas, à se frayer un chemin pour tenir le cap des soins.

Notre travail à Binet a choisi de tourner le dos à toute sélection du bon grain de l'indication psychothérapique de l'ivraie psychiatrique. Il se refuse, par exemple, à récuser pour un travail psychanalytique les enfants porteurs de troubles lourds et complexes, les enfants issus de familles aux prises avec des problèmes multiples. Partout où l'inconscient et la sexualité infantile se manifestent, c'est-à-dire dans l'ensemble de la vie psychique, ils doivent faire l'objet d'une écoute, loin de tout impérialisme psychanalytique. Nous y voyons une extension du champ d'application de la méthode analytique au bénéfice de populations, au titre de la mission de secteur confiée à nos équipes mais on peut y voir aussi le champ d'approfondissement et d'extension de la théorie psychanalytique elle-même.

Le travail thérapeutique précoce, tel que nous le pratiquons au Centre Alfred Binet avec les enfants de moins de 30 mois que nous recevons dans le cadre de la « consultation parents-bébé », repose beaucoup sur les interactions dans lesquelles nous sommes impliqués avec les parents et leur jeune enfant.

Dans ce champ clinique, nous sommes conduits à prendre la mesure de l'importance de l'objet primaire, de la dimension du maternel et du rôle de l'objet externe. Ce sont les défaillances de cette première structuration qui ont conduit à se préoccuper de la pathologie précoce qui implique à la fois le maternel et le paternel « indissociables, tous deux aussi facilement violents et

destructeurs que structurants et sources d'énergie créatrice » (Christine Anzieu-Premmereur). Pour l'analyste, il ne s'agit ni de sollicitude maternelle, ni d'un simple partage d'affect : il doit être capable de supporter la régression, le défaut de représentation, la violence, sans se précipiter sur une interprétation ou une intervention « réparatrice ». Il doit être « transformable » pour que des représentations naissent à partir du contre-transfert, dans un travail de métaphorisation. Les entreprises thérapeutiques menées par des psychanalystes dans le champ de la psychiatrie de l'enfant, en particulier celui de la pathologie précoce, ne sont à l'évidence pas un traitement comportemental, pas plus qu'un simple partage empathique.

Des questions contemporaines de plus en plus fréquentes : les situations d'AMP et leurs technologies médicales de plus en plus complexes et parfois interdites en France. Un champ d'exploration nouveau au CAB

La fertilité humaine résulte d'une étroite intrication entre fonctions biologiques et psychiques de l'individu, s'opposant souvent à l'illusion encouragée par les progrès récents de la médecine d'une maîtrise possible des processus de procréation. Le système reproductif et la fécondité sont d'une grande sensibilité aux mouvements émotionnels, le désir d'enfant s'enracinant profondément dans l'inconscient de chacun. Dans certaines situations, l'infertilité peut même être comprise comme une mesure défensive active de l'organisme face à l'éventualité négative que représenterait la grossesse : des représentations inconscientes infiltrent le projet d'enfant et peuvent le faire échouer, plus ou moins durablement. Ces dernières inhibent des grossesses ardemment souhaitées, en précipitent d'autres non programmées, éclairant le sens du désir profond, souvent inconnu, qui entre parfois en contradiction avec le vœu d'enfant, consciemment déclaré. Cette défense psychique, au service de l'économie inconsciente du sujet, s'installe avec d'autant plus de force qu'après l'âge de trente ans, l'impulsion biologique faiblit. Les praticiens de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) se trouvent de fait confrontés à certaines situations d'infertilité qui restent inexplicables et à des projets d'enfant qui résistent au projet affiché de certains couples.

L'infertilité est aussi en elle-même, lorsqu'elle se prolonge, source de souffrance et d'angoisse. Le chemin pour devenir parent est long, pénible, semé d'embûches : le découragement est possible, mais aussi une

persévérance excessive, voire un certain acharnement. « L'enfant qui ne vient pas est l'objet d'un besoin tenaillant qui pousse à l'activisme médical », parfois même au tourisme procréatif, certains couples et les professionnels qui cherchent, souvent dans un climat d'urgence, à les aider à réaliser leur souhait. L'insistance, parfois extrême, de ces couples témoigne de la douleur morale qui les saisit. Il s'agit, dans certains cas, d'un mal de vivre antérieur à l'infertilité, d'une souffrance qui préexiste et déborde la demande d'enfant. Le caractère obsédant de ces préoccupations, qui ramène sans cesse aux thèmes conflictuels de la sexualité, de la filiation, envahit tout le champ psychique, et témoigne d'une vive blessure narcissique : la gestation qui se dérobe paraît l'étape la plus désirable qui soit, une nécessité vitale, une indispensable transmission de soi. Le caractère narcissique de cette souffrance explique certaines plaintes revendicatives, pressantes ou transformées en rage impuissante à l'égard des praticiens, où désir, demande et besoin d'enfant tendent à s'entremêler. Le risque étant que l'enfant devienne davantage objet de revendication que sujet du désir de ses parents. L'enfant n'est pourtant pas le traitement idéal de la stérilité, qui devrait d'abord être celui de la souffrance psychique associée. L'enfant médicament de la souffrance dépressive de ses parents, risque d'être accueilli comme un malentendu qui peut conduire à des troubles de la relation précoce.

Cette angoisse dépressive touche de façon plus aiguë les femmes, car l'homme, sauf trouble de la sexualité associé, s'il se désole de ne pas voir venir un enfant, souffre moins dans sa chair que dans sa lignée. En raison de la distance qui sépare l'homme du biologique, de l'incertitude ontologique universelle sur la paternité ne pouvant se soutenir de l'évidence physique de la gestation, les questions de filiation se traitent, chez lui, sur un plan plus mentalisé. La paternité est le fruit d'une conquête intérieure et d'instantanés partagés avec l'enfant, qui peu à peu lui permettent de se convaincre de la validité et de la réalité de son lien de filiation. Mais, si l'humanité s'accommode depuis toujours des doutes entourant l'engendrement paternel, le secret de la stérilité masculine se révèle bien souvent pesant pour la filiation et le lien à l'enfant, stérilité et impuissance étant souvent prises dans une relation d'équivalence pour le psychisme masculin, rendant sa reconnaissance et son acceptation parfois douloureusement problématique.

Des questions particulières liées au don d'ovocytes

En France, depuis une vingtaine d'années, le don d'ovocytes, anonyme et gratuit, permet aux femmes infertiles présentant un dysfonctionnement ovarien et à celles qui risquent de transmettre une maladie génétique pour laquelle un diagnostic préimplantatoire n'est pas autorisé, de donner naissance à un enfant. En réalité, en raison du faible nombre de dons et d'une attente parfois très longue, des couples de plus en plus nombreux se tournent vers des pays étrangers, dont l'offre est plus ou moins encouragée et régulée par les praticiens de l'AMP et le système d'assurance maladie français. Les situations se présentent de façon très diverse, intriquant les problématiques de l'infertilité et des questions éthiques parfois complexes, plus ou moins énoncées par les patients. Il s'y ajoute les problématiques psychiques particulières à la grossesse et à la construction du lien à l'enfant à venir, ainsi engagées.

Au travers de la pratique du don d'ovocytes et de la grossesse pour autrui, des questions, jusque-là inédites, se trouvent ouvertes sur l'origine de la maternité : la mère n'est plus nécessairement ou plus seulement celle qui accouche. Le lien de filiation biologique n'est ni nécessaire ni suffisant pour être parent : la construction de la parentalité s'appuie aussi sur d'autres composantes de l'investissement parental et du socius (filiations narcissique et instituée). Mais, la représentation maternelle supporte mal le clivage. Contrairement à ce qui se joue de façon ancestrale pour le père, plus facilement distingué dans ses rôles biologique et éducatif, la dissociation entre mère génétique et mère porteuse de la gestation est souvent plus difficilement traversée.

Les femmes en attente d'un don, comme de nombreux professionnels de la santé, minimisent souvent l'importance de la rupture de la filiation génétique, la grossesse est espérée et attendue comme susceptible de fournir réassurance et restauration narcissique qui les aidera à se sentir mère, à vivre l'enfant comme étant sien. Mais, cette insistance, des receveuses comme des donneuses, sur l'importance de la grossesse propre à effacer toute trace de la réalité antérieure et des souffrances associées, ne peut qu'interroger sur les angoisses qu'elle tend à masquer. Quand une grossesse survient, le processus « d'adoption psychique du bébé » paraît souvent plus aléatoire qu'en situation

ordinaire de gestation, mais aussi plus complexe et laborieux qu'en cas de don de sperme, n'engageant pas les mêmes représentations et plus facilement surmonté par les futures mères.

Le temps de la grossesse permet à la mère, qui plonge nostalgiquement dans l'histoire de ses tout débuts, souvenirs anciens et souvent effacés, d'accueillir des représentations intimes de l'enfant qu'elle attend, de projeter des images familières qui réduisent son étrangeté. Si tout enfant est un étranger familier pour ses parents, la réalité du don d'ovocytes vient en cristalliser l'inquiétante étrangeté. Au cours de la grossesse, après la naissance, parfois de longues années plus tard, resurgissent parfois des angoisses associées à la part génétique étrangère de l'enfant. Cette part d'inconnu, souvent difficilement accueillie, peut réapparaître à tout moment conflictuel avec l'enfant ou du couple, réactiver la souffrance associée à la stérilité, et risque d'entraver profondément la construction des relations à l'enfant.

Rares sont les études réalisées auprès de femmes enceintes après don d'ovocytes. Elles rapportent des grossesses se déroulant sereinement grâce au « déni » de la stérilité et du recours au don, des relations parents-enfants de bonne qualité, un développement socio-émotionnel des enfants normal, et des parents satisfaits dans leur rôle. Mais, leurs limites méthodologiques par l'utilisation exclusive d'auto-questionnaires incitent à nuancer leurs conclusions : les parents évitent d'autant plus d'exprimer leur ambivalence qu'ils se sentent en dette vis-à-vis des équipes médicales, comme des donneuses.

Des travaux plus qualitatifs montrent que l'avènement de la grossesse qui suit un don d'ovocytes, le ventre qui s'arrondit, symbole extérieur de fécondité et de puissance phallique, permettent de contre-investir une représentation féminine dévalorisée par l'infertilité. Mais les craintes demeurent : peur que l'enfant ne leur ressemble pas, qu'il ne puisse les reconnaître comme mère. Les représentations associées à la figure de la donneuse, autant salvatrice que rivale, expriment également l'ambivalence. Paradoxalement, la réussite du don est parfois vécue comme venant confirmer la toute-puissance de la donneuse, avec laquelle le compagnon a d'une certaine façon conçu l'enfant, éclairant de façon écrasante la réalité de l'infertilité. La donneuse apparaît également comme une menace qui pourrait

s'attribuer la maternité de l'enfant, réactivant la crainte de ne pouvoir être considérées comme des « mères à part entière », mais aussi le fantasme d'avoir volé l'enfant d'une autre femme et l'angoisse d'être rejetées par l'enfant qui pourrait souhaiter retrouver sa « mère génétique ». Ces attaques narcissiques sont d'autant plus vivaces qu'elles entrent en résonance avec des représentations de leurs propres mères toutes-puissantes, rivales et hostiles.

Après la naissance, les aléas de la rencontre avec le nouveau-né sont amplifiés par la situation du don. Souvent, seule l'idéalisation de l'enfant constitue un aménagement permettant d'atténuer l'inquiétante étrangeté et la déception de n'avoir pu lui transmettre sa filiation génétique, laissant peu de place aux aménagements de l'ambivalence. La relation à l'enfant fait, par excès d'idéalisation, l'objet d'un surinvestissement conduisant à une difficulté à supporter les moments de séparation. Le couple de parents est plus facilement en conflit autour du bébé, en difficulté pour se coordonner, dans une ambiance de compétition qui tente de masquer les craintes d'exclusion de la jeune mère.

Ainsi, la complexité du travail psychique de l'expérience du don, associée à celle de l'infertilité, s'introduit-elle au sein des remaniements psychiques de la grossesse et de la construction de la parentalité. L'avènement de la gestation et la naissance soutiennent parfois cette élaboration. Ils constituent néanmoins des facteurs de fragilisation des aménagements déployés avant la grossesse pour contourner les angoisses associées au don. Ceci peut expliquer là encore certaines demandes inopinées d'interruption de grossesse, mais aussi des situations de décompensations psychologiques périnatales.

Quelles propositions thérapeutiques ?

Plus les demandes d'AMP émanent de situations existentielles extrêmes, plus elles révèlent des personnes fragiles. Le traitement des situations d'infertilité ne devrait pas se limiter à proposer des innovations techniques sans simultanément entreprendre une prise en charge relationnelle visant à l'apaisement de ces patients. L'accompagnement de la souffrance permet non seulement d'humaniser des protocoles contraignants, mais aussi de donner accès à la problématique intime de la fertilité et de ses aléas, d'aider à contenir ses impasses et à cultiver de nouvelles sublimations : sublimation du désir d'enfant conduisant certains à faire le choix d'adopter sans malentendu un

enfant abandonné, ou création quelle qu'elle soit, issue parfois positive d'un traitement psychothérapique.

En France, lorsque les couples s'engagent dans la procédure de don d'ovocytes, il leur est proposé de rencontrer un psychologue ou un psychiatre. Mais, lors de ces entretiens, souvent uniques et s'inscrivant dans la « procédure d'agrément pour le don », l'ambivalence à l'égard du projet d'enfant est souvent impossible à exprimer, du fait de la pression à laquelle ils se soumettent pour être conformes aux exigences du protocole.

Une collaboration étroite entre gynécologues et psychologues ou psychiatres, notamment pédopsychiatres, ne participant pas à ce protocole d'agrément, proposée comme un lieu tiers de réflexion distinct des investigations médicales, peut permettre de sortir de cette impasse. Il importe que cette collaboration offre une vraie possibilité de réactivité de la part du consultant « psy », parfois même en urgence. En outre, le fait que le psy soit un professionnel rompu aux questions de filiation est un atout qui nous semble primordial, tant pour la facilité qu'il offre ainsi au collègue gynécologue pour l'adresse que pour le type d'écoute qu'il pourra engager, et qui va figurer les questions que se posent le couple ou la patiente à ce sujet, quelle que soit la réponse médicale apportée par ailleurs. Cette proposition est, dans notre expérience, reçue d'une façon qui paraît moins déconcertante qu'il n'y paraît au premier abord et permet aux patientes et à leurs conjoints une réflexion sur l'enfant qu'ils s'apprêtent à attendre ou attendent déjà.

La question qui se pose très vite est celle de l'urgence de la lutte pour la levée du symptôme. Confronté seul à un ou une patiente infertile, le médecin est amené à répondre par un acte excluant tout naturellement la dimension de l'échange de paroles libres qu'il considère comme n'étant pas de l'ordre de sa compétence. L'urgence du patient se transmet au médecin qui tend à multiplier les explorations dans un minimum de temps. Cette collaboration avec le pédopsychiatre permet de temporiser, d'étaler les consultations sans chercher à faire céder la stérilité à tout prix. La conséquence de cette attitude est qu'elle permet de réintroduire une temporalité que le patient essaie souvent d'annuler.

Au travers de ce dispositif, des remémorations oubliées jusque-là reviennent au patient, des liens se tissent entre les événements, les émotions du passé et l'infertilité actuelle. L'inhibition défensive qui scelle la non-conception baisse parfois la garde. Ces consultations sont souvent trop tardives au regard de l'horloge biologique, mais le renoncement à la maternité peut parfois s'accomplir dans un climat plus serein ou permettre un meilleur accueil de l'enfant quand il survient. En effet, la satisfaction ressentie par les femmes lorsque le projet d'enfant se réalise ne doit pas masquer la complexité de la démarche du don d'ovocytes, soulignée plus haut, et la fréquente nécessité d'un accompagnement psychologique. En effet, les aléas de l'AMP sont nombreux pour la relation précoce mère-enfant, notamment quand elle dissocie totalement la conception de la sexualité du couple ou qu'elle confronte les femmes à la difficulté de se sentir mère de l'enfant qu'elles portent.

D'être confronté à la stérilité, de recourir aux techniques d'AMP, conduit à penser plus que d'autres la parentalité, la filiation, la reproduction, la sexualité. Certains y voient alors le risque de se sentir des « parents artificiels ». Il est vrai que ni l'histoire du couple, ni la biologie de la reproduction, ne permettent de répondre totalement à l'insistance de ces interrogations. Mais nous pensons qu'ainsi conçu en travail commun étroit, le soutien des réflexions de ces futurs parents sur leur filiation, leur parenté en rêverie et construction, constitue une chance pour l'enfant à venir. Parfois bien en amont de la grossesse, certaines femmes, certains couples, engagés dans une démarche d'AMP commencent ainsi à tricoter leur « layette psychique » augurant du meilleur pour la rencontre avec le bébé dans sa réalité.

Illustration de ces enjeux, du travail de collaboration dans le 13^{ème} entre psychiatrie d'adulte et l'équipe de la consultation parents-BB du CAB au travers de quelques consultations d'un bébé et de ses parents

Marie est âgée de 7 mois quand elle nous est adressée sur la consultation parents-bébé du Centre Alfred Binet, par sa pédiatre.

Nous avons rencontré cette dernière quelques jours plus tôt à l'occasion d'une soirée que nous avons organisée, et au cours de laquelle nous avons présenté notre fonctionnement et avons parlé de notre préoccupation pour les

nouvelles formes de conception par AMP dans leurs conséquences pour la construction du lien entre le bébé et ses parents.

La pédiatre est inquiète pour ce bébé et son contexte familial, dont elle précise immédiatement qu'elle est issue d'un don d'ovocytes. Dès leur retour de la Maternité, mère et bébé ont été séparées en raison d'une hospitalisation maternelle en neurologie pour des vasospasmes des artères vertébrales responsables de céphalées intenses, ayant débuté une heure après son arrivée à la maison. Au cours de ces premières semaines, les grands-parents maternels (le GPM et la belle-mère) s'occupent de Marie qui rend régulièrement visite à sa mère à l'hôpital. Le père est présenté comme un homme très occupé par son travail dans la finance, ayant peu de disponibilité pour sa fille.

Marie reste par la suite à la maison avec sa mère jusqu'à ses 3 mois et demi, date à laquelle cette dernière reprend son travail très investi par elle. Marie est alors confiée à une nourrice avec laquelle un lien de qualité s'établit. Malgré les réticences de la pédiatre à l'instauration d'un nouveau mode de garde, la mère de Marie l'inscrit en crèche deux mois plus tard. La mère est alors réhospitalisée en neurologie devant une recrudescence des mêmes symptômes qu'au moment de la naissance.

Parallèlement à cette discontinuité de soins maternelle, Marie présente des épisodes infectieux d'origine virale, ayant occasionné plusieurs passages aux urgences. L'inquiétude maternelle est grande et Marie se réveille plusieurs fois par nuit, alors que son sommeil était de bonne qualité jusque-là. La mère confie à la pédiatre qu'elle traverse des crises d'angoisse importantes pour lesquelles elle est suivie par un psychiatre ; elle se rend régulièrement aux urgences pour elle-même. Elle se dit épuisée et peu soutenue par son mari.

Marie est décrite comme une petite fille de 7 mois joyeuse qui se développe bien, mais qui réclame la présence régulière de quelqu'un tout auprès d'elle à la crèche, où elle ne bénéficie d'aucune référence stable.

Marie et sa mère sont rapidement reçues à Binet à la suite de ces échanges. Dès le début de la consultation, la mère nous précise que c'est une petite fille née par don d'ovocytes car ils avaient épuisé toutes les tentatives possibles auparavant. Elle raconte que c'est la 14^{ème} tentative qui a marché, après 5 années de traitements divers d'assistance médicale à la procréation. Elle dit

avec fierté avoir été très heureuse car elle avait un beau bébé de 4 kg, né par voie normale, mais précise que c'est sans doute la naissance par voie basse qui a provoqué le spasme de ce qu'elle nomme un accident vasculaire cérébral.

De sa petite fille, la mère nous dit que ce qui la caractérise est qu'elle est extrêmement souriante : « elle rigole toute la journée ». Elle répète à plusieurs reprises au cours de la consultation qu'elle ne la trouve pas dans son état normal aujourd'hui : « d'habitude elle rigole beaucoup plus ». Nous lui faisons observer que la situation est tout à fait nouvelle pour elle : se trouver sur un tapis par terre avec une dame qu'elle ne connaît pas et que son absence de sourire nous paraît plutôt de bon aloi. La mère en convient et raconte qu'elles sont allées deux fois aux urgences du fait de ce qui semble être une certaine agitation chez Marie. Elle est tombée d'un lit très haut et une fois à la crèche où l'on dit d'elle qu'elle est une fonceuse. Effectivement, pendant la consultation, Marie se rapproche de la table et essaie de se hisser, sa mère dit qu'elle sait se mettre debout. Voyant qu'elle se met en danger, qu'elle va se cogner, qu'elle va tomber, nous proposons de nous mettre par terre avec Marie, puis que l'on allonge Marie sur le tapis. C'est une position que Marie refuse aux dires de sa mère. Effectivement, elle commence à se tortiller pour se remettre sur le ventre, à 4 pattes sur ses genoux. C'est seulement quand nous posons notre main sur son ventre que Marie pourra alors écouter les paroles que nous lui adressons, nous regarder avec une certaine intensité, et adopter alors une position plus apaisée. Progressivement, son agitation laisse la place à une exploration plus tranquille des jouets et sa mère pourra dire qu'elle ne l'a jamais vue comme cela.

Dans ce moment d'apaisement, la mère dit alors qu'elle est venue sur les conseils de la pédiatre, mais que sa mère et sa belle-mère trouvent que Marie va très bien, qu'il est normal qu'un bébé se réveille jusqu'à 8 fois par nuit.

Elle dit être elle-même très angoissée depuis son enfance, avoir rencontré de nombreux psychiatres, avoir suivi diverses psychothérapies et prendre des antidépresseurs depuis l'âge de 15 ans. Elle n'a pas allaité Marie étant sous traitement lors de la naissance.

Peu à peu s'exprime une certaine déception à l'égard de son compagnon, très occupé par ses activités professionnelles et s'impliquant peu dans les soins du

bébé. Elle précise qu'il a une très bonne relation à sa fille, qu'il aime « rigoler avec elle », terme qui revient à plusieurs reprises, laissant entrevoir la mission antidépressive de cette petite fille auprès de sa maman et plus largement dans sa famille.

Nous discutons longuement des capacités d'apaisement propres de Marie. Sa mère dit être contrainte de la bercer le soir pour l'endormir, elle pense qu'elle vit dans un environnement trop excitant et elle-même se définit comme très speed, pouvant se montrer parfois très énervée de ne pas réussir mener à leur terme les soins à son bébé selon le rythme qu'elle souhaiterait.

Nous sommes à la veille des vacances d'été et proposons plusieurs RDV pour les semaines qui suivent. Dans l'intervalle, nous restons sans nouvelles, et apprenons par la pédiatre que la mère est hospitalisée à la polyclinique du département adulte du 13^{ème}, très inquiète de l'épuisement et de l'amaigrissement de la mère, dans l'incapacité de s'occuper de son bébé.

Au cours de son hospitalisation à la Polyclinique

Les collègues de psychiatrie adulte sont d'emblée frappés chez cette jeune femme d'une trentaine d'années par son extrême maigreur et sa grande pâleur. A son entrée, elle hoquette d'angoisse, ses mains tremblent, et tout son discours tourne autour de ses sentiments d'impuissance et d'incapacité à s'occuper de sa fille. Elle pense ne plus rien pouvoir faire dans sa vie qu'elle qualifie de « parfaite » jusqu'alors, « si on met de côté les angoisses de l'enfance et l'anorexie ». Ce terme de « parfait » revient régulièrement pour qualifier : sa vie, sa fille, son travail, son mari, sa famille. Elle estime avoir été une mère parfaite quand elle a retrouvé sa fille après son hospitalisation à la naissance, tentant avec volontarisme de rattraper le temps où elles avaient été séparées.

Les tentatives de parler des sentiments et des pensées sont vouées à l'échec : la patiente n'écoute pas, interrompt, insiste sur ses demandes de médicament, comme si l'écoute et la parole n'avaient aucun intérêt, ne pouvaient rien lui apporter.

Emerge un discours de colère contre son mari et son beau-père : « chez eux, c'est marche ou crève » ; « ils ne comprennent pas qu'on puisse avoir des

angoisses ». « Ils ne me voulaient pas comme belle-fille, et mon beau-père pense que j'aurais dû réfléchir avant d'avoir un enfant, et je pense qu'il a raison ». Alors qu'elle est au plus mal, la mère évoque leur projet d'un deuxième enfant. Le couple a plusieurs embryons congelés et ils souhaitent rapidement suivre un nouveau protocole de don d'ovocytes.

Elle raconte être très soutenue par sa propre mère, lui permettant notamment de ne pas s'occuper de sa fille. Elle dit avoir besoin d'être accompagnée dans tous les soins, se sent à distance, indifférente, « comme un morceau de bois ». Elle éprouve une culpabilité massive de se sentir si en difficulté avec sa fille et demande à être protégée d'idées suicidaires qui l'envahissent. Ses propres parents se sont séparés dans sa petite enfance ; elle dit avoir alors ressenti cette « même gêne dans la gorge » ; elle en parle comme une toute petite fille. Elle présente sa propre famille de façon très idéalisée : « maternante, sensible ». L'accouchement de sa propre mère a été traumatique, sa mère ayant failli mourir d'une hémorragie de la délivrance.

La mère rapporte un passé d'anorexie mentale et une première hospitalisation 5 ans auparavant à la Polyclinique pour un intense état d'angoisse. A l'époque, elle est déjà en couple avec son mari, qu'elle connaît depuis l'adolescence, ils viennent de déménager pour un appartement plus grand dans un contexte de projet de grossesse. Elle est alors envahie par des idées suicidaires pour mettre fin à sa souffrance qui concerne essentiellement l'avenir et son projet de bébé.

Pendant cette hospitalisation, le grand-père maternel et sa compagne prennent soin de Marie chez eux en banlieue parisienne. La mère rend visite à sa fille lors de brèves permissions dont elle ne peut dire grande chose : « ça s'est très bien passé », mais rapporte ressentir à nouveau cette gêne insupportable au ventre et à la gorge dès qu'elle se trouve en présence de son bébé, à la maison.

Après plusieurs semaines d'hospitalisation, des fluctuations majeures de l'angoisse et de l'humeur sont toujours présentes et difficiles à apaiser. Un projet de départ en vacances en famille est annulé à la dernière minute et conduit à une décision de mise à distance de la mère de sa famille par l'équipe pour quelques jours. Elle peut alors parler avec un peu plus d'apaisement de sa grande difficulté à être en relation avec sa fille, elle dit beaucoup s'activer pour

éviter d'y faire face, et laisse apparaître un fonctionnement opératoire dans l'interaction avec son bébé.

Elle est finalement hospitalisée pendant 1 mois et demi, puis poursuit sous forme de consultations pluri-hebdomadaires tout au long de l'été. Persistent d'importantes angoisses qu'elle ressent corporellement, de grandes difficultés au lâcher prise ; elle est terrifiée de ne pouvoir reprendre son travail dès la rentrée des vacances. Elle est très ambivalente à l'idée de prendre son traitement pour calmer cette anxiété qui occupe l'essentiel de son discours, tout en attendant une réponse quasi magique des médicaments. Elle exprime progressivement ses angoisses devant les pleurs de son bébé et son idée qu'elles prennent probablement la place de la colère qu'elle ne s'autorise pas à ressentir. En dépit de son mal être physique, elle s'inflige plusieurs séances de natation par semaine et consulte différents professionnels : acupuncteur, médecine chinoise, réflexologie, pour tenter de se débarrasser à tout prix de son malaise. Elle semble ne pouvoir faire aucun lien entre son état et sa vie psychique, ce qui lui arrive, la naissance de sa fille, le don d'ovocytes, d'une façon très clivée. Au cours d'une de ces consultations, le père de Marie est également reçu et pourra exprimer toute sa détresse à l'évocation de sa femme s'occupant de leur bébé « comme un robot ».

A la toute fin de l'été, la famille maternelle se mobilise, et Marie et sa mère partent quelques jours en famille, avec le grand-père maternel puis avec la grand-mère. La mère se sent alors mieux, temporairement à l'abri de ses angoisses, malgré des nuits difficiles avec son bébé.

Consultation à Binet au décours immédiat de l'hospitalisation à la polyclinique de Marie et ses parents.

Au cours de cette rencontre, la mère de Marie se présente de façon très opératoire, son discours est peu traversé d'affects, peu mentalisé, si ce n'est par une culpabilité envahissante qui lui laisse peu de place pour sa relation à son bébé. Elle dira en fin de consultation qu'elle souffre de ne pouvoir tout maîtriser, comme à son habitude. Elle parlera du moment où les angoisses sont survenues, vers les 6 mois de Marie, moment d'autonomisation et de subjectivation du bébé qui ne lui ont pas échappé. Elle décrit une sorte de chaos permanent depuis la naissance de son bébé, qu'elle peine à endiguer.

La question du don d'ovocytes semble centrale. Tout au long de la consultation, il sera question de se sentir mère, reconnue par son enfant, alors que rien n'est évoqué de la grossesse et de sa traversée.

Le père est présent, mais soutient avec une certaine réserve les difficultés exprimées par sa femme.

Marie est un beau bébé, au développement harmonieux. Elle est active, précise dans ses manipulations. Très attentive aux mouvements de ses parents, y compris psychiques. Elle recherche leur autorisation et leur assentiment pour se lancer dans ses explorations. Très assurée dans son développement moteur, elle babille et prononce des syllabes.

Marie et sa mère reviennent à la rentrée. Elle perçoit Marie plus câline avec elle et cela l'inquiète tout en lui faisant très plaisir. Elle décrit en termes très coupables qu'elle devrait être heureuse puisqu'elle a tout ce qu'elle pouvait désirer : un mari qui la supporte depuis plus de 8 ans, une enfant dont le médecin lui a dit qu'elle allait bien, ce qui l'a beaucoup rassurée, sa famille qui l'entoure. Elle se sent contrainte de s'en sortir par elle-même, comme par défi, et pense ne pouvoir compter sur aucune des aides qui lui sont proposées qu'elle s'emploie à décliner, tout en apportant toute sa détresse, ses interrogations et ses doutes. Pendant cette consultation, Marie est peu disponible après une longue journée à la crèche et tombe de fatigue.

A la consultation suivante, Marie revient avec ses deux parents. Elle est très éveillée, tranquille, explore avec intérêt les jeux du bureau. Elle prend un temps dans les bras de sa mère avant de se lancer, puis ne se réfugiera plus que dans les bras de son père quand elle en ressentira le besoin, laissant sa mère à ses plaintes et interrogations.

Cette dernière exprime des angoisses encore bien présentes. Elle n'est bien avec sa fille que dans le temps très organisé de la semaine, le WE elle ne profite pas de la situation. Le père s'occupe de sa fille le dimanche. Il se montre assez en retrait pendant la consultation et paraît supporter la situation en montrant une certaine exclusivité avec sa fille, laissant sa femme exprimer doutes et détresse.

La mère revoit sa psychiatre toutes les semaines et court les énergétiseurs, acupuncteurs, et différentes activités sportives ou artistiques pour aller mieux. Elle est très réticente à venir en consultation avec sa fille qu'elle préfère protéger de ses angoisses. Elle dit avoir du travail à rattraper, du fait du retard accumulé au cours de ses diverses hospitalisations et des obligations associées aux soins de sa fille. Elle n'a pas de temps à perdre en consultation mère-bébé, ce qu'elle vit comme une contrainte.

Elles reviennent un mois et demi plus tard. Marie est très affairée dans la salle d'attente avec une cuisinière et proteste quand sa mère veut la prendre dans ses bras pour aller dans le bureau. Elle marche depuis une semaine, ce qui est une source d'enchantement pour sa mère qui la regarde faire d'un air amusé. Cette consultation débute par un moment de plaisir partagé à regarder Marie se débrouiller avec cette situation nouvelle.

Sa mère se dit toujours très inquiète de ce que l'on peut dire de Marie. Cette dernière est très vite à l'aise pendant la consultation ce qui rassure beaucoup sa mère, qu'elle soit à l'aise en société. Marie fait peu appel à elle pour se rassurer quand elle en a besoin, et sa mère se sent bien mieux quand cela survient. Elle se dit immédiatement qu'elle est vraiment sa mère. Elle a tendance à se tourner souvent vers son père et dire non pas maman, mais daddy, car son père lui parle anglais. Elle craint que Marie ressemble beaucoup plus à son père et qu'elle ait un lien privilégié avec lui du fait qu'elle n'est pas sa mère biologique.

Elle évoque un autre enfant que son mari souhaite vivement. Il pense qu'une autre grossesse lui ferait du bien ; un second don d'ovocytes est prévu à l'automne. Ils ont des embryons congelés, que la mère évoque sous le terme du petit frère ou de la petite sœur de Marie. On lui a dit qu'elle pourrait aussi tomber enceinte naturellement ce qui l'inquiète beaucoup, car cet enfant risquerait d'hériter de ses fragilités.

Elle a des interrogations sur le fait que Marie est la seule enfant à la crèche à ne pas avoir de doudou, mais semble chercher à se rassurer en ajoutant immédiatement qu'elle n'en a pas besoin. Quand Marie aura du mal à dire au revoir et à rendre les petites cuillers de la dinette, on évoquera le rôle du

doudou. Nous décidons de rester à disposition, sans imposer de cadre aux rencontres, afin de lui laisser la maîtrise du rythme des consultations.