

*Continuité des soins,
continuité psychique*

Collection « 1001 BB »
dirigée par Patrick Ben Soussan

Des bébés en mouvements, des bébés naissant à la pensée, des bébés bien portés, bien-portants, compétents, des bébés malades, des bébés handicapés, des bébés morts, remplacés, des bébés violentés, agressés, exilés, des bébés observés, des bébés d'ici ou d'ailleurs, carencés ou éveillés culturellement, des bébés placés, abandonnés, adoptés ou avec d'autres bébés, des bébés et leurs parents, les parents de leurs parents, dans tous ces liens transgénérationnels qui se tissent, des bébés et leur fratrie, des bébés imaginaires aux bébés merveilleux...

Voici les mille et un bébés que nous vous invitons à retrouver dans les ouvrages de cette collection, tout entière consacrée au bébé, dans sa famille et ses différents lieux d'accueil et de soins. Une collection ouverte à toutes les disciplines et à tous les courants de pensée, constituée de petits livres – dans leur pagination, leur taille et leur prix – qui ont de grandes ambitions : celle en tout cas de proposer des textes d'auteurs, reconnus ou à découvrir, écrits dans un langage clair et partageable, qui nous diront, à leur façon, singulière, ce monde magique et déroutant de la petite enfance et leur rencontre, unique, avec les tout-petits.

Mille et un bébés pour une collection qui, nous l'espérons, vous donnera envie de penser, de rêver, de chercher, de comprendre, d'aimer.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Continuité des soins, continuité psychique

Dans les traces de Myriam David

Sous la direction de
Pierre Denis

avec

Bertrand Assezat	Catherine Lê Van
Marthe Barraco-De Pinto	Sophie Lhomelet-Chapellière
Maria Bedos	Susanna Miglioranza
Sylvie Bensaïd	Agnès Moreau
Marie-Pierre Blondel	Jean Olaya
Esther Bouquerel-Pham Doan	Regina Orth de Aragão
Isabelle Bretenoux	Christiane Pagenelle
Claire Camberlein	Bruno Rebillaud
Laurette Detry	Lola Veber
Caroline Duguet	Karine de Vion
Hélène Gane	Anita Wents
Françoise Jardin	Dagmar Wienker

1001 BB - Drames et aléas de la vie des bébés

érès

Plusieurs textes réunis dans cet ouvrage ont été produit à l'occasion d'un 5^e vendredi, matinée de réflexion organisée par le centre Myriam-David, le 30 janvier 2009 intitulé : « La continuité, pour quoi faire ? » Ils sont marqués d'un astérisque.

Conception de la couverture :
Corinne Dreyfuss
Réalisation :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-3303-1
Première édition © Éditions érès 2010
33, avenue Marcel-Dassault - 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70/Fax : 01 46 34 67 19

Table des matières

La continuité, pour quoi faire? <i>Pierre Denis</i>	7
PREMIÈRE PARTIE DE L'UNITÉ DE SOINS SPÉCIALISÉS À DOMICILE...	
Depuis l'Unité jusqu'au centre Myriam-David : entretien avec Christiane Pagenelle <i>Propos recueillis par Pierre Denis</i>	15
Entretien avec Françoise Jardin <i>Propos recueillis par Pierre Denis</i>	29
« Où est ma maman? – Qui suis-je? » Continuité psychique, continuité des soins <i>Regina Orth de Aragão</i>	43
Un parcours d'enfance, Théo de 0 à 7 ans <i>Laurette Detry</i>	77
Ces petits riens... <i>Catherine Lê Van</i>	99

Chemin faisant...	
<i>Dagmar Wienker, Bertrand Assezat,</i>	
<i>Esther Bouquerel-Pham Doan,</i>	
<i>Claire Camberlein, Anita Wents,</i>	
<i>Jean Olaya</i>	119

Le rythme : trame de la vie psychique	
<i>Marthe Barraco-De Pinto</i>	153

DEUXIÈME PARTIE

... AU CENTRE MYRIAM-DAVID

Continuité-discontinuité*	
<i>Pierre Denis</i>	163

Le rythme et la voix ou la mémoire d'un lieu	
<i>Hélène Gane</i>	173

Une solution de continuité	
<i>Maria Bedos</i>	189

Quand la discontinuité laisse des traces	
<i>Susanna Miglioranza</i>	195

Hector et le métro*	
<i>Sylvie Bensaïd</i>	209

La continuité pour quoi faire, ou comment faire avec la discontinuité psychique des patients?*	
<i>Agnès Moreau</i>	215

Hector au jardin d'enfants*	
Le temps à tous les temps	
<i>Caroline Duguet, Lola Veber</i>	247

Pa... Pat... Patatras...	
Clinique de l'imprévisibilité	
<i>Pierre Denis</i>	259

Brève de continuité	
<i>Karine de Vion, Bruno Rebillaud</i>	285

Comment s'instaure la continuité des soins en ambulatoire?	
De l'adulte au bébé, du bébé à l'adulte	
<i>Isabelle Bretenoux</i>	299

Continuité et temporalité : un Je d'historien?	
De la naissance d'une autobiographie sans cesse remaniable	
aux dysfonctionnements psychotiques	
<i>Sophie Lhomelet-Chapellière</i>	333

Conclusion	
<i>Bruno Rebillaud</i>	381

La continuité, pour quoi faire ?

Depuis la création de l'Unité de soins spécialisés à domicile¹, son équipe est animée par un souci de continuité dans les soins prodigués aux jeunes enfants et à leur famille. La pérennité des moyens mis en place par Myriam David, tels que l'accueil, les accompagnements, les observations sur le lieu de vie, les visites à domicile et le travail indirect avec le secteur social, en est la preuve.

À quoi répond ce souci de continuité ?

Il s'agit de réaliser les conditions de base d'une rencontre psychothérapeutique – au sens large – à savoir la régularité, la durée et l'unité de lieu. La régularité et l'unité de lieu, en réduisant l'impact

Pierre Denis, psychomotricien, psychologue clinicien, psychanalyste au centre Myriam-David depuis 1983, centre Alfred-Binet (ASM13).

1. En 2005, à l'occasion de ses 30 ans, l'Unité de soins spécialisés à domicile de la fondation Rothschild (Paris 13^e) a été rebaptisée centre Myriam-David.

du monde extérieur, favorisent le déploiement des processus internes. La durée : le temps que la relation transférentielle s'installe, s'élabore et se dénoue.

Certaines familles, qui consultent au centre, n'ont de cesse de mettre à mal ce dispositif, pour des raisons inhérentes à leur histoire, leur fonctionnement psychique et/ou pour des motifs sociaux actuels. Il en résulte, entre autres, une incapacité à maintenir des relations objectales stables.

Or, pour se constituer, le psychisme du nourrisson requiert l'appui sur un objet suffisamment fiable, tant qu'il n'est pas en mesure de faire l'expérience de la séparation. La continuité du sentiment d'existence en dépend. Elle inclut la possibilité de maintenir des investissements libidinaux liés au corps, aux objets et à la pensée. Des défaillances répétées de l'environnement primaire imposent au psychisme naissant le recours à des défenses radicales, sources de déliaison. Elles contiennent un risque de décompensations majeures sur les plans somatique, comportemental et psychique.

Il n'est pas toujours en notre pouvoir de contenir la discontinuité des parents. Parfois, tout au plus réussissons-nous à obtenir leur collaboration et, si nécessaire, à pallier leurs difficultés d'accompagnement. L'essentiel étant d'œuvrer pour que les stratégies défensives qui en découlent ne deviennent pas trop invalidantes pour le fonctionnement psychique

de leur jeune enfant. C'est ce que nous tenterons de montrer tout au long de cet ouvrage collectif.

Tous les auteurs ici réunis ont travaillé ou travaillent encore au centre Myriam-David. Certains sont partis vers d'autres horizons; d'autres n'ont été que de passage. Quelques-uns sont là depuis le début; les plus anciens sont à la retraite. Malgré la diversité des approches, des pratiques et des références théoriques, il devrait se dégager de ce recueil une cohérence témoignant de l'empreinte des idées de la fondatrice de l'institution.

L'ouvrage est constitué de deux parties. J'ai opté pour une répartition un peu arbitraire entre la contribution des ex-collègues et celle des collègues actuels. D'abord parce que certains étaient encore là lors de l'élaboration de ce travail : Christiane Pagenelle et Marthe Barraco-De Pinto. Ensuite, Esther Bouquerel-Pham Doan est du côté des ex en tant que stagiaire, alors qu'elle travaille avec nous depuis peu. À l'inverse Caroline Duguet n'est plus dans notre équipe mais son texte est coécrit avec Lola Veber qui en est toujours. Enfin, il reste des vétérans qui sont des collègues actuels, mais qui ont longuement côtoyé les plus anciens et leur séparation est artificielle.

En principe, si le pari est réussi, il ne devrait pas y avoir de rupture entre les deux parties; question de continuité entre la clinique actuelle et ses prolon-

gements ailleurs, d'une part, entre ceux-ci et leurs attaches d'autre part.

La première partie commence par deux entretiens, l'un avec Christiane Pagenelle qui retrace l'histoire de la maison – continuité oblige –, l'autre avec Françoise Jardin qui nous fait part, entre autres, de sa longue expérience clinique aux côtés de Myriam David.

Ensuite, un article étranger et pourtant familier, d'une pionnière de l'Unité, Regina Orth de Aragão, qui œuvre maintenant en terre brésilienne depuis une trentaine d'années.

Suit un diptyque: une observation de Laurette Detry dans un style fidèle aux premiers travaux de l'Unité. Elle fait aussi part de la manière dont elle a exporté son expérience en Bretagne; Catherine Lê Van opère un retour aux sources, elle travaille maintenant comme puéricultrice adjointe dans une pouponnière appliquant les méthodes de Lóczy, sous la houlette des héritières de Geneviève Appell. Son texte est un manuel de la continuité à l'usage des pouponnières.

La première partie se termine sur une œuvre à six voix pour parler du même enfant, accompagné cinq années durant à ses séances de psychothérapie par des stagiaires – il serait trop long de les citer tous ici – et presque tout ce temps par Jean Olaya. Un exemple de changement dans la continuité!

Marthe Barraco-De Pinto fermera la marche en tendant la main au texte d'Hélène Gane qu'elle introduit.

Pour ouvrir la seconde partie, je propose un point de vue sur la continuité qui prolonge l'introduction de la première et participe d'une réflexion actuelle, récurrente au centre Myriam-David. La continuité des soins a été l'objet d'un 5^e vendredi².

Pour suivre le texte annoncé par Marthe Barraco-De Pinto: de la clinique de groupe avec le travail de Hélène Gane, inspiré par la musique. Maria Bedos continue la réflexion à partir de sa pratique d'orthophoniste, et Susanna Miglioranza nous fait partager son expérience de psychomotricienne avec un jeune enfant carencé.

Vient un triptyque cette fois, avec Sylvie Bensaïd qui amène avec légèreté le récit d'Agnès Moreau: l'accompagnatrice et la psychothérapeute. Récit d'un traitement chaotique et de l'élaboration de la relation transféro-contre-transférentielle. Caroline Duguet et Lola Veber complètent le tableau avec le

2. Les 5^e vendredis sont des matinées de réflexion organisées par le centre Myriam-David ouvertes aux professionnels de la petite enfance. Les présentations faites à ces occasions seront bientôt publiées annuellement dans la collection « 1001 bébés ». Plusieurs textes ici réunis ont été produits à l'occasion de la matinée du 30 janvier 2009 intitulée: « La continuité, pour quoi faire? » Ils sont marqués d'un astérisque.

«jardin d'enfants thérapeutique». De la continuité transversale!

Je prends le relais avec une psychothérapie d'un style différent mais tout aussi laborieuse tant la discontinuité de l'environnement pèse sur l'enfant concerné, avant de passer la plume à Karine de Vion et Bruno Rebillaud qui traitent, de concert, d'une consultation mère-enfant.

Isabelle Bretenoux mène une réflexion comparative entre un service psychiatrique d'hospitalisation partielle pour adultes en grande difficulté et le centre Myriam-David. Quelle continuité entre les soins prodigués aux adultes et aux jeunes enfants?

Avant de refermer le livre, un texte théorique, très complet, sur la temporalité et la psychose, de la main de Sophie Lhomelet-Chapellière.

Enfin, comme il s'agit d'un ouvrage auquel de nombreux auteurs ont collaboré, j'ai demandé à Bruno Rebillaud, actuel médecin directeur du centre Myriam-David, de conclure, de rassembler, d'élargir...

Première partie

De l'Unité de soins spécialisés à domicile...

Propos recueillis par Pierre Denis

Depuis l'Unité jusqu'au centre Myriam-David : entretien avec Christiane Pagenelle

Myriam David a créé l'Unité de soins spécialisés à domicile en 1975. Elle avait ce projet en tête depuis longtemps. À l'époque, elle avait une double expérience : celle du placement familial spécialisé¹ qu'elle avait fondé en 1966, l'action thérapeutique était centrée sur le maintien des liens de l'enfant avec sa famille d'origine ; et celle de la PMI² au sein de laquelle elle intervenait à titre

Christiane Pagenelle, successivement secrétaire médicale, gestionnaire et directrice adjointe du centre Myriam-David, de 1975 à 2009.

1. Centre familial d'action thérapeutique (ASM13).
2. Protection maternelle et infantile.

de consultante, détachée du centre Alfred-Binet³ auprès des travailleurs sociaux. Une sorte de dépistage précoce indirect, car elle entendait parler des enfants plus qu'elle ne les voyait.

À partir de là, Myriam David eut la conviction qu'il y avait un soin à apporter au jeune enfant, tout en le maintenant dans son milieu familial. Pour ce faire, il fallait une équipe mobile, permanente et disponible, qui puisse intervenir au domicile des parents, parfois quotidiennement pour les situations les plus difficiles, ou sur tout autre lieu de vie de l'enfant : crèche, jardin d'enfants, nourrice, pouponnière, etc.

Serge Lebovici, qui était à l'époque le directeur de l'ASM13, soutenait ce projet de longue date. Mais les autorités de tutelle du moment trouvaient que l'ASM13 était suffisamment dotée en termes d'institutions de soins. Serge Lebovici se tourna alors vers la fondation Rothschild qui gérait déjà l'hôpital de jour pour enfants du boulevard Blanqui (13^e)⁴. Il connaissait personnellement la famille Rothschild ; il se porta garant auprès d'eux du bien-fondé et du sérieux de l'entreprise de Myriam David.

À l'époque, je travaillais au centre Alfred-Binet, comme secrétaire médicale dans l'équipe de René Diatkine. Je connaissais déjà un peu Myriam David

3. ASM13 : Association de santé mentale du 13^e arrondissement de Paris.

4. Rebaptisé depuis hôpital de jour Serge-Lebovici, Paris 13^e.

car j'étais chargée de planifier ses rendez-vous avec les couples d'adoptants, en vue d'un agrément.

Quand l'Unité voit le jour, le 6 octobre 1975, elle débute avec trois personnes à temps partiel : Myriam David qui est nommée médecin directeur ; Françoise Jardin qui, tout comme elle, travaille dans un placement familial⁵, est embauchée comme médecin consultant ; et Regina Orth de Aragão, une psychologue brésilienne que l'une et l'autre connaissent car elle avait elle-même une expérience en placement familial.

Particularité de ce début : il n'y a pas de locaux. L'Unité occupe donc un couloir du centre Alfred-Binet, situé alors rue Charles-Moureu (13^e). Bien que je sois la secrétaire de René Diatkine, on me demande de m'occuper du secrétariat de l'Unité et une dactylo à mi-temps est embauchée pour me suppléer.

Finalement, le centre Alfred-Binet nous prête une salle de réunion au sous-sol, un ou deux bureaux pour faire des consultations et des thérapies. Faute de local adapté, les premiers groupes d'enfants ont lieu à la PMI du boulevard Masséna (13^e) où consultait Myriam David. Il faut dire qu'alors nous recrutions nos familles surtout dans cette PMI. Par ailleurs, les visites à domicile représentent une part très impor-

5. L'Œuvre Grancher, Paris 7^e.

tante de l'activité de l'Unité. Ça fonctionne comme cela pendant les deux premières années.

Dans le projet original, Myriam David avait prévu deux autres postes, dont un temps plein de puéricultrice. Cependant, les familles reçues sont beaucoup plus difficiles que prévu. Certaines relèvent de la psychiatrie: des familles carencées, à problèmes multiples, etc. Alors, elle pense embaucher quelqu'un ayant une expérience en psychiatrie, plutôt en psychiatrie adulte mais qui soit aussi intéressé par les enfants.

C'est ainsi qu'elle recrute Marie-Françoise Pain qui est infirmière psychiatrique à l'hôpital «L'eau vive⁶» de Soisy-sur-Seine (Essonne), là où est implanté le placement familial spécialisé. Elles avaient participé ensemble à la formation hospitalière des infirmiers. Marie-Françoise Pain était responsable de cette formation et d'un pavillon au sein de l'hôpital. Elle entre à l'Unité, six mois après son ouverture.

Bien qu'elle soit embauchée pour s'occuper des enfants, Marie-Françoise Pain fait des prises en charge globales des familles, pas seulement des enfants. Elle va beaucoup à domicile, a beaucoup de contacts avec le secteur psychiatrique et social.

Aussi, je suis souvent la seule à rester sur place, à recevoir tout ce qui arrive! Parfois, les familles débarquent sans crier gare. Un événement s'est

6. Hôpital psychiatrique rattaché à l'ASM13.

produit le matin; elles viennent demander du secours dès l'après-midi. Au commencement, je recevais donc les demandes et étais beaucoup plus en relation avec les familles que maintenant.

J'ai oublié de dire qu'au départ, l'Unité ouvre pour accueillir dix enfants, âgés de 0 à 4 ans. Il n'y a pas création d'une nouvelle institution pour les raisons évoquées précédemment, mais nous existons comme une extension de l'hôpital de jour de la fondation Rothschild. Nous resterons indépendants.

La dernière, enfin, l'avant-dernière personne employée à cette étape inaugurale de l'Unité, est une éducatrice de jeunes enfants. Myriam David tenait plus à cette qualification qu'à celle d'éducateur spécialisé, car elle pensait que les éducatrices de jeunes enfants avaient une meilleure connaissance des petits. Par contre, elles n'ont pas la formation psy des éducateurs spécialisés.

Myriam David connaissait bien le milieu des éducatrices de jeunes enfants pour avoir participé à leur formation. Elle se voyait tout à fait pouvoir soutenir la nouvelle recrue dans sa confrontation avec la psychiatrie. Donc après un an, l'équipe est composée de cinq personnes soignantes.

À ce moment-là, Marceline Gabel, qui est directrice du centre Alfred-Binet et avait aussi beaucoup porté le projet, propose de diviser la salle d'attente du centre pour que nous ayons une pièce à part

entière. Ce sera la salle de réunion, de groupe, de thérapie, etc.

Au cours de cette première année de fonctionnement, Myriam David se rend compte qu'elle a vu un peu juste au niveau du secrétariat. Certes, il y a du travail de dactylo mais aussi d'accueil des familles, d'administration et de comptabilité. Elle démarche à nouveau les autorités de tutelle pour obtenir, au bout de deux ans, un plein-temps de secrétariat.

Je suis sollicitée pour prendre ce poste, mais je restais très attachée à l'équipe de René Diatkine. J'ai beaucoup hésité et lorsque j'ai opté pour l'Unité, une question s'est posée : dans quel bureau m'installer puisque je devais céder ma place au centre Alfred-Binet ? La grande salle fut encore séparée et je me retrouvai à travailler, pendant deux années, dans un bout de couloir sans ouverture extérieure.

Mon nouveau secrétariat faisait office d'accueil et de salle d'attente. Jusqu'alors, j'avais été relativement protégée des familles dans mon bureau du centre Alfred-Binet. La psychiatrie, je connaissais surtout sur le papier, en tapant les consultations du professeur René Diatkine. D'un seul coup, j'étais au milieu de toutes ces familles, au milieu d'une équipe qui avait besoin de parler et de raconter ce qui se passait à domicile.

Assez rapidement, l'équipe est dépassée par le nombre des demandes et Myriam David juge que nous ne répondons pas aux besoins du quartier. D'où

l'élaboration d'un projet d'extension : passage de dix à trente enfants, âgés de 0 à 6 ans au lieu de 4. Dans les faits, nous les gardions déjà jusqu'à cet âge, vu que l'hôpital de jour ne les prenait qu'à 6 ans. Le projet est déposé auprès des autorités de tutelle début 1979.

En même temps, Françoise Jardin doit s'absenter pour une longue période. Des heures de médecin sont alors disponibles, car elle ne reprendra pas la totalité de son mi-temps. Embauche de Bruno Rebillaud en février 1979, sur les quelques heures devenues disponibles. L'arrivée d'un homme au sein de l'équipe aura pour effet la venue des pères de famille, certes au compte-gouttes.

En septembre 1979, nous emménageons avec l'ensemble de l'ASM13 dans cet immeuble⁷. En effet, les responsables du secteur psychiatrique de l'époque – Serge Lebovici, Marceline Gabel en tête – étaient favorables au travail de Myriam David, et on nous a alloué une partie du septième étage de l'immeuble, où nous travaillons toujours aujourd'hui. Par rapport à ce que nous avons précédemment, c'était Byzance !

Entre-temps, le projet d'extension est retenu et sera mis en place durant toute l'année 1980 : entre autres embauches celles de Martine Lamour, Marthe Barraco et Catherine Lê Van qui, comme leurs

7. Avenue Edison, Paris 13^e.

prédécesseurs, travailleront à l'Unité pendant vingt à trente ans. À quelques exceptions près, l'équipe de départ est très stable. Parmi les suivants, il y a aussi quelques exemples de longévité.

Ça a été très important pour la fondation de l'institution et son histoire. Par contre, la transition devra s'amorcer car les vétérans sont de moins en moins nombreux. J'en veux pour preuve mon récent départ à la retraite !

Donc, en 1980 l'équipe passe de sept à dix-sept personnes. Actuellement, le volume horaire est quasi inchangé au niveau du personnel, bien que l'équipe se soit encore étoffée. Sauf pour le secrétariat. C'est le seul poste qui lors de l'extension n'a pas été augmenté en temps, alors qu'on est passé de dix à trente enfants et de sept à dix-sept professionnels. Rapidement, je serai débordée de travail : accueil téléphonique, comptes rendus, gestion des dossiers, administration, payes, etc.

Il faudra attendre dix ans pour obtenir un mi-temps de secrétaire supplémentaire. Entre-temps, j'ai changé de casquette puisque je suis devenue gestionnaire. Une secrétaire à mi-temps est enfin arrivée. Ensuite à plein-temps et pour finir j'ai été nommée directrice adjointe, en 2003.

Myriam David est le premier médecin directeur. En 1983, Françoise Jardin lui succède. Myriam David restera médecin consultant et conseillère technique

encore pendant quatre ans. Jusqu'à son décès, fin 2004, elle sera proche des pionniers de l'équipe. En 2001, Françoise Jardin cède sa place à Bruno Rebillaud.

Actuellement, l'équipe se compose de quatre médecins psychiatres à temps partiel dont le directeur : quatre psychologues à temps partiel ; deux infirmières psychiatriques à plein-temps, dont une coordinatrice de l'équipe. La première vient de la psy enfant et la seconde de la psy adulte. Une orthophoniste et une psychomotricienne à temps partiel ; une éducatrice de jeunes enfants et une éducatrice spécialisée qui a repris le poste d'une infirmière, toutes deux à plein-temps. Et enfin, une secrétaire et une directrice adjointe à plein-temps, pour ce qui est du personnel administratif.

Dans les textes, l'Unité est toujours agréée pour recevoir trente enfants, alors que nous en recevons environ soixante-dix. En fait, l'institution a évolué au fil des années, d'abord au niveau des familles et des enfants reçus. En trente ans, la population du 13^e arrondissement a beaucoup changé. Notre façon d'intervenir a aussi changé. Alors peut-être s'est-elle adaptée au changement des familles !

Souvent, nos interventions mobilisent moins de personnels et de temps qu'avant. En même temps, les équipes de PMI, du fait de notre collaboration, ont sans doute progressivement changé leur façon d'accueillir les familles les plus démunies. Si bien

que notre assistance spécialisée, dans un certain nombre de situations sociales défavorisées, devient moins nécessaire.

Au début, le premier temps plein allait beaucoup à domicile; elle était toujours à l'extérieur et venait rendre compte de son travail à l'équipe. Maintenant la plupart des activités se déroulent dans nos locaux, mais il y a encore des interventions dans les crèches du 13^e, quelquefois au domicile ou dans les familles d'accueil.

Il y a toujours eu deux sources importantes de recrutement des familles: la PMI et la psychiatrie. Myriam David avant même la création de l'Unité a toujours travaillé étroitement avec la PMI; celle du boulevard Masséna (Paris 13^e) en l'occurrence. Elle écoutait les professionnelles et les aidait à reconnaître les difficultés des jeunes enfants. Au début, les enfants qui nous arrivaient étaient un peu grands car on ne voyait pas de problème chez les bébés. Cela a nécessité tout un travail de formation que Myriam savait bien faire avec les puéricultrices et les auxiliaires.

Grâce à un meilleur repérage au niveau du bébé par le personnel de crèche et de PMI, petit à petit les enfants nous ont été adressés plus tôt. Ce travail de collaboration a duré non pas des mois mais des années, voire des décennies et il faut sans cesse l'entretenir. D'autant plus qu'en ce moment, il y a beaucoup de remaniements au sein des PMI, donc

de nouveaux liens à établir, de nouvelles façons de travailler ensemble.

La question s'est posée pour Myriam David de notre implantation à proximité de la PMI ou de la psychiatrie. Elle a choisi cette dernière solution, d'où notre implantation dans les locaux de l'ASM13. Au début, ça n'a pas été sans poser quelques problèmes car les familles n'étaient pas prêtes à consulter avec un bébé dans un service de psychiatrie. Il a fallu parfois se rendre pendant plusieurs mois au domicile, avant que certaines d'entre elles, suffisamment mises en confiance, acceptent de se rendre dans nos locaux.

Depuis plusieurs années, les nouvelles demandes sont recueillies par une infirmière coordinatrice: Sylvie Bensaïd. Jean Olaya avait assuré cette fonction pendant dix ans. Elles sont formulées parfois directement par la famille elle-même, sur les conseils de leur pédiatre, d'une crèche, ou de la PMI. Le plus souvent, ce sont les services du secteur social ou psychiatrique qui nous sollicitent. Dès lors, nous discutons en équipe de l'opportunité de recevoir la demande ou de faire une orientation ailleurs, etc.

La première réponse est presque systématiquement une consultation avec un psychiatre, lorsque la famille formule une demande de soin directement ou par le biais d'une puéricultrice ou d'une institution. Plus rarement une visite à domicile, plus rarement qu'avant en tout cas, pour les raisons évoquées plus

haut. Ce sera quand une mère est dans l'impossibilité de se déplacer, fin de grossesse par exemple.

Dans les situations plus complexes, où le bébé a besoin d'un soin, sans que sa famille y soit sensible, nous organisons des réunions avec les services qui se préoccupent de la situation. Nous appelons cela le travail indirect. Réunions et synthèses permettent de comprendre ensemble les difficultés rencontrées, au mieux facilitent la venue des familles concernées dans notre Unité.

Pour la suite du traitement, c'est un peu à la carte. Dans la mesure de nos moyens qui sont divers et variés, nous adaptons la prise en charge aux difficultés de l'enfant et de sa famille. La panoplie est celle d'un centre médico-psychologique, avec en plus des possibilités de visites à domicile, d'observations du bébé sur son lieu de vie, d'accompagnements à une thérapie, etc.

Je vous fais l'économie des négociations successives avec les autorités de tutelle pour donner à notre institution hybride un statut entrant dans les grilles administratives: agrément, accréditation, etc. Jusqu'à présent, nous avons eu la chance de pouvoir conserver une souplesse de fonctionnement tout à l'avantage de nos petits patients.

Pour terminer, l'Unité a été rebaptisée centre Myriam-David à l'occasion de ses 30 ans: en 2005... Lorsque j'avais la nostalgie du « bon vieux temps », Myriam me répondait que, dans la vie, les choses

ne pouvaient pas rester figées. Elle se félicitait de l'évolution de notre travail.

Voilà, je me rappelle de l'histoire de l'Unité et de ses transformations, des changements de personnel. Mais je ne me souviens pas de tous les stagiaires, sauf ceux qui ont été embauchés définitivement. Il faut dire que nous en accueillons quatre ou cinq par an. Alors faites le compte. Ce sont essentiellement des psychologues en fin de formation, car nous leur demandons une disponibilité importante sur une année entière.

Propos recueillis par Pierre Denis¹

Entretien avec Françoise Jardin

PIERRE DENIS : *Chère Françoise, vous avez travaillé à l'hôpital Hérold², à l'Œuvre Grancher et au centre Alfred-Binet avant ou en même temps qu'à l'Unité de soins. En arrivant dans cette dernière institution, qu'est-ce qui vous a paru original, novateur par rapport à celles que vous aviez connues par ailleurs?*

FRANÇOISE JARDIN : Lorsque Myriam David me proposa de faire partie de l'équipe qu'elle composait, j'étais psychothérapeute dans l'équipe de Janine Simon au centre Alfred-Binet. Antérieurement, mes stages en

Françoise Jardin, psychiatre, psychanalyste, consultant au centre Myriam-David de 1975 à 1983, médecin directeur de 1983 à 2001.

1. Interview élaborée avec le concours de Marthe Barraco-De Pinto.

2. En 1988, l'hôpital Hérold a été transféré dans le nouvel hôpital Robert-Debré (Paris 19^e).

services hospitaliers de pédiatrie, en PMI, l'exercice d'une responsabilité dans une structure de placement familial et en institution médico-psychologique m'amenaient à me poser la question suivante : comment des enfants si jeunes pouvaient-ils aller si mal ? Tout en constatant que leur mal-être pouvait être nié, nous rencontrions des parents meurtris, mortifères voire meurtriers, pour reprendre les termes de Michel Soulé³, dont l'histoire actuelle semblait, au moins en partie, répéter ce qu'ils avaient vécu. Ils paraissaient le plus souvent indisponibles à l'aide proposée par un service social ou médical.

Les professionnelles de terrain, les plus proches des très jeunes enfants – assistantes sociales, éducatrices, professionnelles en institution, hôpital, crèche, aide sociale à l'enfance – étaient confrontées à la détresse des bébés et/ou de leurs parents, mais trop inquiètes ou découragées, elles avaient souvent recours au placement comme seule solution de sauvegarde peut-être, mais sans traitement, avec ou non un signalement au juge pour enfants. Ce placement soulageait ces professionnelles, mais n'était le plus souvent pas suivi de soins psychiques dans la durée pour les parents et encore moins pour l'enfant.

3. M. Soulé, *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, ouvrage collectif : V^e journée scientifique du Centre de guidance infantile de l'Institut de périculture de Paris, mars 1977, Paris, ESF, 1978, 178 p.

L'intérêt de la continuité des soins était reconnu, mais la majorité des acteurs ne se sentaient pas en capacité de l'assurer.

Certes en 1975, beaucoup de connaissances avaient été acquises, mais pourquoi, comme l'avait écrit Selma Fraiberg⁴, restaient-elles dans les bibliothèques plutôt que de servir aux parents, à leurs enfants et aux professionnels ?

La psychiatrie du nourrisson voyait le jour, des spécialistes se sont regroupés au sein d'une association internationale : la WAIMH⁵, dont la branche française a été créée en 1994 et présidée, entre autres, par Serge Lebovici et Bernard Golse.

Myriam David était familière de la théorie de l'attachement. Elle avait approché aux États-Unis les théories psychanalytiques. À son retour en France, elle avait mis en application ces acquis dans le sillage de John Bowlby⁶. Avec Geneviève Appell⁷,

4. S. Fraiberg et coll., *Fantômes dans la chambre d'enfants : évaluation et thérapie des perturbations de la santé mentale du nourrisson*, Paris, PUF, 1999, 416 p.

5. World Association for Infant Mental Health.

6. J. Bowlby, *Soins maternels et santé mentale : contribution de l'Organisation mondiale de la santé au programme des Nations Unies pour la protection des enfants sans foyer*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1954, 208 p.

7. M. David et G. Appell, « La relation mère-enfant : étude de cinq "pattern" d'interaction entre mère et enfant à l'âge de un an », *Psychiatrie de l'enfant*, vol. 9, n° 2, 1966, p. 445-531.

elle avait réalisé une recherche concernant les effets des séparations précoces sur la mère et sur l'enfant. Elles avaient étudié les facteurs de carence dans les institutions où la discontinuité des soins n'était pas perçue.

Myriam, tel un architecte, avait fait les plans de l'Unité à partir de sa riche expérience acquise, privilégiant toujours le triptyque : études cliniques, recherche, formation. Myriam architecte, Serge Lebovici promoteur ; ce projet d'institution me paraissait solide.

Travailler avec Myriam David, bénéficiaire de son expérience, me semblait pouvoir apporter des réponses à mon questionnement, en particulier du côté de la pratique pour aller ensuite vers la théorie, et non l'inverse. Par exemple, pourquoi des parents, anciens enfants placés, alors qu'ils se séparaient de leurs enfants étaient-ils essentiellement préoccupés de rechercher leurs propres parents ?

Les éléments novateurs proposés étaient donc :

- la prise en charge de l'enfant en développement, pensé dans son étroite interdépendance psyché/soma et pensé dans la réalité de son environnement ;
- la construction d'un cadre institutionnel avec une équipe multidisciplinaire où l'enfant, en situation de risque dans une famille vulnérable ou du fait d'un défaut de son équipement, serait au centre des préoccupations plutôt que l'inverse ;

- une collaboration effective avec les professionnels de terrain : les sages-femmes, puéricultrices, pédiatres, assistantes sociales, éducatrices, etc. ;
- rencontrer les professionnels, les écouter, formuler des hypothèses participait à la constitution d'un réseau où cet enfant était pensé. Ainsi était reconnue l'importance de sortir des clivages, soma/psyché, social/psychique, adulte/enfant et de les dépasser ;
- le développement de nos connaissances sur le processus d'évolution du bébé, soins précoces et prévention étant en étroite relation. L'objectif de l'institution disait Myriam, était « de permettre de mieux maîtriser la compréhension de tous les facteurs à l'origine des détresses précoces, si destructrices de la personnalité de l'enfant ».

Ainsi, cette structure dotée de son espace et de son équipe pluridisciplinaire mobile allait tenir une fonction de contenant, de soutien mais aussi de tiers.

P.D. : *La continuité des soins était-elle au centre des préoccupations cliniques ?*

F.J. : Oui ! L'Unité, en permettant un suivi au long cours, était un lieu privilégié pour des familles dont l'histoire est marquée par la discontinuité. Le travail pouvait aller du plus concret au plus symbolique avec les pères et les mères, une nouvelle naissance, leur donnant la possibilité de penser leur histoire, voire de la reconstruire en miroir. En retrouvant l'enfant

qu'ils avaient été, ils pouvaient redevenir enfants de leurs parents et devenir parents de leurs enfants.

Si une séparation de l'enfant de son milieu familial s'imposait, sa préparation devait être travaillée par l'équipe. La séparation prenait ainsi le sens d'absence et non de perte, tant pour l'enfant que pour les parents. Cette absence soutenait les représentations nécessaires à sa vie psychique.

P.D. : À un moment donné, vous avez dû être placée dans la perspective de succéder à Myriam David. Qu'est-ce qui, dans le travail effectué avec elle, vous a conduit à accepter cette responsabilité ?

F.J. : Myriam m'informa assez tôt au cours de notre collaboration de son projet de se retirer et de me voir lui succéder. C'était une lourde responsabilité car le suivi de ce type de familles vulnérables demandait un investissement important qui allait être différent de ma pratique en libéral.

À l'Unité, je commençais à voir le bénéfice de nos pratiques pour les enfants et les parents. La formation de l'équipe était en cours, nous avançons ensemble, nous profitons aussi de l'expérience des professionnels de terrain. Nous étions au contact de ces mères et pères en situation de risque transitoire ou permanente.

P.D. : Qu'avez-vous eu envie de poursuivre et de changer ?

F.J. : En 1981, en acceptant la responsabilité d'une institution dont les bâtisseurs s'effaçaient, je pouvais en être une conductrice. L'équipe – infirmiers, psychologues, psychiatres, éducatrice de jeunes enfants, psychomotricien – après le baptême du feu, était bien engagée. Le cadre, lieu d'accueil des familles et du bébé, lieu de ressourcement de l'équipe par les supervisions, faisait fonction de contenant, ouvrant sur un travail plus psychodynamique de groupe ou en individuel.

Ceci commençait à devenir plus opérant à côté du travail à domicile. Cette évolution était aussi le fait d'une modification des demandes de prise en charge – enfants plus âgés – et d'une meilleure compréhension par l'équipe du fonctionnement psychique du bébé.

Nous pouvions repérer quatre grandes catégories de familles suivies :

- les familles à risques psychosociaux dites souvent « à problèmes multiples » ;
- les familles marquées par la pathologie mentale ;
- les familles sans symptomatologie particulière, mais traumatisées par une pathologie périnatale ;
- les familles au fonctionnement plus névrotique où la naissance de l'enfant réactive des conflits intergénérationnels.

La durée de la prise en charge des deux premiers types de famille est en moyenne de trois ou quatre

ans, voire plus. Pour les deux autres, en moyenne un an ou deux.

Les modalités de travail, en plus de celles classiques en pédopsychiatrie, s'appuyaient sur des faits repérés au cours de l'accompagnement de l'enfant, ou à partir de l'observation de ces bébés dans leurs différents lieux d'accueil.

Outre l'intérêt clinique de ces pratiques – accompagnement et observation – elles avaient un rôle de formation de l'équipe.

En prenant le poste de responsable, je ne souhaitais pas modifier le mode de fonctionnement, mais l'approfondir et suivre le devenir de ces enfants :

– en évaluant le suivi à moyen, voire à long terme des enfants connus au cours de leur première ou de leur deuxième année : une recherche a été menée à ce sujet⁸ ;

– en évaluant la place de chacun des professionnels au sein du réseau, la réflexion commune nous aidant tous à mieux différencier le rôle de chacun.

P.D. : *Qu'y a-t-il eu de plus difficile à tenir ?*

F.J. : L'impatience ! Il est difficile de faire reconnaître aux parents l'urgence des soins pour un jeune enfant. Le sentiment de peur que l'enfant soit mis en danger, peur de l'un des parents voire d'un membre de l'équipe soignante. Certaines mères ou pères

8. A.-C. Dumaret, « Soins précoces et guidance parentale : le point de vue des familles », *Dialogue*, n° 162, 2003, p. 9-24.

suscitent un tel sentiment, par ce qu'il est convenu d'appeler l'identification projective.

Les critiques de certains collègues ; la pratique d'aller vers des patients dont la demande était formulée en premier lieu par un tiers professionnel. Il nous était aussi reproché d'une part de « psychiatriser les bébés dès le berceau ! » D'autre part, de faire durer les traitements au risque de devenir « une institution pour petits vieux ! »

Enfin, il m'appartenait d'assurer la coordination de l'équipe. Une difficulté m'était apparue : différencier, au cours des conflits qui surgissaient, ce qui appartenait à la personne propre et ce qui était en lien avec les projections des patients, des contaminations entre soignants et soignés.

Dans cette équipe très stable dont l'intérêt pour la continuité des soins était évident, il m'appartenait aussi d'assurer à chacun les possibilités de sa progression et de son futur. Ceci s'accompagnait pour moi, parfois, d'un sentiment de solitude.

P.D. : *Je me souviens, à mes débuts, avoir accompagné pendant plusieurs années un même enfant en placement de vacances, à ses séances d'orthophonie, à un petit groupe auquel je participais, et même une fois à l'hôpital général. Bref, de la continuité dans le temps et dans les différents espaces de vie de l'enfant. Ce n'était pas une pratique exceptionnelle, l'article de Laurette Detry en témoigne. Maintenant,*