

Françoise Morin-Malcor
7 bis, rue Georges Clemenceau
91400 ORSAY

Une analyse de staff vidéo clinique en Maternologie

I. Introduction

Jean-Marie Delassus¹ ouvre la voie à une nouvelle méthode clinique qui vise à comprendre et à soigner ce qu'il appelle « *les difficultés maternelles* », et à prévenir la maltraitance de l'enfant provoquée par une relation précoce perturbée. Il s'agit de la Maternologie², dont on trouve depuis peu l'explication dans le dictionnaire: « *une démarche thérapeutique qui s'attache à la dimension psychique de la maternité et qui prend en compte les difficultés de la relation mère-enfant* ».

On sait maintenant que dix pour cent au moins des maternités présentent des complications graves sur le plan psychique et affectif. Cette remarque de François Balta³ « *Ce sont les institutions qui créent la chronicité de la maladie. Avec des idées neuves, on renouvelle des théories pour sortir de ce cercle-là et on soigne mieux* » rejoint bien ce que J.M. Delassus et son équipe tentent d'approfondir depuis le lancement du service de Maternologie du Centre Hospitalier Charcot, il y a bientôt vingt ans.

Ni les antidépresseurs ni les traitements de choc pour lutter contre la dépression n'en sont le traitement. Grâce à des travaux de recherche en constante évolution, grâce à l'élaboration d'outils et de concepts nouveaux, l'objectif ici n'est pas de soigner la dépression maternelle mais d'accompagner une difficulté d'existence afin que les émotions puissent se débloquer, évoluer. À la différence de la médecine habituelle active, c'est la médecine de l'attention au bébé qui vient d'arriver et de l'attention à la mère prise par la pire souffrance : celle d'être incapable d'entrer en relation avec son bébé.

Travaillant dans une Association pour la Petite Enfance, intéressée par la périnatalité, par l'écoute et le soutien précoce à la fonction parentale, et curieuse d'entrer en contact avec ce service de pointe, j'y suis entrée par le biais du « staff vidéo clinique » en participant aux réunions bi hebdomadaires pendant un mois. Cette réflexion thérapeutique du soin menée par le chef de service avec son équipe, s'appuyant sur l'étude vidéo, consiste à observer ensemble la mère en train de nourrir son enfant. J'y ai vu une porte d'entrée pour m'informer sur le fonctionnement du service, et me suis décidée, dès les premières séances, à décrire ce travail. Ne pouvant avoir un contact direct avec les mères en raison de la présence de stagiaires, et n'ayant pu rester qu'un temps limité dans le staff du fait de la fermeture provisoire du service d'hospitalisation, il a fallu que je garde le lien, et que je complète mon observation en menant une enquête auprès de quelques membres du personnel.

Le présent article relate l'histoire d'une expérience vécue au sein d'un système et d'une alliance avec une équipe hospitalière, avec sa part d'imprévisible et d'inconfort, expérience qui m'a permis de pénétrer plus avant, à travers quelques séquences vidéo, dans la compréhension de ce soin thérapeutique qui paraît à la fois ordinaire, mais aussi, de par la spécificité de l'outil mis en œuvre, très élaboré et hors du commun. J'aborderai successivement :

- Mon expérience du staff vidéo clinique : la période opérationnelle et la période post-opérationnelle

- Les réflexions systémiques qu'a suscitées chez moi cette expérience.

II. Description du service de Maternologie

1. Le service de Maternologie

Ce service se situe à Saint-Cyr l'Ecole dans les Yvelines et appartient au Centre Hospitalier Charcot. Il provient de l'Unité de recherche et de soins en Maternologie qui s'est transformée en service à part entière depuis quelques années. L'équipe est composée du chef de service, psychiatre, de douze infirmières, de deux puéricultrices, et de deux équipes de psychologues fonctionnant en co-thérapie, une « vidéo clinicienne » et deux secrétaires. Les médecins sont un pédiatre et un pédopsychiatre. Un laboratoire de recherche en Maternologie créé en 1996 avec deux psychologues assure la recherche fondamentale en coordination avec le service hospitalier, rédige les comptes-rendus des staffs du service (en intégrant notamment les images vidéo), prépare et édite les publications, gère les manifestations scientifiques. Grâce à ses recherches sur la maltraitance et sur l'autisme, le Dr Delassus insiste sur la nécessité de voir la mère et son enfant le plus rapidement possible, car tout est malléable entre 0 et 9 mois, ensuite, c'est déjà tard.

Les consultations (diagnostic, soins ambulatoires, post-cure) et les hospitalisations se font, après consultation préalable et concertation au staff, selon deux modalités : hospitalisation complète mère-enfant ou hospitalisation de jour. Les demandes proviennent pour moitié des patientes elles-mêmes ou de leur entourage immédiat et pour une autre moitié des services de maternité ou de pédiatrie, des consultations de PMI, des médecins généralistes et des pédiatres. La durée moyenne d'hospitalisation est d'un mois en Maternologie, augmentée si les mères ont fait des séjours psychiatriques avant d'arriver dans le service, ce qui est fréquent.

Les femmes qui sont accueillies présentent toutes des difficultés dans leur relation avec leur enfant. L'observateur averti observera d'abord le comportement du bébé avant de repérer « *une étrangeté* » de comportement de la mère à l'égard de son enfant pouvant aller de la peur panique de le prendre dans les bras, de le laver, de l'endormir, jusqu'à des violences graves et même des tentatives de meurtre sur l'enfant. Il s'agit de retrouver pour la mère en difficulté sa capacité maternelle. « *Car il s'avère que tout ce qu'elle fait pour son enfant, elle le fait en même temps pour sa propre enfance ; vient alors le moment de ce que nous appelons « l'autothérapie maternelle » où elle prend le relais de ses thérapeutes, ce qui permet alors la sortie du service* »⁴.

Le service de Maternologie, bien qu'il n'en ait pas l'air car il a été conçu comme une unité de vie accueillante et intime, est toutefois un « petit hôpital », où quatre mères sont hospitalisées avec leur bébé. Quand on entre, on est accueilli par le secrétariat face à soi, avec à droite le bureau du chef de service et à gauche celui de la psychologue assistante du psychiatre. Plus loin, de part et d'autre, le bureau de l'autre psychologue (près des chambres des deux mamans) et de l'autre côté à gauche le bureau de la surveillante infirmière (près des chambres des deux autres mamans). Enfin une cuisine, une salle à manger où les repas sont pris en commun, une salle de bain pour langer les bébés et une salle de séjour où les mères sont accompagnées par les différentes infirmières de garde et les puéricultrices, lorsqu'elles nourrissent leur bébé. C'est là qu'elles sont filmées par la vidéo clinicienne et son savoir-faire empathique. On les a prévenues avant d'être hospitalisées, que la caméra fait partie de leur prise en charge et va être l'outil de travail au staff. Elles sont filmées régulièrement tous les deux jours une vingtaine de minutes au moyen d'une caméra de petite dimension, qui s'intègre facilement dans la vie courante.

On remet les prises de biberon filmées dans le contexte du moment de la mère et du service : on sait en observant la séquence qu'il y a eu par exemple un conflit avec le conjoint pendant une sortie le week-end ou des choses lourdes qui se vivent dans le service avec des mères entrantes.

Quand on va regarder l'image au staff, on tient compte de la maman, du portage, mais c'est le bébé qui est le révélateur. Ce qu'on cherche c'est *l'invariant dans la variance*. Et même si les biberons sont variés et dépendent du contexte, on retrouve, au fil des biberons, des points précis sur la vidéo. On s'appuie en particulier sur les trois phases⁵ de l'allaitement normal, qu'il se fasse au sein ou au biberon, sur ces interactions natales qui indiquent l'état du bébé et comment il évolue. Il s'agit de la phase biologique où le bébé boit activement, sans regarder ni sa mère, ni autour de lui et où la mère, rassurée de nourrir, se nourrit elle-même, la phase de communication mère-enfant, avec la rencontre des deux visages et le lever des yeux et le regard circulaire du bébé, enfin la phase de rêverie avec le bébé, qui tout en continuant de boire, est absorbée davantage dans la rêverie que dans la nourriture et qui le conduit à la fin de l'allaitement et à l'endormissement. Si l'enfant ne parcourt pas ces trois phases de l'allaitement, s'il se raidit, s'il se détourne, ferme les yeux, refuse de manger, paraît mou ou hypertonique, ce sont autant de signes, parmi d'autres, qui induisent une difficulté de naissance, et qui renvoient à une réelle difficulté maternelle.

La journée dans le service se base sur le rythme du bébé. Les mères sont accompagnées jour et nuit par l'équipe soignante qui tourne (infirmières, puéricultrices), et vues chaque jour en entretien, en règle générale sans leurs enfants, par les psychologues qui fonctionnent en binôme (le cothérapeute se trouve être d'un côté un pédiatre des débuts et de l'autre un pédopsychiatre nouvellement arrivé dans le service). Les équipes soignantes se retrouvent une heure et demie au moment de l'arrivée de l'équipe de l'après-midi. Ces transmissions quotidiennes, en présence d'une psychologue, servent de lieu pour verbaliser leur vécu négatif, et pour traiter un point théorique de Maternologie pour les infirmières qui ont manqué le staff. Elles ne peuvent y participer qu'à tour de rôle, suivant les gardes.

Les outils utilisés sont :

- **La reconnaissance identitaire** : L'accueil des mères en difficulté doit être fait avec un immense respect de la personne, car son identité fait partie de ses fonctions vitales. Il est important de ne pas réduire un patient à son symptôme, le malade doit être considéré comme sujet membre à part entière de l'équipe soignante tout en veillant à maintenir
- **La distance thérapeutique**
- **La technique du non agir**, pratiquée en particulier par les infirmières et les puéricultrices vis-à-vis des mères avec leur enfant. Le principe de base est la non intervention. On crée volontairement un déséquilibre dans les relations, mais un déséquilibre positif. C'est un soin qui repose sur la compréhension de la mère là où elle en est, là où elle reste bloquée, sur une présence et une observation très vigilante. Il ne s'agit pas d'agir sur elle et faire à sa place, il s'agit de veiller à une qualité d'écoute. Il s'agit bien pour le soignant d'être « aux côtés » de la mère avec son enfant, de l'accompagner en étant là, de lui offrir son temps et sa disponibilité et de lui dire : « *Vous ne faites pas que nourrir votre enfant, d'ailleurs à ce niveau, je ne dirai et ne ferai rien, sauf si la situation l'exige. Je viens pour vous, pour lui, pour ce qui se passe entre vous deux pendant l'allaitement* ». Car l'allaitement, souligne le chef de service, « *n'est pas le nourrissage d'un enfant. C'est une situation psychologique essentielle : le moment du don* »⁶. Ce n'est pas la médecine habituelle active pour qui soigner est agir, en urgence, à bon escient, avec rigueur, disposer des médicaments nécessaires. « *Ici faire naître ne se prescrit pas. Il a fallu des années au service pour se contenir. Il faut résister à l'envie de faire, de répondre immédiatement à la détresse de la mère, à l'état du bébé, de donner des bons conseils, de rassurer, de se substituer à la mère défaillante, de prendre sa place pour s'occuper du bébé, ce qui ne fait qu'aggraver la situation en lui montrant qu'elle ne sait pas s'y prendre* »⁷.
- **Le vidéo staff.**

La méthode du staff vidéo clinique, qui est le pivot de la thérapie pratiquée ici, a été mise au point par essais et erreurs. En voici un bref historique pour la comprendre :

« On est parti avec rien quand on a reçu nos premières mamans. On voulait tous bien faire. On n'avait aucun outil sauf l'observation, l'accompagnement. On se réunissait tous les matins. Il n'y avait alors pas de vidéo, qu'on considérait comme intrusive. Tout le monde rapportait des informations sur les mamans, et on s'y noyait. Puis, la vidéo est arrivée, on filmait les trois séquences : bain, change, biberon. L'allaitement pur date de six ans. On ne regarde plus que la maman qui nourrit. Pourquoi ? Parce que dans le bain et sur la table à langer, l'enfant est éloigné. Lors de l'allaitement, il est très proche de sa mère, puisqu'elle l'a dans ses bras. On la filme pendant vingt minutes. La durée est révélatrice, la mère peut feindre un peu, et jouer un personnage, elle finit par se trahir. C'est une situation authentique »⁸.

2. Le staff vidéo clinique et son fonctionnement

Au staff se réunit l'équipe du service de Maternologie pour revoir ensemble le comportement des bébés et des mères lors de la dernière prise de biberon. Les staffs représentent près de huit heures de réunion par semaine à raison de deux matinées. Chaque staff fait l'objet d'un compte-rendu relatant les éléments essentiels de l'observation et de l'élaboration qui auront été effectuées pendant la réunion, et intégrant notamment des images vidéo percutantes dans le dossier des mères hospitalisées. Le staff se tient dans une pièce où se trouve le moniteur de télévision présentant les images filmées par la vidéo clinicienne⁹. La vidéo va enrichir ce qui était perçu dans la réalité, par exemple le regard qui fuit, qui accroche, le dysfonctionnement du don, la souffrance natale du bébé. Le travail avec le ralenti et l'arrêt sur image permettent de voir ce qui est imperceptible en vitesse normale. Cette pièce est munie d'une porte vitrée qui ouvre sur le couloir où les mères passent régulièrement et à travers laquelle elles peuvent voir l'équipe travailler autour de la vidéo et qui elle-même peut les voir également passer. Cela fait partie du soin thérapeutique. Elles savent que c'est pour chacune d'elles que le staff se réunit. L'observée se sachant observer joue un rôle actif.

Le staff est une pratique de soins originale, à la différence des réunions de synthèse classique où on évoque des « dossiers » en l'absence des patients. Pour l'ensemble de l'équipe, on est « avec » la patiente à travers la vidéo et son vécu. Le staff est un lieu collectif de discernement et de décision. On évalue ensemble les demandes des mamans. Le premier entretien mené par les thérapeutes est présenté pendant le staff et la décision de l'hospitalisation dans le service est prise ensemble. Même s'il s'y fait un travail actif, il reste un temps de pause, de recul, de ressourcement, « une respiration pour tenir le coup et pour passer des caps »¹⁰. Cela permet de couper le rythme, en changeant de contexte. C'est comme le thérapeute qui quitte la famille pour aller parler à son cothérapeute, et qui est capable de *métacommuniquer*.¹¹ C'est l'objectif premier du staff.

La vidéo, en plus d'un excellent outil de recherche, est un support de communication essentiel pour l'ensemble du groupe pluridisciplinaire. « La vidéo est le meilleur moyen de constituer un groupe, la meilleure façon de travailler ensemble : cela constitue une identité d'équipe et soude beaucoup plus qu'un groupe qui se réunit comme ça »¹². Ici, on exprime son accord ou son désaccord face à une observation. Les soignants repartent pour accompagner les mères dans le quotidien, les thérapeutes pour faire leur thérapie, la vidéo clinicienne repart filmer, chacun imprégné d'un regard commun et d'une réflexion clinique et thérapeutique concernant la réalité de sa fonction.

L'observation vidéo clinique permet de voir au-delà de ce qui est perçu par simple observation directe. « *La vidéo clinique revient à l'utilisation d'un microscope assez spécial qui permet de voir l'infiniment rapide, c'est-à-dire les phénomènes psychologiques. Il faut donc ralentir ce temps, observer les séquences vidéo avec lenteur et souvent image par image. Le son s'arrêtant, l'impression est de pénétrer dans un monde différent, comme aquatique et sous-marin, où l'on saisit les mille expressions qui se produisent et s'entrecroisent, lisant sur les visages les interactions qui se génèrent l'une l'autre* »¹³.

Il s'opère au staff un travail d'observation rigoureuse. On repère ce que dégage la vidéo, ce qu'on ressent. On essaie de ne pas parler, d'être objectif, voir ce que qu'on voit sans interpréter. Tout le monde se met au diapason et veille à ce que cette cohésion circule ensuite entre l'équipe pour que les mères l'éprouvent. Le staff utilise la vidéo dans un but de diagnostic pour l'équipe, de compréhension pour faire avancer la thérapie, mais ne s'en sert pratiquement jamais avec les mères.

III. Première période : j'entre dans le système du staff comme observatrice

1. Ma position et mes premières impressions

Je suis admise aux staffs du service de Maternologie deux matinées par semaine pendant un mois. Ma *carte de la réalité*, ce n'est pas le quotidien vécu dans le service, mais ce temps virtuel du staff. Je me rends compte que j'ouvre une porte dans un autre monde, « *où l'on va s'apaiser, et ouvrir ses défenses.* » J'apprends par le chef de service que c'est l'objectif recherché : c'est ce qu'on attend des mères dans le service. C'est aussi ce que le personnel cherche à vivre au staff. Je vais faire peu à peu connaissance sur l'écran avec les quatre mères hospitalisées dans le service et avec une équipe de professionnels. Les mères avec leur enfant ont déjà commencé un chemin à l'hôpital avant que je n'arrive ici. Je commence le mien, en restant un peu à l'extérieur de la scène.

J'ai pu l'oublier à mon arrivée, j'ai aperçu dans le couloir ou dans le jardin ces mères qui ne vont pas si mal, et j'observe au sein du staff un groupe d'allure plutôt conviviale, et je me suis laissée piéger dans une vue idéalisée. J'y vois même des figures familiales, maternelles, paternelles, fraternelles, des anciens, des nouveaux. Je remarque des places attirées et des membres de l'équipe qui bougent de staff en staff, comme cette psychologue qui travaille dans le service depuis une dizaine d'années que je vois assise parmi les soignantes, qui elles-mêmes changent de place. Elle me témoignera qu'elle s'assoit près d'elle comme pour s'imprégner davantage à leur contact du service, et compléter son travail de thérapeute. J'observe un système ouvert où chacun peut s'exprimer, qui va me permettre d'intervenir parfois sur ce que je vois, et de me mettre à l'aise, me situant au diapason des autres observateurs, presque d'égal à égal, mais je mesure aussi un manque réel d'expérience qui me différencie et me distancie des professionnels du staff. J'observe un moment vital d'échanges entre toutes les disciplines confondues : médecins psychiatres et pédiatre, psychologues, psychothérapeutes et soignantes, puéricultrices, sans connotation hiérarchique ou à peine. C'est voulu : pour le chef de service, toute l'équipe est thérapeute : je vois là une démarche originale, car habituellement les services hospitaliers fonctionnent de manière cloisonnée et hiérarchique. Dans un premier temps, mon oreille est plus active que mes yeux. Mais je me centre peu à peu sur cette mère et son enfant. Je n'arrive pas à déceler grand-chose à l'œil nu. C'est la participation du responsable et de son équipe qui va m'éclairer ainsi que l'interaction mère-enfant observée sur l'écran.

Malgré mon activité absorbante, je vois des relations autour de moi qui me permettent d'élaborer quelque chose. Je me vois adopter ce comportement certainement pour ne pas m'enfermer et réduire mon champ de vision uniquement sur le problème. Car je commence à comprendre qu'il y va d'un enjeu vital de deux êtres en souffrance, la mère et son enfant qui cherchent à communiquer, et d'une équipe qui vient vivre une expérience : observer ensemble pour entendre et accompagner une difficulté d'existence, *se mettre en relation* (suivant

l'étymologie du mot communication), à la recherche d'un regard commun pour le véhiculer ensuite auprès des mamans. J'entre peu à peu dans ces interactions en passant d'un *système observé* à un *système observant*¹⁴ : « Car l'observateur loin d'être neutre est participant et se retrouve partie prenante du système qu'il observe et qui, en fin de compte, l'inclut lui-même.¹⁵ De plus aucune observation n'est absolue : ce que l'on voit n'est qu'une toute petite fraction du système à observer, et qui est modifiée et qui n'est pas entièrement analysable par l'observateur : celui-ci délaisse des quantités d'information, car ce qu'il observe, il ne peut le voir qu'à travers sa propre grille de lecture, conditionnée par son histoire, son vécu etc.. Autrement dit, il déforme ce qu'il voit, et n'en voit qu'une partie ».

Je vois se former à partir de deux sous-systèmes un système qui devient thérapeutique et donc voici une analyse.

2. Les systèmes et les sous-systèmes

On peut ainsi distinguer :

- À un premier niveau, le sous-système mère-enfant d'une part, et le sous-système du staff, tous deux plongés dans le système du service de Maternologie.
- À un deuxième niveau, le système du staff composé du chef de clinique, l'équipe de terrain (infirmières et puéricultrices), l'équipe des thérapeutes (psychiatre, pédiatre, psychologues) les stagiaires du service, et moi-même « stagiaire au staff ». Ces sous-systèmes sont reliés entre eux et l'ensemble forme le système thérapeutique.

Ces structures sont représentées dans les deux schémas ci-après :

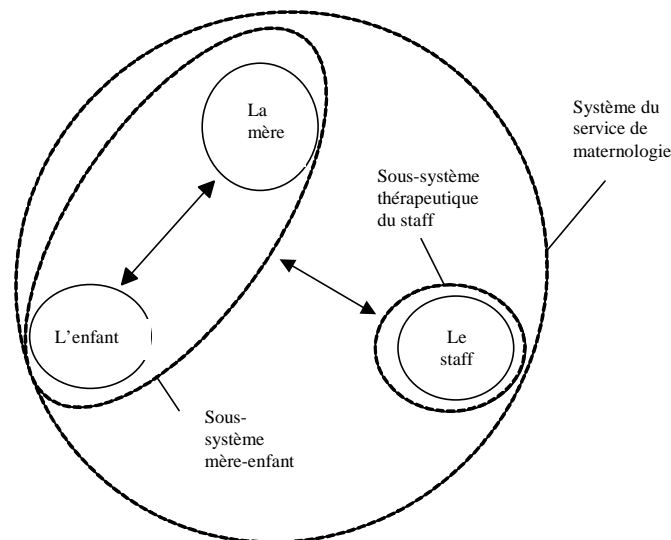


Figure 1. Les divers systèmes et sous-systèmes

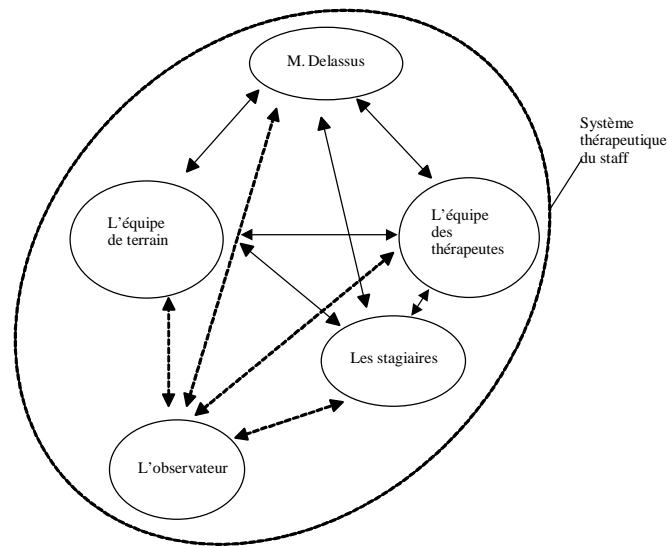


Figure 2. Le système thérapeutique du staff

D'après la théorie générale des systèmes¹⁶, « un système est un ensemble d'éléments en interaction », ce qui sous-entend déjà qu' « un système est quelque chose de plus que la somme de ses parties » (concept de non sommativité), et il est également « un système qui évolue dans le temps ».

3. Quelques exemples d'observation clinique

Voici, à titre d'illustration du système, un compte-rendu de quelques séquences vidéo observées et commentées par le chef de service, avec l'ébauche d'un regard systémique en parallèle. Malgré sa relative longueur, il m'a paru important de souligner concrètement l'importance du jeu des relations entre les acteurs qui font de ce staff un véritable système. Car il est intéressant de voir que dans le cas du staff, tout le monde est en thérapie, et qu'un processus de transformation va être le chemin de chacun, chacun va en bénéficier, et la mère par *rétroaction*, « *feedback* »¹⁷. Ce concept emprunté à la cybernétique nous fait entrer dans un système circulaire où A entraîne B qui entraîne C qui entraîne D et qui renvoie à A.

- **Mme Ferron et son bébé Marine**¹⁸ : cette observation illustre l'évolution du système thérapeutique.

Lorsqu'elle est entrée dans le service, son bébé avait trois mois. On s'installe et on actionne tout de suite en arrivant la dernière prise de biberon. On remarque en regardant la scène à une vitesse normale que depuis le début, la mère ne regarde pas sa fille. En fait, en décortiquant et en ralentissant l'image, c'est plus subtil que cela. Le Dr Delassus profitant de la présence de plusieurs stagiaires va faire un certain nombre d'observations et de remarques cliniques qui vont intéresser l'ensemble du groupe présent, même si certains savent déjà. Il y a une présence active dans la salle, le chef de service apparaît comme le personnage principal après la mère et

l'enfant. J'observe d'abord un système d'emboîtement comme celui de la poupée russe : le chef de service, la plus grande poupée qui chapeauterait son équipe, l'équipe les mamans, et les mamans les bébés. *Voici une image représentative de la situation observée grâce à la vidéo.*

- C'est le bébé qu'on regarde en premier, le révélateur, « *le petit clinicien* ».

M. Delassus¹⁹ : « *Il regarde en face, a un visage qui s'extrait du contexte, son corps est allongé...* »

Il me fait penser à un mort, et, comme M. Delassus demande qu'on le décrive, c'est si flagrant, qu'on me laisse la parole. Je deviens un élément d'un circuit d'interaction.

- M. Delassus : « *Ce n'est pas un bon signe. Le bébé est comme un mort. Il est le contraire d'un enfant abandonné, puisque cette mère a besoin de lui pour vivre, mais il est exposé. Il a les poings serrés. On observe une grande distance entre la mère et l'enfant, qui vient du fait que la mère ne sait pas ou ne peut pas. Il n'y a pas un holding suffisant de l'enfant. On voit un bébé qui résiste, se protège, alors qu'il est nourri, il n'est pas nourri. Voilà un bébé en difficulté de naissance* ».

- Puis on observe la mère en difficulté.

- « *Elle a les lèvres légèrement serrées, le visage n'est pas mobile mais fixe, on voit un masque figé. C'est ce qu'on appelle en anglais le still face. Quand elle lève la tête ou quand elle regarde son enfant : elle a le même visage figé qui révèle que cette mère souffre. Elle embrasse son bébé de côté.* »

La personne qui visionne - et elle change à chaque staff, ce qui me fait penser qu'il y a une certaine souplesse dans le fonctionnement - a ralenti l'image, à la demande du chef de service, pour bien l'observer et la sentir.

- « *Ce n'est pas un don, un partage : le don ça sort de soi et ça va vers l'autre. Il s'agit d'une inversion de maternité : une mère qui va se nourrir de son bébé pendant qu'elle nourrit le bébé au biberon, une mère qui souffre d'avoir à donner* ».

- « *Elle va faire un baiser, cherche une consolation, or précisément c'est ce que son bébé attend d'elle* ».

On voit le bébé une très courte séquence fermer les yeux. « *Ce n'est pas par hasard, la mère vient de lui faire ce baiser de côté, il goûte le baiser, ça parle à son corps. Et bien qu'on ne voie pas son visage ouvert, il s'est nourri de ce baiser* ».

- « *Une fois le baiser donné, il quitte l'immobilité : il s'était extrait du monde, le voilà mobilisé : c'est comme si la mère l'avait ranimé, il est dans un état qui attend tout, et ça met la mère à mal, puisqu'elle ne peut pas donner* ».

M. Delassus anticipe, et il ne se trompe pas : « *Il va se passer quelque chose, regardez bien : à un moment donné, les mamans qui sont en difficulté regardent les pieds de leur bébé* », et c'est ce qui se passe ici. Il demande le ralenti : « *L'extraordinaire intérêt de la vidéo : ça prend un autre sens avec cette lenteur* ».

- « *La mère n'éprouve pas de sentiment maternel à son égard, mais un besoin maternel pour elle-même : l'équipe a à lui donner une relation de soi à soi. La mère va apprendre à donner, elle va découvrir qu'on apprend à recevoir en donnant et non en prenant* ».

L'épisode est passé, on revient comme avant. L'enfant à nouveau ne réagit pas. On a assisté à une scène de réinversion de la maternité avec une réanimation de l'enfant, mais c'est un épisode invisible à l'œil nu.

« *Toute maman qui va bien dégage son visage pour être vue, celle-ci observée cache son visage avec ses cheveux. Elle lui parle, lui se protège un peu de la parole de sa maman. On voit les gestes de la mère qui vont vers l'extérieur. Elle peine* ».

« *Quand un bébé regarde sa mère vraiment, on le voit à l'écarquille des yeux, c'est extraordinaire à voir. Dans cette image-ci, il reste dans les yeux de ce bébé-ci une petite fente de*

contact très minime, il y a dans le regard de l'enfant comme de la suspicion. Il la regarde et ne trouve rien, et à nouveau sa fente est fermée, il dit à sa mère : « J'ai ouvert la porte, ah ! C'est vous, vous ne m'intéressez pas, je m'en vais, mais je vais revenir, car les bébés sont très patients ! Il faut savoir les écouter car ils disent quelque chose ».

Nous trouvant devant une difficulté de communication mère-enfant, nous voyons que dans une interaction, tout comportement est une communication. Il suit qu' « on ne peut pas ne pas communiquer, qu'on le veuille ou non, tout a valeur de message et de tels comportement influencent les autres, et les autres, en retour ne peuvent pas ne pas réagir à ces communications, et de ce fait eux-mêmes communiquent »²⁰.

- « Après la prise de ce biberon, qui a duré vingt minutes environ, malgré la position inquiétante du bébé qu'on a observée, la situation de maternité inversée, on observe de la chaleur dans le regard de la mère et une réponse active chez le bébé. L'enfant n'est pas captif. Il peut sortir. Il y a quelque chose de gagné ».

L'équipe se nourrit de cette image : on peut penser que la mère réanimant son enfant, réanime le système. Cet échange positif fait système : le chef de service réagit verbalement. Certains réagissent, les professionnels nouvellement arrivés comme le psychiatre co-thérapeute, une puéricultrice, une infirmière, puis on se concentre à nouveau sur l'image et on garde le silence en s'impliquant complètement. L'image apporte aussi des mots qu'on ne peut pas dire. Une cohésion s'installe. Le staff vidéo clinique est un lieu thérapeutique qui soigne à la fois les deux sous-systèmes mère-enfant et professionnel. Le staff est un outil de travail d'observation collective sur l'image qui sert à penser la relation du personnel avec la mère, de la mère avec son enfant, de la mère avec le personnel. L'observateur que je suis devient partenaire et collaborateur. L'interaction mère-enfant rejaillit sur l'ensemble du groupe. Quand les mères évoluent, le système bouge. Il s'agit toujours, selon Guy Ausloos²¹, de « s'immerger dans un processus interactif d'où émergera l'imprévisible et peut-être le changement ».

- « Dans la suite de la vidéo, on observe le beau visage de l'enfant qui communique avec la mère, elle regarde l'infirmière pour dire ce qu'elle a fait de bien avec son enfant, même s'il reste à progresser. Il a bu son biberon en entier. La main qui tient le biberon se desserre, le sourire apparaît légèrement chez la mère, elle lui prend sa main : contenance timide, mais la manière de faire est délicate ».

Cette évolution dans l'interaction circule dans l'équipe et fait du bien, soigne le regard, apporte fluidité, souplesse au système... On dirait que lorsque la parole est suspendue, il y a des choses qui se passent. Le tableau de cette mère en train de nourrir son bébé rejoint quelque chose de très profond : les premières relations avec sa propre mère, une partie très inconsciente de nous-mêmes, un lieu du premier bonheur paradisiaque ou de la toute première blessure. L'image possède un fort pouvoir suggestif car elle s'adresse à ce qui, en nous, relève de l'intuition, de la synthèse, de la vision globale et fait bouger des émotions qui échappent à la sphère rationnelle. C'est pourquoi les membres du staff vivent des émotions pendant le staff en particulier, qu'ils transmettent d'une manière forte et non verbale.

- « La mère est mieux et l'enfant aussi : son visage s'anime, bouge, il n'est plus immobile. Elle s'est arrondie et enveloppe son enfant : on observe une grande différence avec la toute première image. Le bébé est en train de découvrir ce qu'est un visage. On observe un baiser différent, non de côté mais de face, franc, massif, sonore. Là, la maman reçoit tout en donnant. À la fin, quand il a fini de manger, on voit sur l'image que l'enfant est courbé alors qu'il était à plat au début de la prise du biberon. On observe une brillance des yeux qu'on ne voyait pas au début. Il boit son biberon, mais il le reçoit de quelqu'un, dans un rapport interpersonnel. Dans la suite de la vidéo, la mère est moins tendue. La petite main du bébé est bien participante. Cet enfant a pris trois kilos de santé en trois minutes ».

« Nous considérons que le signe de guérison entre une mère et son bébé qui leur permet de sortir, c'est lorsqu'ils deviennent beaux tous les deux... ».

Le ralenti, bien que procédé artificiel, aide à mieux saisir ces moments fugitifs. Voici ce qu'en dit **Anne Catherine Cassin**, une des psychologues du service qui a travaillé dessus :

« C'est une chose de regarder les images à la vitesse normale, mais quand on les regarde au ralenti, c'est là, à mon sens, que le regard commun s'établit. On change de dimension, et c'est là qu'on peut repérer une souffrance. En plus de ça, quand on regarde les images comme ça défiler, on peut être avec ses propres affects mais à partir du moment où on va au ralenti : c'est comme s'il y avait une dimension inconsciente qu'on arrivait à percevoir, et en même temps, on est dans le réel, on bascule dans une autre dimension par rapport au temps. On utilise le ralenti en clinique : une évidence, une confirmation, il n'y a pas de mensonge, la réalité arrive avec le ralenti : quelque chose de l'ordre de l'intuition »²².

- « Elle met en route la capacité de rêverie clinique ». Après avoir fait une observation clinique rigoureuse, M. Delassus demande pendant deux minutes à l'équipe, sur arrêt sur image, de se laisser aller, de s'imprégner de cette icône de la maternité. Plutôt que de rêverie clinique, on pourrait tout aussi bien parler d'« espérance clinique ».

- « L'observation de cette mère-ci nous aide à penser les autres mères, ce qui s'est produit là pourrait se produire aussi pour les autres mères ».

C'est un regard d'espérance positif qui est lancé ici, et qui englobe le service tout entier et son objectif, qui élargit le système présent vers les autres mères présentes ou qui sont déjà passées au service, et celles qui viendront. Après le staff, ça a bougé entre cette mère et cet enfant qui sont dans le service depuis vingt jours. Ils ont beaucoup parlé de cette mère aux staffs précédents. Elle s'est sentie pensée, portée par ce mouvement d'équipe, par cette empathie, elle s'est mise peu à peu à accepter cette part étrangère de son bébé qu'elle a regardé autrement. Le staff suivant :

- « On a besoin d'images pour voir comment elle évolue ».

On regarde un peu la mère donner le biberon à son enfant avant de parler d'elle. Ce qui me frappe, ce sont ces allées et venues entre l'élaboration et le retour à la clinique.

- « Elle n'est pas dans le don. Son corps n'est pas disponible pour elle-même et pour son enfant ».

- « Mme Ferron a perdu sa grand-mère et elle ne se remet pas de cette perte. Elle a une frustration d'amour avec sa mère qu'elle compense avec la grand-mère. Ça n'a pas évolué dans le bon sens. Elle est prisonnière de cette histoire de loyauté ».

On parle du week-end. L'équipe accepte qu'elle parte chez elle.

- « On ne voit pas les choses de la même manière quand on est seul que lorsqu'on est ensemble. Le travail de staff : c'est une communion entre nous de réflexions et de partages d'effets ».

- « Malgré tout, du fond de la douleur, elle engage un dialogue, on voit la petite main qui part se promener, son petit doigt qui se relève. La mère va se ressourcer dans ce qui se passe, et le bébé est ouvert, bouge sa main. On observe dans les yeux une occlusion (les yeux qui s'ouvrent avec le sourcil en accent circonflexe). C'est rassurant, car cette maman sort dans vingt jours » (date déclenchée par la fermeture du service).

Il demande aux soignants quelle conclusion on peut tirer d'elle depuis huit jours. C'est une maman qui est depuis trois semaines dans le service. On se pose cette question ensemble pour savoir si elle peut aller chez elle samedi.

Une infirmière : « Non, pas deux jours, car il faut être prudent, elle est encore très fragile ».

M. Delassus : « *La vidéo sert à nourrir les soignants : elle montre que la relation change. En peu de temps, on voit des choses fortes, encourageantes pour le personnel, on a des images dans la tête et certaines très bonnes* ».

« *On voit les étapes : son sourire s'agrandit, elle vient le dire à la caméra. On vient de voir la sollicitude maternelle, rien à voir avec la maman en still face de l'image des débuts. Elle n'a pas le visage fermé même s'il reste souvent grave. Et le bébé n'a plus les yeux fermés de la même manière, il est « dans son fauteuil de mère ».*

« *En conclusion : il y a de l'espoir donc pour cette maman, ça va pour vous les soignants, le cap est passé, il suffit de la soutenir. Elle a travaillé cette maman. Elle a « libéré » son soi* ».

Ce n'est pas parce que j'observe que je dois me mettre en retrait. C'est difficile de ne pas se laisser envahir par ses sentiments et par un regard négatif sur soi d'incompétence, mais j'observe en même temps que le fait de ne pas être dans la situation réelle (celle des soignants, des psychologues, de la vidéo clinique) tout en étant soutenue par le staff, permet d'être en méta position.

- **Madame Calier et son bébé Fanny** : cette observation illustre la réanimation du système.

« *Pendant le staff, surtout appuyés sur l'étude vidéo, nous recomposons à mesure l'histoire des mères pour les comprendre et qu'elles puissent oser se dégager de ce qui les entrave* »²³.

Lorsqu'elle est entrée dans le service, le bébé avait sept mois. Madame Calier avait déjà connu un séjour en psychiatrie d'une durée de trois mois où elle avait pris dix-sept kilos. M. Delassus reprend toute l'histoire de cette femme et va faire une synthèse pour avancer dans la compréhension. Il a besoin d'éléments biographiques quand la patiente présente des difficultés, régresse et que l'équipe stagne avec le sentiment de tourner en rond, d'où cette longue élaboration qui suit qu'il va diriger avec des échanges de deux heures entrecoupés de visionnages vidéo, ceci pour faire réagir l'équipe avec lui et faire avancer les choses.

M. Delassus : « *Tout peut devenir occasion de tuer cet enfant, elle se surveille, elle surveille son enfant, elle se méfie d'elle, même la nuit. Elle a eu trois amniocentèses, car il y avait suspicion de trisomie 21. Il y a eu une grossesse avec un chemin angoissé* ».

M. Delassus m'apparaît comme celui qui met en mouvement, qui orchestre, c'est « *l'activateur du processus* » selon Ausloos²⁴. Pour s'enquérir ensemble des mères et de leur histoire passée, je remarque qu'il se met « en dépendance de son staff », et provoque un mouvement d'humilité, de remise en question, un réajustement du regard clinique sur cette maman. Il prend le pouls de cette mère, celui de son équipe, reprend son histoire, fait baisser l'anxiété, empêche de se figer sur la difficulté maternelle. J'observe une dynamique : on s'informe ensemble tout haut sur la maman.

- « *Un cas difficile, ennuyeux, elle provoque notre agacement...* »

Le mot d'agacement semble léger pour quelqu'un de l'extérieur. Il serait tenté de noircir le tableau en employant un mot plus fort, mais c'est fait volontairement pour ne pas s'enfermer avec cette mère, qui inquiète quand on la regarde, même sans compétence. Je ne me sens pas jugée à l'intérieur de ce staff. Or j'entre dans un jugement à l'égard de cette mère qui me gêne car j'aurais pu être dans sa situation. J'ai un certain malaise... M. Delassus ouvre au contraire un chemin avec une issue possible. Or un principe de base que M. Delassus rappelle est qu'on ne juge jamais quand on est clinicien. On observe un grand respect des patients ainsi que de leurs familles. Je remarque également ce respect, ce regard positif, dans le comportement de l'équipe quand un collègue parle ou qu'un stagiaire ose s'exprimer.

M. Delassus : « *L'enfant, comment va-t-elle ?* ».

Une puéricultrice : « *Fanny est une enfant très vivante dans le contact, aime la compagnie. Elle va bien* »

M. Delassus, qui regarde l'image : « *Mais elle est très vite affectée quand sa mère ne va pas bien, elle la regarde avec méfiance* ».

« *Cette maman est là pourquoi ? Depuis quand ? Le motif de sa venue dans le service : l'enfant était en danger. Revenons à sa demande initiale au premier entretien* » : « *Je veux être hospitalisée car je veux jeter mon enfant par-dessus le pont* » Il s'agit d'une phobie d'impulsion. Le symptôme de départ continue d'être évoqué ».

La psychologue qui la suit : « *A chaque entretien, elle reparle de ses idées de tuer l'enfant et dit : « ça me fait très peur de m'endormir* ».

Une infirmière reprend : « *Ce que me dit la maman : « Je veux la tuer », et en même temps, elle contrôle avec sa lampe électrique si elle n'est pas morte* ».

Le Dr Delassus s'adresse à son équipe : « *Est-ce que vous le voyez, par son regard, ses actes ?* »

Une infirmière de nuit : « *Non, elle a de la sollicitude mais beaucoup de contrôle aussi, elle se lève souvent la nuit. Pendant un mois, il n'y a rien eu, sauf hier soir, elle nous a dit : « J'ai peur de la tuer cette nuit, je veux la garder....* ».

M. Delassus reformule : « *C'est reparu cette nuit ... Au bout d'un mois, il n'y a pas d'évolution, elle est difficile parce qu'elle souffre, on sent quelqu'un de déchiré en soi, elle a pourtant tout le monde à son service.*

« *Elle a une authentique structure psychotique, il serait bon que cet enfant soit placé. Il faut être violent parfois (en parole) sinon on se laisse prendre par l'émotion, l'inquiétude. Or, ce n'est pas l'inquiétude qui doit faire le diagnostic* ».

- « *On a eu cette femme trop tard, car on soigne tôt, ou on ne soigne pas. Elle mène une existence régressive, et elle cherche à vous imposer ça* ».

- « *Sa profession* » ?

La psychologue : « *Elle est aide-soignante, elle faisait bien son travail, mais ils la trouvaient pénible et la surnommait la grande râleuse* ».

M. Delassus : « *Sa famille* » ?

La psychologue : « *Les parents vivent au Portugal (huit enfants, dont un décédé à dix mois), elle est l'avant-dernière, sa mère s'est détournée d'elle, elle a été confiée à la sœur qui avait alors douze ans. Elle a vécu dans un climat d'humiliation, mésestimée par un père violent qui trouvait sa fille laide* ».

M. Delassus : « *Elle recherche sa mère, elle est restée collée à sa mère. Elle n'est pas à l'aise dans la relation. Elle est dans son monde auquel elle tient et ne cherche pas à entrer dans notre monde. Elle va élever cet enfant dans la confusion* ».

- « *Nous sommes embobinés, on doit voir clair. On n'est plus dans la question de la relation mère-enfant, on est devant une personnalité psychopathologique* ».

- *Son mari, qui est-il ?*

La psychologue : « *L'amour n'est pas génial entre eux... il gère tout, il ne lui laisse rien faire et en même temps, elle ne demande que de le retrouver* ».

Une infirmière : « *Par exemple, Monsieur a apporté de la nourriture fraîche congelée au service. Madame se sent infantilisée et incapable. Lui apporterait « la bonne nourriture » et pas elle...* ».

M. Delassus : « *Les pères sont souvent désemparés et revendiquent leur place, se posant en rivaux soit de l'équipe, soit de la mère. Ils viennent pour accaparer l'enfant et prouver qu'ils s'y connaissent mieux que la mère défaillante* ».

Le père ferait lui aussi partie du système thérapeutique. Il n'est pas présent en ce moment du staff. Il pourrait. Car l'objectif de l'équipe est de l'intégrer dans la prise en charge de sa femme, en lui laissant dans la mesure du possible le rôle qu'il aurait chez lui, et de lui faire sa place auprès de l'enfant. Ce service semble travailler surtout sur la relation mère-enfant, moins sur le couple. En théorie le père existe bien, mais dans la réalité du service, comment le faire exister davantage, ce sont des questions que je me pose de ma place. Je verrai dans la période post-staff que l'un des membres du staff soulèvera spontanément ce point de vue.

M. Delassus : *« Il n'y a pas de dysfonctionnement maternel primaire qui ne s'accompagne de problématique avec le conjoint. Le couple, ce sont deux personnes qui vont entrer en conflit sur la question de la maternité. Nous avons autant à soigner une difficulté maternelle qu'à préparer la place du père, ce père qui nous remplacera après la période de soins que nous aurons assurée. Notre position nous conduit à exercer une certaine fonction paternelle : notre regard enveloppe la mère et l'enfant comme pourrait le faire un regard de père. Et en aucun cas nous ne prenons la place du père.*

On a mis deux heures pour comprendre quelqu'un. Il faut reculer pour avancer et ne pas se laisser coincé dans cette histoire, sinon le personnel sera à la traîne avec ce malade ; il ne faut jamais être à la traîne des malades et de leurs symptômes, on reprend l'avantage. On a plein d'éléments dans la tête pour ne pas être pris dans la rengaine quotidienne ».

Suivant les termes de Minuchin, un des pionniers en thérapie familiale, M. Delassus se comporte comme un « metteur en scène et un acteur dans la pièce familiale ». Avec ses cothérapeutes, ses acteurs, il se « fond » littéralement dans l'histoire familiale. Il y a une attitude qui ressemble à l'affiliation. Par les questions posées sur l'histoire de cette patiente, par la reformulation pour avancer en restant en empathie et en la rejoignant, toute l'équipe refait ce chemin de son histoire avec elle, ce qui va permettre en retour à cette patiente d'avancer. Il explique ici la nécessité d'élaborer en groupe : ça fait évoluer tout le système.

« Mme Calier a eu un traitement psychiatrique très contraignant avant d'être hospitalisée ici au service : elle est passée de 55kg à 72kg. Dans le compte-rendu de l'hôpital psychiatrique, elle a développé une pathologie invalidante avec des phobies d'impulsion qui ont motivé une hospitalisation de deux mois.

Entre son entrée et sa sortie, on n'a vu aucun résultat satisfaisant sinon un lourd traitement et une prise de poids de surcroît ! Or il faut comprendre tout ça pour la sortir de là, et pour nous sortir de là, sinon le médecin va lui donner un anxiolytique qui va faire couvercle, et on retourne au symptôme. L'acte de prescription évite au patient le travail de la pensée, coupe ce travail ».

« La vidéo nous met sous les yeux ce qu'elle est devenue. Elle se dégoûte, elle ne supporte pas son corps empâté ».

Le staff se termine avec cette question. M. Delassus souligne l'importance d'avoir des photos de Mme Calier avant son épisode psychiatrique, et quand elle avait dix huit ans : *« Il est important qu'on se penche sur elle avec cette attention positive, qu'elle se rende compte et comprenne avec nous cette modification de son corps ».* Au prochain staff, deux jours après. L'observation permet d'anticiper le travail qui se fera dans le service :

M. Delassus : *« Elle s'entête, la relation avec son enfant est de type fusionnel. Il faut qu'elle bataille avec vous, que son rapport de force se déplace sur vous le personnel, et ça va être dur, vous allez prendre sur vous ».*

Une infirmière : *« Elle est impossible, elle nous dit : « Je veux rentrer à la maison, j'étouffe, je suis en prison ici. Elle vit très mal l'hospitalisation ».*

M. Delassus : *« Elle se rend elle-même prisonnière, car rien ne la contraint... Le bébé ne regarde pas sa mère. Il la cherche, mais avec méfiance. La mère est impitoyable, implacable. C'est davantage sa maternité que ce cadre qui l'étouffe. Elle est sortie ce week-end et ça a tout cassé... C'est une mère butée ».*

Le week-end chez elle a dû mal se passer. Elle a été filmée hier lundi au retour du week-end. Il est intéressant d'observer que la sortie décidée en staff n'a pas été forcément une erreur de discernement de l'équipe, le risque pris peut être aussi un moyen de rebondir et de repartir avec cette maman, même s'il y a quelque rechute. M. Delassus souligne un progrès, il l'a trouvée plus allante en la voyant promener son bébé dans le jardin.

Tout en continuant de la regarder nourrir l'enfant : « *Est-ce qu'elle va mieux aujourd'hui mardi ? L'enfant se laisse faire quelque part* ».

M. Delassus à une infirmière importunée par le caractère difficile de la situation : « *Quand elle te demande, tu réponds, le reste c'est son chemin, on ne va pas se laisser empiéter, ça ne nous concerne pas, il ne faut pas t'effacer, ne rien laisser passer, tu te montres exigeante : elle te respecte* ».

L'infirmière : « *Est-ce qu'on va réussir ?* »

M. Delassus : « *Tu t'es mis un but, donc tu te prépares à l'échec. Il ne faut pas avoir d'objectif, il faut être soi, soignant à part entière, sans but. Ce que tu fais, tu le fais et tu rentres chez toi.*

La réalité clinique que vous avez sous les yeux va vous permettre de la supporter, vous, les infirmières, qui êtes en permanence avec elle. Si vous n'aviez pas d'instrument pour comprendre ce qui se passe, soit vous vous en débarrasseriez, soit vous établiriez des jugements moraux, et donc vous ne faites pas de clinique ».

« *La chose qui m'importe dans le service, c'est que vous, les soignantes, vous alliez bien* ».

Je constate un déclic dans la manière d'en arriver là, à ce chemin parcouru. Il y a bien un système thérapeutique staff-mère-enfant qui fonctionne. Le long temps passé sur cette mère contraste avec cette seule phrase lancée par le chef de service qui en dit beaucoup sur les insultes, les projections que peuvent vivre les soignantes et qui ont besoin elles aussi d'un soin au staff.

Voici le témoignage de Françoise Sallet, une infirmière présente dès le début de l'expérience et qui va bientôt partir à la retraite :

« *Tous les jours, tous les jours, on est confronté à la maman. Tout en restant professionnel, on a ce côté maternel, contenant, on est obligé de l'avoir, c'est quelque chose qui est en nous. Dans un premier temps, cela les dérange moins de nous solliciter que d'aller voir le thérapeute qui va remuer des choses. Mais ensuite elles ne peuvent plus s'en passer. Parfois en sortant de l'entretien, elles ne sont pas bien, et en même temps elles l'attendent. Parfois, après elles se posent des questions et nous les apportent* ».

Elle insiste sur l'exigence et le réalisme de la tâche du soignant, de l'accompagnement de presque tous les instants :

« *Après l'entretien quotidien des psychologues, c'est nous qui sommes encore là, on est toujours là, et la nuit. La continuité dans ce service, c'est extraordinaire* ».

Je comprends pourquoi je m'asseyais spontanément près de l'une ou l'autre des infirmières pendant que j'assistais aux staffs. Si on se met à la place du soignant qui observe au staff, il n'est plus pris par la présence et l'attention soutenue auprès des mères, par la contrainte et la lourdeur parfois du quotidien et la dispersion de la présence de plusieurs mères à la fois. En effet, après avoir perçu expérimentalement un certain nombre de choses, j'ai pu en avoir une confirmation explicite à la faveur de plusieurs contacts que j'ai suscités. Ce nouvel exercice de *métacommunication* m'a permis de vérifier quelques aspects systémiques. Dans les comptes-rendus d'interviews qui suivent, j'ai extrait les éléments les plus significatifs et les ai assortis de commentaires. « *Un système est capable de se modifier dans certaines circonstances pour conserver son identité tout en s'adaptant au changement qui lui est imposé* »²⁵. Cette définition du système illustre bien ce temps du staff que nous venons d'évoquer, et également « l'après-

staff ». Il est intéressant de voir la manière avec laquelle chacun s'exprimait sur un même point, placé dans une situation isolée du groupe porteur, participant à une espèce de « recadrage ».

IV. Deuxième période : l'après-staff

1. Ma démarche

En raison de travaux, le service de Maternologie a cessé temporairement son activité d'accueil et d'hospitalisation des mères et, avec l'approbation du chef de service, j'ai pu continuer mon travail, faire des liens avec l'expérience précédente et mettre des mots à la place de ma seule observation et du ressenti, en prenant des contacts personnels avec certains membres de l'équipe pour compléter ou confirmer la vision que j'en avais. Cette démarche a été facilitée et avait un sens dans la mesure où j'avais participé au staff. Je ne me suis pas comportée comme un enquêteur, mais comme un des éléments faisant partie du système avant l'interruption. « *Nous devons d'abord comprendre le système comme un tout avant d'espérer pouvoir comprendre la nature de ses parties, puisque la nature des parties est déterminée par leur rôle à l'intérieur du système dans son ensemble* »²⁶. Une nouvelle interaction avec des éléments du système, et non plus avec le système entier, a donc pris place. Ce faisant, un nouveau système se créait, dans lequel le staff lui-même n'existait plus physiquement, mais seulement son souvenir, ses images, une présence virtuelle qui n'était pas sans rappeler celle de la mère et de l'enfant sur les images vidéo. J'ai retrouvé au sein de cette expérience ma position de dernière dans ma fratrie. Dans ma frustration de la rupture, j'ai réussi à me frayer un chemin, à créer un contexte avec un échange possible et un mouvement de sympathie de part et d'autre. J'ai été vue par les stagiaires comme celle qui entre en contact facilement, qui aurait appris dans sa famille nombreuse à se faire une place. J'ai rencontré ces personnes dans un autre contexte. Elles-mêmes ont ainsi été amenées à réfléchir sur leur pratique, à sortir de ce contexte du staff, et, pour ainsi dire, à le regarder de l'extérieur. Dans cette nouvelle situation, j'ai bien relevé, de mon côté, que rencontrer une personne n'était pas la même chose que rencontrer un système. Mais en même temps qu'elle me parlait individuellement, je restituais ces propos dans le cadre du staff à leur place physique et à leur place dans leur fonction propre. Cet exercice de *métacommunication* m'a permis de vérifier certaines propriétés systémiques : « *Une communication ne se borne pas à transmettre une information et induit en même temps un comportement, car dans la communication humaine, il y a deux niveaux : l'information, qui est le contenu, et la relation, qui est la manière dont on doit entendre le contenu* ». Dans les comptes-rendus qui suivent, j'ai extrait des éléments pour tenter d'en faire une analyse systémique Cette rupture allait-elle induire un changement dans les méthodes du staff, conduisant le système vers un nouvel équilibre ? Certains éléments permettent de le penser.

2. Les rencontres avec les éléments du système

Les rencontres qui suivent confirment l'intégration de la méthode du vidéo-staff avec des professionnels réunis par une expérience commune forte (induisant des remises en cause personnelles) et un but commun. On sent une maturité - surtout chez les anciens qui reflète celle repérée précédemment chez le chef de service – qui exclut le jugement et qui permet de reconnaître sereinement les imperfections qui subsistent dans le fonctionnement du service ; le système n'est pas bloqué.

- **Lucette Brandt, cadre infirmier**

Mme Brandt est un pilier de la Fondation. Elle a vécu la période de mise au point de la méthode de Maternologie. J'avais remarqué dans le système du staff sa discrétion, son silence. Elle est

très présente mais intervient très peu, sans place attirée auprès du chef de service, se mêlant parmi ses jeunes infirmières qu'elle écoute et à qui elle laisse volontairement la parole.

<p>« Mon rôle est primordial, je suis chargée de maintenir la cohésion entre le patient, les soignants, les thérapeutes. Le staff nous permet cette cohésion mais c'est à moi de veiller à la maintenir et qu'elle reste permanente, car je suis un peu le gardien du collectif, et d'une atmosphère conviviale mais qui reste thérapeutique. C'est la difficulté vis-à-vis des mamans et vis-à-vis de l'équipe de maintenir tout le temps cet équilibre. Le cadre veille à ces liens entre tout le monde. Donc on échange, ça maintient cet esprit de groupe, on est soudé,, car une bonne entente est la condition d'un bon soin. Et si on arrive à faire cette alchimie, on a un service qui tourne tout seul».</p>	<p>Le système est davantage que la seule juxtaposition d'éléments autonomes (propriété d'un système ouvert : principe de non sommativité)</p> <p>« Le thérapeute systémicien concentre ses efforts sur les communications entre les sous-systèmes, son objectif étant de les améliorer au bénéfice de la famille toute entière »²⁷.</p> <p>Ce professionnel prend plaisir à décrire sa fonction dans le système, maintenant la circularité du système. Je la situe proche du chef de service.</p> <p>La fermeture du service lui permet de prendre un recul profitable et de faire le point.</p>
<p>« A la fin du staff, on voit tous la même chose, on a le même regard, on travaille dans le même sens. Il s'opère un recadrage qui est la « cohésion groupale ». C'est à la fin du staff ou de plusieurs staffs, et après plusieurs années de pratique de l'observation de la vidéo et de l'accompagnement sur le terrain, qu'on tend à une observation neutre, dépouillée de notre subjectivité ».</p> <p>« Quand on voit un bébé qui part dans la rêverie, dans la dernière phase : l'ouverture au monde, nous aussi, on est un peu là-dedans ».</p>	<p>Le recadrage du groupe, recommencé à chaque staff avec un plus à chaque fois, permet, avec le temps, de filtrer les impressions personnelles et de tendre vers une vision de plus en plus objective.</p> <p>Ceci suppose qu'il n'y ait pas de leader susceptible d'influencer les opinions. M. Delassus prend soin de permettre à chacun de s'exprimer et a donné comme règle que les relations hiérarchiques soient très limitées.</p>
<p>« On ne se soigne pas les uns les autres, c'est le patient qui nous soigne, il est notre thérapeute et le bébé le petit clinicien. Le staff est un lieu thérapeutique où les membres de l'équipe viennent se soigner et se remettent en question en permanence ».</p>	<p>Dans ces conditions, on comprend que le staff soit également un lieu thérapeutique pour ses membres.</p>

- **Une jeune infirmière**

<p>Je suis là depuis trois ans. J'ai appris sur le tas avec une petite formation sur les concepts de la Maternologie. Le travail auprès de la petite enfance me plaisait bien. Pendant ces trois ans, j'ai trouvé ma place par rapport à ma mère, qui était envahissante après ma grossesse (elle a vécu des manques d'affection pendant son enfance). J'ai fait le cheminement toute seule, au contact de ces mères en difficulté, ce qui m'a permis d'avoir un regard sur ma propre famille ».</p>	<p>Réciprocité des interactions du système.</p>
--	---

<p>« On a un regard autre sur la mère, grâce à ce travail sur soi, grâce à ce travail d'équipe, et réciproquement, la mère sait qu'on a discuté d'elle, ressent qu'on a travaillé sur son cas, qu'on a un regard positif, ça la fait avancer ».</p>	<p>Le soin du malade commence par le travail inévitable du professionnel sur soi et par le soin de ses propres relations avec son entourage. Comme dans tout système, l'objectif du système est d'autant mieux atteint que les relations entre ses éléments sont meilleures.</p>
<p>Un souci : « Des mamans nous mettent à mal, elles nous rappellent quelqu'un, ou c'est elles qui nous disent : « vous me rappelez quelqu'un ». Il faut qu'on analyse pourquoi, on discute entre infirmières ou avec le thérapeute ».</p> <p>« Ne pas s'approprier une maman » (cas d'une collègue soignante qui projetait sur une mère, seule avec son enfant, sa propre expérience de femme ayant perdu son mari).</p>	<p>La sauvegarde de la distance thérapeutique est indispensable pour le bien à la fois du personnel et des mères.</p> <p>Elle permet de conserver la fluidité des interactions entre les éléments du système et de maintenir ses capacités de fonctionnement (la communication peut, jusqu'à un certain point, utiliser des cheminements restés libres entre d'autres éléments).</p>
<p>« Ici, on est dans un registre plus humain avec des gestes moins techniques et systématiques qu'à l'hôpital, on explique tout aux mamans, pourquoi on le fait, avec des mots simples. Nous sommes accompagnatrices en restant professionnelles, et mon travail continue à l'extérieur : je parle de Maternologie dans mon entourage et je garde un œil professionnel. Il m'est arrivé de voir une maltraitance qui s'installait dans une famille de mon entourage ».</p> <p>Entre temps, pendant ces mois de fermeture, les infirmières ont fait un stage en PMI. Cette expérience leur a montré le caractère spécifique et la difficulté de leur travail. Elle a permis de faire mieux connaître la Maternologie à l'extérieur.</p>	<p>Il s'agit bien d'un système ouvert dont les membres sont soumis aux influences extérieures et dont le comportement à l'extérieur est influencé par leur appartenance au système.</p>

- **Véronique Boureau-Louvet, psychologue clinicienne et psychanalyste**

Madame Boureau-Louvet, qui a participé aussi à la fondation du service, est le bras droit du Dr Delassus qu'elle remplace au staff en son absence. Elle travaille avec un co-thérapeute pédiatre. Elle reçoit en entretien tous les jours les mères hospitalisées et celles de l'extérieur qui viennent consulter (en parallèle avec une autre équipe composée d'une psychologue et d'un jeune psychiatre).

<p>« Vient le temps où on cherche le sens du comportement maternel, on en reprend le fil afin que notre regard prenne sens, on fait des liens, il faut toujours relier. Le staff nous aide à prendre les éléments et à les relier dans notre esprit ».</p>	<p>Il n'y a pas de système sans lien, sans liaisons qui créent le sens, la logique du système et de ses parties.</p>
<p>« Déconstruire pour reconstruire. On a un comportement, un discours, on réagit, c'est normal, et on se pose. L'objectif du staff, c'est cette reconstruction dans nos têtes qui fait que lorsqu'on rencontre la mère, on peut la</p>	<p>Déconstruire pour comprendre et reconstruire pour soigner. Soigner pendant ce temps du staff, c'est s'ouvrir, « renaître », faire un travail de requalification, avoir une connotation positive de la relation soignant-malade. En reconstruisant, le système crée son unité, source de guérison pour la</p>

rencontrer différemment.	relation mère-enfant.
<p><i>Le vidéostaff : « Un enrichissement de données qui nous permettent d’avoir une appréhension la plus proche de la souffrance maternelle à travers ce que nous sommes ».</i></p> <p><i>« Nous effectuons sur nous-même le soin de notre regard clinique à l’égard des mères et des bébés ».</i></p>	<p>C’est à travers ce que chacun est que se jouent les interactions du système. Le système est en réalité constitué de bien davantage de composantes que celles qui sont visibles : les histoires de tous ses membres qui s’invitent invisiblement dans le jeu. On serait tenté de rajouter à la définition de Bateson « un système humain est un ensemble de parties interdépendantes plus l’ensemble des relations entre celles-ci, plus la croissance évolutive simultanée de tous ses participants », plus toute leur histoire et la richesse de leurs tempéraments.</p> <p>Les micro-déstabilisations à ce niveau sont autant de facteurs de progrès d’un système global qui recherche toujours son nouvel équilibre (homéostasie).</p>
<p><i>« Même à deux, quand nous sommes bloqués (parce que la souffrance est là), le travail de staff nous amène à dépasser cette inhibition. Ça se givre, ça se coagule, mais le staff a cette fonction essentielle de dégivrer ».</i></p> <p><i>« Ce choix de travailler avec un cothérapeute ici un pédiatre a de multiples conséquences. C’est à la fois le travail de cothérapeute mais également le travail du staff lorsque nous sommes en quelque sorte pris dans une inhibition de pensée. M Delassus le rappelle très souvent et je suis tout à fait en accord avec lui quand il dit : « Dans le fond, le boulot d’un malade, c’est, de façon inconsciente, de ne pas guérir ». Il y a parfois des stratégies inconscientes qui visent à bloquer le ou les thérapeutes. Et il est alors absolument essentiel que le travail du groupe nous amène à dépasser cette inhibition, dépasser ce gel de la pensée et que le collectif, le travail, la pensée des autres, les observations, la vidéo également nous réouvrent des perspectives là où parfois les choses se bloquent et tournent en rond. Il y a vraiment une vertu du staff à ce niveau-là ».</i></p>	<p><i>« Ce que nous pouvons par contre observer dans presque tous les cas de communication pathologique, c’est l’existence de cercles vicieux qu’on ne peut briser tant que la communication ne devient pas elle-même objet de communication, autrement dit tant que les partenaires ne sont pas capables de métacommuniquer. Mais il faut pour cela qu’ils sortent du cercle »²⁸.</i></p> <p>Il s’agit de la nécessité de se situer à l’extérieur d’une situation donnée pour la résoudre.</p> <p>La fonction désinhibante du staff pourrait jouer à plusieurs niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Par l’ouverture à d’autres regards (tiers) qui enrichissent la vision limitée des thérapeutes • Par le recul introduit par l’image par rapport à la situation réelle • Par l’observation du comportement de la maman, quelquefois plus éloquent que ses paroles. <p>Le sous-système thérapeutes-maman doit s’ouvrir à la perturbation extérieure que constituent ces diverses confrontations pour repartir vers un nouvel équilibre : c’est le principe de l’homéostasie.</p>
<p><i>Ce qui est important dans l’image, c’est quand elle vient nous signifier la part de soi et du don maternel à l’œuvre, là où ça ne se voit pas du tout dans la vie courante, et en entretien dans le face à face, et j’insiste beaucoup sur le fait qu’on peut</i></p>	<p>La capacité à la rêverie clinique, outil du vidéostaff, est un état particulier, quelque chose qui fait que l’équipe des professionnels se lâche grâce en particulier au ralenti effectué sur l’image.</p> <p>La « rêverie thérapeutique », déclenchée par un</p>

<i>capter, même si c'est une demi seconde, la part en devenir d'émergence qui est dans cette maman, sur laquelle effectivement on peut s'arrêter et en rêver le développement, et ça nous soutient, vous ne pouvez pas imaginer ! ».</i>	petit indice comportemental positif décelé sur la vidéo, relance la dynamique du système, réactive le processus, en faisant entrevoir l'état futur possible de celui-ci.
--	--

V. Réflexions systémiques à propos de cette expérience

Après avoir décrit le fonctionnement du staff depuis mon observation et celle des différents sous-systèmes, j'aurais pu aussi donner l'observation de la mère qui est parfois mise à mal d'être filmée, surtout quand elle n'est pas bien, et qui par contre aime l'être quand elle va bien, qui sait que là on s'intéresse à elle. Après nous être plongés dans le concret de la méthode en faisant une analyse systémique, il est bon de prendre du recul pour étudier son fonctionnement sur un plan plus global, et particulièrement les trois points suivants :

1. Le rôle de « l'activateur du processus »

« *La situation de thérapie est une situation interactionnelle où les membres du système étudiés (ici il s'agit de la mère avec son enfant) sont tout autant acteurs que les thérapeutes et où, par définition, il n'y a rien à prouver mais seulement un processus à activer* ». Joël de Rosnais²⁹ définit un système comme « *un ensemble d'éléments en interaction dynamique organisé en fonction d'un but* ». Le système thérapeutique du staff a un but qui tend à activer un processus, à entretenir un mouvement circulaire, à développer un changement, à réactiver l'autonomisation et de la mère et de celle du personnel soignant. Le fonctionnement correct d'un système suppose qu'il possède une composante active qui mette en mouvement le jeu des interactions et joue le rôle de « l'activateur de processus ». En dépit de la forte personnalité du chef de service, il est partie prenante du système avec une fonction de contrôle non dans le sens d'un pouvoir mais dans un sens éducatif, dans le sens d'une transmission du savoir (qu'il partage avec les plus anciennes) et évolutif. Voici ce que souligne Nicole Tardif, vidéo clinicienne : « *Il est la tête pensante théorique et clinique du service, il nous fait participer à sa réflexion et nous fait avancer, il veille à ce que chacun ne s'égaré pas, ce n'est pas lui qui conduit, c'est nous qui conduisons ce que nous sommes. Avec lui on va au-delà, c'est chacun qui agit, qui travaille avec ce qu'il est* »³⁰. Il joue le rôle de celui qui analyse, qui sépare, qui tranche en prenant la décision, dans certains cas trop lourds, du départ d'une mère restée trop longtemps dans le service, qui rétablit l'équilibre entre l'impact émotionnel et la pensée. Il jouerait finalement le rôle d'un père de substitution pour l'enfant observé sous le regard de la mère.

2. Comment j'ai fait système

L'accueil de l'équipe m'a permis de jouer pleinement le rôle de « observateur engagé ». Deux infirmières se sont spontanément confiées à moi peut-être rassurées par mon âge et mon statut de stagiaire en observation. Dans ma façon de « monter dans le bateau », de m'impliquer, et par l'engouement que j'ai porté à cette méthode de soin, j'ai participé au staff et peut-être constitué un de ces éléments externes qui font évoluer les systèmes ouverts. Ma demande de garder le contact avec l'équipe à la fermeture du service à travers les rencontres que j'ai faites peut avoir eu un effet similaire. J'ai fait aussi, comme tout membre de cette équipe, un début de chemin personnel et l'expérience de cet état particulier que l'on connaît dans l'observation vidéo clinique : ni dans le ressenti complet, ni dans l'observation complète, mais dans un « entre-deux » empathique ouvert à ce « sujet » mère-enfant et à ces personnes qui m'ont entourée.

3. Changements et évolution

On a vu que le staff, comme la marche, avançait d'un état d'équilibre à un autre état d'équilibre, c'est-à-dire d'un consensus à un autre consensus, de staff en staff, grâce aux perturbations fécondes que constituent les épisodes de blocage (ou de palier) dans l'évolution des mères, et aussi par cette technique du non-agir des soignantes vis-à-vis des mères qui introduit un déséquilibre positif. Ces changements d'état restent internes au système et ne remettent pas en cause ses règles de fonctionnement. Il s'agit de « changements 1 »³¹. La suspension provisoire de l'activité d'accueil en hospitalisation des mères pendant les travaux pourrait constituer un « changement 2 », non tant en raison du caractère extérieur de cet événement que parce qu'il est susceptible de modifier les règles de fonctionnement du staff, ce qui est en soi quelque chose de bénéfique. On peut établir un parallèle entre le système mère-enfant soumis à l'action du staff, qui l'ouvre et le fait évoluer, et le staff lui-même soumis à l'action d'un élément d'un système plus vaste qui le contient (l'hôpital Charcot), action qui le fait lui-même s'ouvrir et évoluer. Déjà, cette influence se faisait sentir dans la période où j'ai participé au staff. L'infirmière cadre, Lucette Brandt, a noté que pendant les derniers staffs le personnel était tendu (j'aurais pu le remarquer venant de l'extérieur) : *« Je pense que la donne de la fermeture a créé une atmosphère différente de l'atmosphère opérationnelle tranquille et que l'esprit du fonctionnement du staff sera à revoir. Ces travaux vont modifier certaines choses »*³². Elle ajoute que ce temps est le moment pour elle de se poser et de prendre du recul : *« Cette fermeture, cette coupure est pour moi une expérience enrichissante, car je peux un peu évaluer maintenant »*. En sortant du système thérapeutique du staff, les membres de l'équipe semblent s'être rendus compte qu'il y a des choses à reconsidérer, à changer. Une première évolution souhaitée concernait, on l'a vu, les relations entre thérapeutes et infirmières. Il semble que quelque chose se dessine. Voici ce que dit Véronique Boureau-Louvet :

« Concernant la prise en charge hospitalière, on s'est rendu compte, plutôt avec bonheur, que cette fermeture avait ouvert un champ nouveau pour les consultations, en dehors des entretiens thérapeutiques quotidiens avec les mères hospitalisées. Nous faisons beaucoup de consultations qui sont excentrées du travail des infirmières, les mamans viennent et attendent dans l'entrée, elles vont en entretien, et ressortent. Une part du travail qui n'est pas du tout intégrée dans le service. La fermeture du service a ouvert un nouveau champ puisque dans ces locaux provisoires nous avons une salle d'attente, et que les infirmières ont souhaité accueillir les mères et les réceptionner la consultation une fois terminée. Les mamans peuvent retourner en salle d'attente donner un goûter et ont un accompagnement avec le soignant tout à fait bénéfique. Donc, on est en train de se questionner pour savoir comment on va faire quand on aura récupéré les locaux de notre service ».

« Cet entre-deux nous a permis de vivre une circularité plus grande entre nous, psychologues et soignantes, une proximité, plus de contact et plus de simplicité dans nos rapports, on est sorti du contexte... ».

Pour terminer, on ne peut manquer de se poser la question de la suite de cette expérience passionnante lorsque le Dr Delassus prendra sa retraite. Une caractéristique d'un « bon » système, est qu'il est relativement indépendant des individus qui le constituent, à condition, bien sûr, qu'ils aient les qualités requises. On a vu ici l'importance d'un noyau ayant une grande maturité. Car ce qui est important, ce sont les fonctions qu'ils remplissent et les interactions qui s'établissent. Il semble ainsi nécessaire de former un « activateur du processus » capable de le remplacer dans sa fonction de clinicien, d'animateur, d'accompagnateur au service de ses malades et de son équipe, de décideur et de figure paternelle. Les qualités humaines et professionnelles de l'équipe permettent de penser qu'elle collaborerait sans partage à la formation de ce relais.

VI. Conclusion

Pour certains cliniciens de l'École de Rome, l'important est de ne pas réduire l'approche systémique à la thérapie familiale et à ses techniques, mais à la considérer plutôt comme une méthodologie de la réalité qui peut s'appliquer à des contextes et des situations qui dépassent le cadre familial, et en l'occurrence à cet établissement de soin relaté dans ce mémoire. J'ai pu réaliser mon objectif qui a consisté à analyser un système thérapeutique et entrevoir l'enclenchement d'un processus, celui d'un va-et-vient entre l'émotionnel et le rationnel. Je voudrais pour conclure mettre en regard les deux expériences fortes que j'ai vécues cette année, celle menée par le Dr Jean-Marie Delassus au service de Maternologie de St Cyr L'École que je viens d'évoquer, et celle menée par le Dr Denis Vallée³³ au Centre Monceau. J'en ai tiré deux expériences de groupe, l'une plus « douce », plus distanciée, puisque le patient n'est pas dans la pièce mais vu de manière virtuelle à travers la vidéo, l'autre plus « rude », plus « au contact », puisque qu'il s'agit d'une thérapie avec une famille entière dans la pièce, avec le thérapeute familial en présence d'un groupe d'une vingtaine de stagiaires. J'ai vu dans ces deux « meneurs », un savoir-faire et un savoir être, une attitude authentique, qui ne biaise pas, qui va au bout de ses compétences et de ses limites, dans un esprit de service à l'égard de leur patient et de leur équipe de « stagiaires-cothérapeutes » dont j'ai fait modestement partie. Deux personnalités avec le même désir de transmettre un savoir et une expérience, ils sont capables d'utiliser un outil qui va leur permettre de « se laisser aller » à quelque chose de profond en eux, et de nous y entraîner avec eux, dans un état qui ressemblerait à « *un inconscient collectif plus important que l'inconscient individuel* »³⁴ qu'a étudié Jung. Jean-Claude Benoît³⁵ va dans le même sens quand il parle d'un « *dépassement de l'individuel vers cette forme jusque-là méconnue d'un développement émotionnel à la fois intime et collectif* ». Cette réflexion de Denis Vallée pendant une séance avec la famille : « *ressentir n'empêche pas de penser* » m'a fait comprendre que, sans pouvoir annuler la souffrance qui circule, celle qui est partagée, on peut se trouver à la fois au-dessus d'une situation et à fond dedans. Ceci n'est pas sans un cheminement personnel indispensable comme nous l'avons évoqué dans cet article : « *Que notre vie soit l'expression de notre être profond, c'est cela le travail de la thérapie et de la formation. Après s'être découvert et compris lui-même, le thérapeute est mieux à même d'entendre, de percevoir, de presque deviner ce qui est à peine exprimé* »³⁶.

À la différence de la pensée analytique, l'approche systémique ne se centre pas sur le symptôme, mais sur le soin avec un objectif de guérison. Le patient guérit quand il est capable de penser, de ressentir, de *métacommuniquer* après qu'il aura été entraîné dans le système thérapeutique. Cette approche est une révélation pour moi, un nouvel outil étayé par les diverses interventions très riches du DESU et par les références théoriques, qui m'ont fait mesurer le chemin qu'il reste à parcourir. Il y a dans la capacité de voir les choses telles qu'elles sont, et non pas dans ce qui leur manque, une gageure pour l'esprit critique français, un regard positif, une ouverture, une espérance, celle qui croit que la maladie peut être guérie dans certaines conditions.

Notes

- ¹ Jean-Marie Delassus, psychiatre, Chef du service de Maternologie, Centre hospitalier Charcot, Saint Cyr-l'École (78)
- ² Grand Robert de la langue française, Ed. 2001; Petit Robert, Ed. 2002
- ³ Note de cours de François Balta, psychiatre. Formation Permanente de Thérapies Familiales et Pratiques systémiques de l'Université Paris VIII, DESU 2004
- ⁴ Jean-Marie Delassus, « Les maladies maternelles », in *Le sens de la Maternité, cycle du don et genèse du lien*, Ed. Dunod, Paris 2002, 2^{ème} édition, p. 271
- ⁵ Etudiés par Daniel Stern, pédopsychiatre, reprises et travaillées en Maternologie
- ⁶ Jean-Marie Delassus, « Les maladies maternelles », in *Le sens de la Maternité, cycle du don et genèse du lien*, Ed. Dunod, Paris 2002, 2^{ème} édition, p. 270
- ⁷ Revue des acteurs du soin à l'enfant, *Soins Pédiatrie-Puériculture* Lucette Brandt, Jean-Marie Delassus, « *Soigner en Maternologie, le principe du non agir* » in Spécial La Maternologie n° 192, janvier-février 2000
- ⁸ Lucette Brandt, infirmière cadre, service de Maternologie, Saint Cyr l'École (78)
- ⁹ Nicole Tardiff, vidéo-clinicienne, service de Maternologie, Saint Cyr l'École
- ¹⁰ Anne Catherine Cassin, psychologue clinicienne, Service de Maternologie, St Cyr l'École
- ¹¹ Ce terme, introduit par Gregory Bateson en 1951, signifie « *une communication sur la communication* »
- ¹² Revue française de thérapie familiale, Jean-Clair Bouley, *Vidéo et Thérapies familiales* in Générations Ed. N.H.A. Communication. Directeur de la publication Norbert H. Attali n°24, sept-déc 2001
- ¹³ Jean-Marie Delassus, « Les maladies maternelles », in *Le sens de la Maternité, cycle du don et genèse du lien*, Ed. Dunod, Paris 2002, 2^{ème} édition, p. 268
- ¹⁴ Karine et Thierry Alberne, « Elaboration du modèle systémique, apport des recherches en sciences physiques », in *Les thérapies familiales systémiques*, Ed. Masson, Paris 1999, 2^{ème} édition 2004, p. 21
- ¹⁵ Ceci renvoie à la notion de *participant-observateur* de Bateson, anthropologue, ethnologue américain, 1904-1980
- ¹⁶ Ludwig von Bertalanffy, *Théorie Générale des Systèmes*, Ed. Dunod, Paris 1973
- ¹⁷ P. Watzlawick, J.H. Beavin et Don D.Jackson, *Une logique de la Communication*, Ed. Seuil, Paris 1981, p. 25
- ¹⁸ J'ai modifié les prénoms des enfants et les patronymes pour respecter la confidentialité de ces familles
- ¹⁹ Les caractères en italiques correspondent aux prises de notes des interventions de M. Delassus pendant l'observation

²⁰ P. Watzlawick, J.H. Beavin D. Jackson, *Une logique de la Communication*, Ed. Le Seuil, Paris 1981, p. 46

²¹ Guy Ausloos, *La compétence des familles*, Ed. Erès 2002, 2^{ème} édition

²² Revue des acteurs du soin à l'enfant, *Soins Pédiatrie-Puériculture* Lucette Brandt, Jean-Marie Delassus, « *Soigner en Maternologie, le principe du non agir* » in Spécial La Maternologie n° 192, janvier-février 2000

²³ P. Watzlawick, J.H. Beavin et Don D.Jackson, *Une logique de la Communication*, Ed. Seuil, Paris 1981, p. 25

²⁴ Guy Ausloos, *La compétence des familles*, Ed. Erès 2002, 2^{ème} édition, p. 71

²⁵ Jean Maisondieu, L.Métayer, *Les thérapies familiales*, P.U.F. Nouvelle édition 2001, p. 44

²⁶ Momy Elkaïm, *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*, Ed. Seuil, avril 1989 et mars 2001, p 15

²⁷ Jean Maisondieu, Léon Métayer, *Les thérapies familiales*, Ed. P.U.F. 1986, nouvelle édition Paris 2001, p. 46

²⁸ P. Watzlawick, J.H. Beavin D. Jackson, *Une logique de la Communication*, Ed. Le Seuil, Paris 1981, p. 46

²⁹ Joël de Rosnais, *Le microscope*, vers une vision globale, Ed. Seuil, collection Points, Paris 1975

³⁰ (il n'y avait pas de n° inscrit à côté de Guy Ausloos) Guy Ausloos, psychiatre, professeur agrégé de clinique à l'Université de Montréal

³¹ P. Watzlawick et J. Weakland, R. Fisch, *Changements, Paradoxes et psychothérapie*, « *Permanence et changement, la perspective théorique* », Ed. Seuil, Paris 1975, p. 29

³² (il n'y avait pas de n° inscrit à côté de P. W...) P. Watzlawick, J.H. Beavin, Don D.Jackson, *Une logique de la Communication*, Ed. Le Seuil, Paris 1981, p.94

³³ Denis Vallée, psychiatre, thérapeute familial

³⁴ Carl Jung, *essai d'exploration de l'inconscient*, Paris, Gallimard, rééd. 1998

³⁵ Jean-Claude Benoît, psychiatre, thérapeute familial

³⁶ Anne Ancelin Schützenberger, *Aïe, mes aïeux*, Ed. Desclée de Brouwer et la Méridienne, Paris, 2001 nouvelle édition, p. 14

Bibliographie

Alberne Karine et Thierry, *Les thérapies familiales systémiques*, 2^{ème} édition, Ed. Masson, Paris 1999, 2004, p. 21

Ancelin Schützenberger Anne, *Aïe, mes aïeux*, Ed. Desclée de Brouwer et la Méridienne, Paris, 2001, p. 14

Ausloos Guy, *La compétence des familles*, Ed. Erès 2002, 2^{ème} édition. P. 17, 71

Bertalanffy (von) Ludwig, *Théorie Générale des Systèmes*, Ed. Dunod, Paris 1973

Delassus Jean-Marie, « Les maladies maternelles » in *Le sens de la Maternité, cycle du don et genèse du lien*, Ed. Dunod, Paris 2002, 2^{ème} édition, p. 268, 270, 271

Elkaïm Mony, *Si tu m'aimes, ne m'aime pas*, Ed. Seuil, avril 1989 et mars 2001, p.15

Elkaim Mony, *Panorama des thérapies familiales*, Ed. Seuil, Paris 1995, p. 27

Jung Carl, *Essai d'exploration de l'inconscient*, Paris, Gallimard, rééd. 1998

Maisondieu Jean, Léon Métayer, *Les thérapies familiales*, Ed. P.U.F., nouvelle édition, Paris 2001, p. 44, 46

Rosnais (de)Joël, *Le microscope, vers une vision globale*, Ed. Seuil, collection Point, Paris 1975

Watzlawick Paul, Beavin J.H., Don D.Jackson, *Une logique de la Communication*, Ed. Le Seuil, Paris 1981, p. 46, 49, 94

Watzlawick Paul, Weakland John, Fisch Richard, « Permanence et changement, la perspective théorique » in *Changements, Paradoxes et psychothérapie*, Ed. Seuil 1975, p. 29

Revue française de thérapie familiale, *Vidéo et Thérapies familiales* in *Génération* Ed. N.H.A. Communication. Directeur de la publication Norbert H. Attali n°24, sept-déc Paris 2001

Revue des acteurs du soin à l'enfant, *Soins Pédiatrie-Puériculture* L. Bacou, G. Campano, A. Yotte, J.M Delassus, Centre hospitalier Charcot « le père en Maternologie » in *Spécial La Maternologie* n° 192, 2000

Revue des acteurs du soin à l'enfant, *Soins Pédiatrie-Puériculture* Lucette Brandt, Jean-Marie Delassus, « Soigner en Maternologie » le principe du non agir » in *Spécial La Maternologie* n° 192, 2000