

LA CLINIQUE DU *HOLDING*

Illustration de D.W. Winnicott

Claude Boukobza

On peut aider à mieux faire les mères qui ont en elles la capacité de donner des soins suffisamment bons; il suffit de s'occuper d'elles d'une manière qui reconnaît la nature essentielle de leur tâche. Pour les mères qui n'ont pas cela en elles, ce n'est pas en les instruisant qu'on les rendra aptes à le faire.

D.W. Winnicott, « La théorie de la relation parents-nourrissons ».

Je voudrais ici montrer comment les élaborations théoriques de Winnicott nous ont aidés lors de la conception et de la création d'une institution qui a aujourd'hui dix ans, l'Unité d'Accueil Mères-Enfants des Hôpitaux de Saint-Denis¹. Cette institution a pour vocation de traiter les pathologies de la relation précoce mère-enfant.

Nous sommes partis en premier lieu des analyses de Winnicott sur la relation parents-nourrisson². Winnicott se fonde sur une note de Freud dans « Les deux principes du fonctionnement mental »³ : « L'utilisation d'une fiction de ce genre (une organisation qui est entièrement soumise au principe de plaisir et qui néglige la réalité du monde extérieur) se justifie quand on remarque que le nourrisson - à condition d'y ajouter les soins maternels - est bien près de réaliser un tel système psychique. »

C'est cette structure nourrisson-soins maternels qui intéresse Winnicott. Selon lui, dans la phase où le nourrisson dépend des soins de la mère, il y a une sorte de complémentarisation entre la mère et le nourrisson : le moi de la mère supplée celui de l'enfant encore faible ou inexistant.

Winnicott désigne par le terme de « *holding* » (maintien) l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques spécifiés selon ses propres sensibilités tactile, auditive, visuelle, sa sensibilité à la chute et qui s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant. L'aspect essentiel du maintien, souligne-t-il, est le fait de tenir physiquement l'enfant. Le centre de gravité du nourrisson ne se situe pas dans son propre corps, mais entre lui et sa mère.

Les soins maternels sont la continuation des apports physiologiques de la gestation et se remarquent à peine si tout va bien. L'enfant en retire un sentiment de continuité d'être. C'est sur la base de cette continuité d'être que le potentiel inné de chaque enfant se développe selon sa propre ligne.

Quand les choses ne vont pas bien, à savoir quand la mère est défaillante, l'enfant se rend compte non de la carence, mais des conséquences de cette carence, c'est-à-dire qu'il réagit à un empiètement sur sa propre ligne de développement. Le *holding* a donc pour fonction essentielle d'éviter à l'enfant la nécessité de réagir et d'interrompre de ce fait le sentiment de continuité d'être.

Face à des ruptures trop importantes, le risque pour l'enfant est l'angoisse d'annihilation.
« Voici, dit Winnicott, comment on peut décrire ce qu'il vit alors :

s'en aller en morceaux
faire une chute sans fin
mourir, mourir, mourir
perdre tout espoir de voir le contact se rétablir. »⁴

Winnicott observe qu'on peut aider à mieux faire des mères qui ont en elles la capacité de donner des soins suffisamment bons : « Il suffit de s'occuper d'elles⁵ d'une manière qui reconnaît la nature essentielle de leur tâche. »

À travers notre travail de consultation en pédopsychiatrie, il nous était en effet apparu qu'un certain nombre de femmes ne parvenaient pas à assurer ce *holding* à leurs jeunes enfants et qu'il fallait tenter de traiter cette défaillance maternelle pour aider les enfants eux-mêmes.

Mais comment le faire? Nous sentions bien que « parler » ne suffisait pas, que ces femmes attendaient autre chose que les consultations psychothérapeutiques que nous leur proposons. Nous avons le sentiment qu'il fallait assister, dans le réel de son vécu quotidien, le couple mère-bébé, lui donner un contenant pour que la parole puisse prendre effet. Cette hypothèse de départ s'est trouvée, nous le verrons, largement confirmée par l'expérience. Elle a trouvé pour moi écho dans certaines réflexions de Françoise Dolto. On peut, dit-elle⁶, sans juger une mère en difficulté, sans lui retirer son bébé, l'« assister ». Mais « ça ne suffit pas du tout, pour une mère qui vient d'accoucher, de l'écouter; le dire n'a pas tellement de rapport avec le vécu, la motricité, le fonctionnel en jeu... Il s'agit d'un « vivre avec » et surtout d'un « faire avec » pour la personne qui s'occupe de cette mère et de ce nourrisson. Parlant d'une surveillante de Maternité qui avait su materner (jusqu'à lui faire prendre le biberon destiné à son bébé) une jeune accouchée qui avait été elle-même abandonnée par sa mère à la naissance et dont le lait s'était coupé après la première montée, Dolto ajoute : « Je dois dire que, personnellement, je n'aurais jamais osé faire ce qu'a fait cette surveillante... Les psychanalystes, on écoute, on écoute; on penserait que si elle avait bien pleuré sa maman, ça aurait suffi. Eh bien, chapeau à cette surveillante qui a su « faire » ce qu'il fallait psychologiquement, humainement, en ayant compris bien plus loin et plus profondément que nous. »

C'est donc sur la base de ces références théoriques que nous proposons le dispositif institutionnel suivant : les mères sont accueillies à la journée avec leur (ou leurs) enfant(s).

Cet accueil nous permet de soutenir la mère, essentiellement en lui permettant, au moins dans un premier temps, de laisser s'exprimer et se plaindre l'enfant qui est en elle. Le cadre institutionnel lui-même sert de contenant et, éventuellement, de surface de projection.

Les soins à l'enfant sont donnés, dans la mesure du possible, par la mère elle-même, toujours accompagnée, assistée par l'une des soignantes qui médiatise par la parole un corps à corps souvent générateur d'angoisse. Si cela est impossible, la mère est relayée par l'une des personnes de l'équipe de façon à assurer à l'enfant une continuité des soins. Avec un nouveau-né, il y a toujours du corps en jeu; aussi le travail des accueillantes passe-t-il par le concret des soins à l'enfant, par le *handling*, pour reprendre un autre terme winnicottien, le maniement de l'enfant.

On pourrait appeler cet abord le *holding* du *holding* ou, plus élégamment, la *clinique du holding*.

Parallèlement à la clinique de l'accueil, des entretiens avec un psychanalyste sont proposés aux patientes, dont la visée est de leur permettre d'élaborer ce qui se passe avec l'enfant, le conjoint, ainsi que leur propre histoire. Ces entretiens peuvent se passer avec ou sans l'enfant. Il ne s'agit généralement pas de psychothérapies au long cours, mais plutôt d'un travail d'élaboration d'une crise. En fait, un cadre analytique leur est proposé, dont elles se servent chacune selon leurs modalités propres, en fonction de ce qu'elles attendent de l'Unité et du point jusqu'où elles sont disposées à remettre en question leur problématique personnelle.

Les pères sont reçus soit ponctuellement, soit plus régulièrement, selon ce qui nous semble le plus approprié et ce qu'eux-mêmes acceptent ou demandent.

C'est cet aspect de notre travail, *la fonction de holding*, que je souhaiterais ici interroger, étant bien entendu qu'il n'en est pas la seule dimension. Une autre composante, que nous avons appelé *la fonction tierce*, ou *fonction séparatrice*, en est tout aussi importante. Je n'en traiterai pas explicitement, me contentant de renvoyer à d'autres travaux, personnels ou collectifs⁷.

Je prendrai maintenant un exemple, celui de M^{me} M., 28 ans et de ses trois enfants, Pierre, 6 ans, Marie, 5 ans, et Alice, 4 mois lorsque nous les rencontrons. Elle nous est adressée, amenée même, en urgence par le médecin de la P.M.I. qui les suit.

Cette jeune femme s'est installée récemment dans le secteur. Sa famille, en l'occurrence une de ses sœurs (célibataire) et son frère (chargé de famille lui-même) ont loué pour elle un appartement près de chez eux pour qu'elle quitte celui qu'elle appelle son « concubin » et qui est le père de ses trois enfants, enfants qu'il a reconnus et qui portent son nom. Cet homme, dont elle dit qu'il lui fait peur et qu'il était violent avec elle, vit dans une commune fort éloignée et ne sait où elle habite avec ses enfants. L'aide de la famille est conditionnée au fait que M^{me} M. ne revoie plus cet homme.

Quand nous la recevons, elle a en charge son bébé mais les deux aînés sont chez son frère et sa sœur en semaine. Ils ne reviennent que le week-end, ce qui est déjà fort difficile pour elle. Cette situation ne peut cependant guère durer car ces enfants, eux-mêmes en grande difficulté, perturbent la famille de l'oncle. Il va donc lui falloir assumer la charge des trois enfants.

M^{me} M. se présente comme une jeune femme extrêmement déprimée, voire mélancolique, qui exprime ouvertement ses vœux de mort à l'égard de ses enfants ou ses menaces de « suicide collectif », qui se déprécie en permanence, dans ses compétences de mère, de maîtresse de maison, de femme. Mais, et c'est une indication précieuse pour nous, la puéricultrice qui va à domicile nous dit que sa maison, qu'elle se prétend incapable de tenir, est plus qu'impeccable, tandis que le médecin confirme que, sur le plan somatique tout au moins, le bébé se développe bien et est bien tenu.

M^{me} M. amène cependant sa petite fille comme un vivant exemple de son incapacité de mère. Celle-ci, en particulier, s'endort dès que sa mère lui présente le biberon. Ceci, en retour, angoisse la mère qui le lui enfourne intempestivement et violemment dans la bouche toutes les dix minutes. Au bout d'un certain temps, l'enfant vomit et le cycle se répète : Médicament anti-reflux, biberon, endormissement, éveil en pleurs, re-biberon, vomissements, etc. Ces scènes, silencieuses, sont pour nous d'une grande violence.

Devant l'état de la mère que plusieurs personnes, y compris l'interne de notre équipe, souhaiteraient faire hospitaliser pour troubles mélancoliques, nous l'adressons au service de psychiatrie adulte mitoyen, pour un traitement. Nous nous situons, en effet, comme « thérapeutes » de la relation mère-enfant et ne pensons pas pouvoir utilement assurer la totalité de la prise en charge de la mère.

Dans un premier temps, M^{me} M. vient tous les jours à l'Unité avec son bébé et le mercredi avec ses trois enfants. Le travail avec elle et Marie tourne essentiellement autour des repas, visant à contenir la violence de la mère dans ces moments d'affrontement si pénibles, et à apporter à Marie le regard et les stimulations que sa mère ne peut pas encore lui fournir. Les deux aînés sont des enfants graciles, manifestement anorexiques, anxieux, inhibés, très collés à leur mère qui les surveille en permanence.

Peu à peu, par bribes, nous apprenons l'histoire de M^{me} M. Elle est née en France, de parents étrangers, extrêmement modestes. Elle a un frère et une sœur aînés et une sœur plus jeune qu'elle. Sa mère est morte quand elle avait cinq ans. Elle a été d'abord placée avec sa jeune sœur dans des institutions religieuses dans son pays d'origine, puis chez une tante où les enfants ont été regroupés, puis le père, qui s'était remarié, les a fait revenir en France. Elle dit n'avoir pas aimé sa belle-mère, qui avait fait disparaître de la maison toutes les photos de sa mère. Vers l'âge de dix-huit ans, elle a quitté la maison familiale pour aller vivre avec un jeune homme français, le futur père de ses enfants, lui-même très immature et qui l'a impliquée dans des dettes importantes qu'il a contractées.

Cette femme, tout d'abord murée dans sa dépression, s'identifie peu à peu aux accueillantes, observe comment elles jouent avec Marie et peut progressivement être gratifiée par les progrès que fait sa fille et dont tout le monde atteste. Seuls les moments des repas restent pénibles. Même lorsque Marie sera passée à la nourriture à la cuiller, M^{me} M. enfourne les cuillérées dans la bouche de sa fille qui, si elle peut avoir tout d'abord du plaisir à manger, refuse au bout d'un certain temps de poursuivre. M^{me} M. continue cependant compulsivement à lui enfourner la cuillère de force, la petite se débat, se met à crier et à pleurer, le repas se termine toujours en scène.

Le travail institutionnel visait à absorber et à contenir l'angoisse et les projections violentes de la mère dans ces moments d'affrontements si pénibles et de mettre des mots sur ce que nous pensions que Marie ressentait. Les choses, dans un premier temps, ont peu évolué pour la mère sur ce plan, tant cette attitude de nourrissage forcé était au cœur du conflit inconscient dans lequel elle était prise. En fait, elle est elle-même anorexique, difficulté qu'elle met en rapport avec sa relation extrêmement difficile avec sa marâtre qu'elle haïssait. Lorsque nous l'avons sentie suffisamment en confiance avec nous et en position de demander elle-même à s'appuyer sur les accueillantes, nous n'avons pu que lui dire - ce que nous ne faisons pratiquement jamais - : « Cessez de vous en occuper pour les repas. » L'équipe a joué ici un rôle de contenant, de tiers et, par moments, de suppléance maternelle, pour ne pas laisser cette enfant livrée à la violence de sa mère et pour introduire peu à peu un espace de jeu. Maintenant, M^{me} M. laisse Marie gérer ses repas toute seule sans problèmes.

Cette enfant, dont la bouche n'était qu'un trou à nourrir pour une mère qui se comportait comme un automate, intrusion face à laquelle la seule défense de l'enfant - radicale, certes - était de sombrer dans le sommeil, n'aurait certainement pas pu « sublimer les pulsions orales ». Cantonnée à cette expérience muette de corps, comment aurait-elle pu avoir accès au langage?

Si on reprend les termes de Françoise Dolto, la castration orale vient marquer la mère comme l'enfant, en lui interdisant le rapport de corps à corps avec l'enfant. C'est M^{me} M. qui ne pouvait accepter d'être castrée de cette maîtrise sur la bouche de son enfant, elle qui nourrissait encore à la petite cuiller sa fille de 6 ans. Quant à Marie, elle ne trouvait pas auprès de sa mère ces moments de « conversation » d'après les repas si importants, moments où, le besoin étant satisfait, l'enfant, se mirant dans le regard de sa mère, découvre le plaisir de l'investissement du *cavum*, le plaisir des lallations et de la communication avec l'autre.

La castration orale de la mère signifie aussi pour Françoise Dolto que la mère laisse son enfant entrer en échange phonématique avec d'autres qu'avec elle. Le sevrage, en effet, initie une période où quelqu'un d'autre que la mère peut nourrir l'enfant. Mais une mère (psychiquement) seule avec un enfant qui ne parle pas peut tout à fait se contenter d'une communication silencieuse, persuadée qu'elle est qu'« il n'y a qu'elle qui le comprenne. » Elle l'empêche de ce fait d'entrer en relation avec d'autres et le maintient dans une relation à deux qui peut être psychotisante. Dans le cas de M^{me} M. et de sa fille, cet échange avec les autres a été, dans un premier temps tout au moins, en quelque sorte forcé par le travail de l'Unité.

Ce qui a permis à la mère de sortir du cercle vicieux dans lequel elle s'enfermait avec sa fille a été de voir les animatrices de l'Unité jouer avec son bébé, le stimuler, de voir le bébé répondre à cet appel et y prendre plaisir, de voir les autres mères l'admirer et constater ses progrès. Elle a pu l'accepter sans en être jalouse et peu à peu, en s'identifiant à elles, entrer elle-même dans le jeu avec son enfant.

Elle est maintenant capable de réflexion sur elle-même, et même d'humour. Nous l'avons toujours acceptée comme telle, sans jamais la disqualifier de sa place de mère, ce qui lui a permis de découvrir avec Marie des moments de jeu et de plaisir que, vraisemblablement, elle n'avait pu connaître avec Pierre et Alice.

Les deux aînés en effet, nous préoccupent bien plus que Marie. M^{me} M. est, au début, très interdictrice, inhibitrice, toujours dans l'obsession du rangement, de la propreté, dans la surveillance. « Quand ils ont envie, Maman leur interdit », dit-elle. Pierre, qui mange les mots au point qu'on du mal à le comprendre, n'a pu apprendre à lire et est en échec scolaire. Nous l'avons adressé en psychothérapie dans un autre dispensaire du secteur, et son analyste, comme pour tous les autres enfants qu'elle reçoit, a demandé à voir son père. Ce moment a été essentiel pour ce garçon, mais si angoissant pour la mère qu'une des accueillantes a dû l'accompagner pour ce premier rendez-vous.

Pierre fréquente l'Unité le mercredi pendant quelques mois, donc avec sa mère et ses deux sœurs. Le travail de l'équipe vise à lui permettre de s'autoriser à faire et à jouer sans se sentir trop menacé par le regard de sa mère qui le négativise tout le temps. Elle rend Pierre responsable de ses obsessions de rangement, de propreté, etc. Elle dit : « À la maison, il me résiste, il ne m'obéit pas, il répond, c'est M. Je sais-tout, il veut tout commander, il se prend pour l'homme de la maison. » Elle ajoute : « Il ressemble à son père. » « Après quelques mois, la thérapeute de Pierre a souhaité l'adresser à un petit groupe d'enfants de son âge « sans les mamans », animé par un éducateur, ce qui a pu se faire après une certaine préparation et a été très promotionnant pour Pierre.

Alice, elle, a du mal à ouvrir la bouche, même et surtout si on s'adresse à elle. Elle était au début toujours surveillée par sa mère à table, nourrie passivement par elle et elle se laissait faire comme si elle n'avait pas de mains. M^{me} M., prise dans une attitude de devoir (devoir ranger, devoir nettoyer, etc.), n'accordait à ses enfants aucun moment de plaisir. Je cite ici un fragment de l'observation faite par une des accueillantes : « Alice arrive vers sa mère en disant : Regarde, je suis une princesse. La mère : Ah bon, je savais pas que les princesses, ça se mettait des bouts de chiffons froissés, et ben dis donc. Je dis à Alice : que portez-vous, princesse? Elle répond : un manteau de fourrure. Et quelle est cette fourrure? Du renard blanc. Je dis à la mère : Vous voyez, c'est un manteau de fourrure. »

Mais M^{me} M. peut maintenant voir les problèmes d'Alice, dire son inquiétude à son sujet. Quant à Alice, elle est désormais à l'Unité entièrement absorbée dans ses activités avec les autres enfants, de manière autonome vis-à-vis de sa mère qui le tolère bien.

C'est presque un cas général que les aînés nous préoccupent plus que les bébés. Ils ont été en proie aux projections et aux difficultés de la mère sans tiers, sans intervention thérapeutique et, en plus, ils ont servi, de façon bancale, certes, de tiers à la mère lors de l'arrivée du nouveau bébé. Nous rencontrons très fréquemment ces enfants de 4-5 ans tristes, hypermatures, avec des moments d'angoisse intense, surveillant toujours leur mère du coin de l'œil et sur qui la mère s'appuie comme sur un substitut maternel⁸. Ainsi, alors que nous demandions à une petite fille de 4 ans pourquoi elle dormait dans le lit de sa mère depuis la naissance du nouveau bébé (le père travaillait de nuit), elle nous répondit, comme une évidence : « C'est parce que maman a peur! »

Dans les meilleurs cas, il suffit que nous nous « occupions » de la mère, au sens winnicottien de *take care*, pour soulager ces enfants, pour qu'ils redeviennent des enfants joueurs et capricieux. Dans le cas de Pierre et d'Alice, les symptômes étaient déjà si profondément installés qu'on ne pouvait faire l'économie d'un travail particulier avec chacun d'entre eux.

Au fil du temps, M^{me} M. se met à nous parler de plus en plus de ses origines, de son histoire. Parallèlement, elle commence à se poser la question d'une formation professionnelle. Aux vacances d'été, elle décide de partir pour le pays d'origine de sa famille, où son père est retourné vivre. Il lui semble important de revoir son père, qu'il connaisse Marie, la dernière-née, et que ses enfants connaissent son pays. Ce voyage se passe au mieux et, à la rentrée, elle entreprend un stage de remise à niveau. Elle organise avec la P.M.I. la garde de Marie. Nous l'accompagnons, bien sûr, dans toutes ces démarches.

Actuellement, nous pouvons confirmer à propos de Marie ce que sa mère dit d'elle : Elle est « autonome, sociable, active, gaie, réceptive, affectueuse. » Elle est capable de s'opposer à sa mère sans trop de danger. Alice va bien aussi, elle adore se déguiser et, sous le masque, laisse maintenant tomber toutes ses inhibitions. Les choses restent beaucoup plus problématiques pour Pierre, toujours dévalorisé par sa mère en tant que garçon, fils de son père, à qui, dit-elle, il ressemble.

M^{me} M. aime maintenant à se présenter à nous comme une petite fille espiègle. Elle a noué des amitiés avec d'autres mères qui fréquentent l'Unité et qu'elle rencontre à l'extérieur. Elle qui ne sortait que pour de courts trajets autour de chez elle, peut désormais se déplacer plus librement dans l'espace social. À la suite de sa formation, elle a trouvé un emploi qui lui permet d'assurer sa vie et celle de ses enfants sans dépendre de sa famille.

Avant de conclure, je souhaiterais faire un - bref - détour par un texte de D. Winnicott qui a retenu mon attention. Il s'agit, dans *La consultation thérapeutique et l'enfant*, du cas de Bob⁹.

Bob est un enfant de six ans, difficile à comprendre car il raccourcit les mots ou inverse les voyelles (*bull/ball, pumping/bumping/punching, ephelant* à la place d'*elephant, mine/nine*). Il est adressé par le psychiatre qui suit sa mère, dépressive depuis longtemps.

Winnicott entreprend d'échanger avec Bob à travers des *squiggles*. À la suite d'une série de dessins, il repère, tout d'abord dans un avion qui vole sur le dos, puis dans une grande montagne autour de laquelle, dit l'enfant, « on se perd » et sur laquelle « on glisse. C'est tout glacé », l'image du retrait d'investissement de la mère, dû à sa dépression, et de ses effets sur l'enfant, alors qu'il était dans un état de dépendance presque absolue : La défaillance de l'entourage avait provoqué une angoisse primitive du type chute, dépersonnalisation, etc. La schizophrénie dont Winnicott avait fait l'hypothèse chez cet enfant est, selon lui, une défense contre cette angoisse primitive.

Winnicott dessine alors une figure maternelle tenant dans ses bras un bébé. Bob, comme il l'avait déjà fait à plusieurs reprises sur d'autres dessins sans que cela puisse encore prendre sens pour l'analyste, crayonne les yeux en noir et commente : « Elle va dormir ». Winnicott dessine alors le bébé sur le sol, aux pieds de la mère, en soulignant l'angoisse archaïque associée à cette chute à jamais.

Il reçoit ensuite la mère qui lui apprend que sa dépression avait débuté après la naissance du frère de Bob, quand celui-ci avait 13 ou 14 mois. Comme il l'interroge sur les premières manifestations de sa maladie, elle lui répond qu'elle s'endormait dès qu'elle commençait à faire quelque chose.

Il y a un rebondissement à cette histoire, car un an après cette unique consultation, Bob souhaite amener son frère à Winnicott. Winnicott ne produit pas les *squiggles* issus de cette consultation à trois, mais signale simplement que, notant dans le dernier dessin de Bob un trait qui ressemblait à un *W*, et étant conscient que l'heure de terminer la séance était venue, il y ajoute *-ent*. Il en fait *went*, partis. Bob rétorque : « C'est une chose et vous en avez fait un mot. »

Qu'est-ce qui était une chose : l'absence ou la défaillance du *holding* de la mère, la ligne brisée, le trou noir de son regard vide? Le mot signifie le départ, marque l'initiale du nom de l'analyste et désigne donc le transfert. Winnicott constate simplement que « le défaut d'élocution avait disparu ».

Ces phénomènes, si brillamment reconstruits par Winnicott dans la consultation d'un enfant de six-sept ans, nous les traitons en fait *in statu nascendi* à l'Unité d'Accueil. Dans le cas des mères déprimées, comme était la mère du petit Bob de Winnicott ou celle de Marie, cette « chose » qu'est le regard opaque de la mère est toujours nommée, parlée, travaillée avec la mère, certes, mais aussi avec l'enfant. D'autre part, l'enfant n'est jamais laissé « seul » face à cette mère « morte », pour reprendre le terme d'André Green, ou à ce regard mort de la mère. Lui sont proposées des suppléances, des stimulations, une richesse de relations qui font que quelque chose d'une parole possible vient s'inscrire au fur et à mesure que la mère, de son côté, sort de sa dépression. C'est souvent ensuite l'enfant lui-même qui sollicite et stimule sa mère. Ainsi Marie, de façon quasi-rituelle chaque fois qu'elle arrivait à l'Unité, allait chercher les jouets, les livres en particulier, désignait les images du doigt à sa mère pour qu'elle les lui nomme et celle-ci entrait dans son jeu, nous disant : « J'ai vu comment vous faisiez, j'ai fait pareil ». S'appuyant sur les accueillantes, Marie, de son côté, pouvait être active, et aussi bien s'autoriser à dire non à sa mère, alors qu'Alice se laissait nourrir, les bras ballants le long du corps, et que Pierre était complètement inhibé par un simple regard de sa mère.

En conclusion, je dirai que M^{me} M. a été portée, accompagnée par l'Unité. Ses enfants y ont trouvé la possibilité de constituer un espace, au sens winnicottien du terme, possibilité qu'elle ne pouvait leur fournir. Puis, peu à peu, à travers ses identifications aux accueillantes et aux autres mères, grâce aussi au travail de réappropriation de sa propre histoire qu'elle faisait en psychothérapie, elle a pu instaurer elle-même un espace de jeu entre elle et ses enfants. La question du père reste toutefois problématique et particulièrement aiguë en ce qui concerne Pierre.

« La prévention des troubles psychiatriques relève initialement des soins maternels et de ce que fait *naturellement* une mère qui a *plaisir* à s'occuper de son bébé » disait Winnicott dans une conférence à des élèves puéricultrices¹⁰. Aider les mères à trouver ou à retrouver le plaisir à s'occuper de leur enfant serait une assez bonne définition de notre travail à l'Unité d'Accueil.

Notes

1. 6, rue Auguste Poullain, 93200 Saint-Denis. Unité créée sous la direction du Dr. Abram Coen.
2. Cf. par exemple, l'article de 1960, « La théorie de la relation parent-nourrisson », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1969.
3. « Formulations sur les deux principes du cours des événements psychiques » in *Résultats, idées, problèmes, I*, PUF, « Bibliothèque de psychanalyse », Paris, 1984, p. 136. C'est moi qui souligne.
4. *Le bébé et sa mère*, Payot, Paris, 1992, p. 121.
5. À propos de cette notion de « s'occuper de » (*to care*), on ne peut que renvoyer au texte de D.W. Winnicott « Cure » in *Conversations ordinaires*, Paris, Gallimard, coll. « Connaissance de l'inconscient », 1986, pp. 123-134, où sont développés les différents aspects du soin, à la fois « prendre soin de » (*to care*) et « traiter » (*to cure*).
6. *Les cahiers du nouveau-né 1 et 2*, « Naître... et ensuite? », Stock, Paris, 1978, p. 293.
7. Cf. Claude Boukobza (dir.), *Les relations précoces mères-enfants et leurs vicissitudes*, éd. Santé Mentale et Culture, Saint-Denis, 1995 et Claude Boukobza et Abram Coen (dir.), *Narcissisme de la mère, narcissisme de l'enfant*, éd. Santé Mentale et Culture, Saint-Denis, 1999.
8. Cf. D.W. Winnicott : « La mère trouve dans son enfant la vivacité et la couleur qui l'aideront à lutter contre sa torpeur et sa grisaille intérieure. », in « La réparation en fonction de la défense maternelle organisée contre la dépression », *De la pédiatrie à la psychanalyse, op. cit.*, p. 61.
9. *La consultation thérapeutique et l'enfant*, Gallimard, Paris, 1971, pp. 69-93.
10. « La mère ordinaire normalement dévouée », in *Le bébé et sa mère*, Payot, 1992, p. 31.