

LE PSYCHOLOGUE EN LIBERAL : PERINATALITE ET DEPLACEMENT A DOMICILE, le DAD

Véronique COHIER-RAHBAN¹

Dans cet article, nous nous attacherons à démontrer l'intérêt d'un déplacement à domicile lors d'une prise en charge psychothérapeutique en périnatalité. Comment l'envisager en tant que psychologue travaillant en libéral ? Le Déplacement A Domicile se propose dans des situations cliniques précises, pendant la grossesse ou juste après l'accouchement. Il est transitoire. Il est la continuité d'un travail psychothérapeutique dans lequel il vient prendre sens.

Ce déplacement permet au psychologue de rencontrer la mère chez elle où d'autres émotions, ressentis et comportements s'expriment, dans un moment où la mère éprouve de la fragilité, où émergent des doutes et où tout peut parfois basculer.

Nous différencierons une VAD d'un Déplacement A Domicile en pratique libérale, DAD. Nous aborderons des aspects liés à la théorie de l'attachement et développerons la notion « d'amplificateur d'attachement ».

Nous éclairerons cette pratique avec le concept d'intersubjectivité.

Nous examinerons la manière dont les déplacements à domicile prennent sens dans une psychothérapie déjà engagée.

Les limites et les dangers de cette pratique seront discutés parallèlement à l'aspect préventif qui peut être lié au déplacement à domicile.

Enfin, quelques situations cliniques éclaireront notre propos.

C- Un psychologue à domicile

i. A- Le contexte actuel :

Dans les situations où les difficultés sont multiples (sociales, familiales, environnementales et/ou psychologiques), quand on repère des jeunes parents besoin de soutien, des équipes institutionnelles spécialisées peuvent faire des visites à domicile.

M. Morales-Huet nous rappelle que des programmes thérapeutiques² impliquant des Visites A Domicile, VAD, centrées sur la relation mère-bébé ont été mises en place dans les institutions depuis les années 1980. Elles ont été initiées aux Etats-Unis par S. Fraiberg

¹ Psychologue clinicienne installée en libéral dans les Yvelines. Article écrit avec le soutien actif de Fattaneh Maleki, psychologue clinicienne.

² M. Morales-Huet (1997), *Les psychothérapies mère-bébé à domicile. Traitements de dyades mère-enfant à risque et inaccessible aux soins en institution*. In A. Guedeney, S. Lebovici, *Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants*, Masson, médecine et psychothérapie, Paris, pp. 83-103.

dans des situations à haut risque, à la fois pour la relation mère-bébé et pour le développement de l'enfant, lorsque la prise en charge devenait impossible en institution.

De nombreux travaux démontrent l'intérêt de cette pratique en particulier au niveau de l'évolution des interactions parent(s)/enfants et des modifications des représentations parentales grâce à une adaptation des soignants à la situation psychique et sociale de ces mères.

Dans son article³, « soutien psychothérapeutique de la relation mère/enfant à domicile », M.-C. Lamunière souligne l'intérêt des visites à domicile lorsque la mère refuse de se rendre aux consultations et qu'elle présente des « problématiques psychiques ou sociales trop accaparantes ». Ces VAD sortent du contexte psychiatrique de l'institution. M.-C. Lamunière précise que « cela a permis d'observer des comportements positifs qui démentaient l'impression négative qui pouvait avoir été recueillie à l'hôpital ou à la consultation. » L'aspect préventif de cette démarche et l'influence sur le fonctionnement familial global sont soulignés.

Dans son article, M. Morales-Huet⁴ présente les traitements mère-bébé à domicile d'inspiration psychanalytique dont « l'indication majeure » concerne les « familles en détresse psychologique et sociale ». Ces VAD s'adressent à des familles qui sont « inaccessibles aux consultations psychiatriques ou psychothérapeutiques ». Plus précisément, il s'agit de femmes dont la problématique est très ancienne puisque la plupart du temps « exposées précocément à des expériences répétées de rupture du lien ou d'abandon, certaines à des négligences graves ou à de mauvais traitements, d'autres à la perte brutale de leurs objets d'attachement privilégiés ». M. Morales-Huet insiste sur la nécessité d'aménager le « cadre et la technique, voire (d')une révision de certains présupposés théorico-techniques ». D'après S. Fraiberg⁵, le domicile favorise l'accès « au fonctionnement habituel de la famille, et à celui de la mère avec son bébé. Aussi l'aménagement du cadre ne va-t-il pas entraver mais bien plutôt permettre une appréhension du monde interne de la mère (ou des deux parents) et l'engagement d'un processus psychothérapeutique en profondeur ».

ii. B- Le déplacement à domicile, DAD : une nouvelle forme d'intervention en libéral.

L'intervention en libéral peut s'inscrire comme un travail complémentaire aux approches institutionnelles.

³ M.-C. Lamunière, (1989), *Soutien psychothérapeutique de la relation mère/enfant à domicile*, revue *Dialogue*, 4^{ème} trimestre, pp. 91-108.

⁴M. Morales-Huet (1997), *Les psychothérapies mère-bébé à domicile. Traitements de dyades mère-enfant à risque et inaccessible aux soins en institution*. In A. Guedeney, S. Lebovici, *Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants*, Masson, médecine et psychothérapie, Paris, pp 83- 103.

⁵ Ibid. cité P.95.

De nombreuses différences, mais aussi des points communs apparaissent. Nous parlerons donc de *Déplacement A Domicile, DAD*, pour les différencier des VAD, visites à domicile.

La première et principale différence concerne la demande qui est explicite. La personne qui consulte un psychologue en libéral, vient pour une thérapie de soutien ou une psychothérapie. L'élaboration de la demande sera co-construite au cours de la thérapie.

Proposer aux mères un déplacement à domicile n'est pas anodin. Cette proposition en elle-même influe sur le processus thérapeutique. Le DAD devra donc prendre sens dans la réflexion engagée avec la mère.

Il peut être bref après l'accouchement (une seule séance à domicile). C'est un moment particulier qui s'insère dans le cours de la psychothérapie.

Durant la grossesse, le DAD peut être proposé lorsque les déplacements de la patiente sont déconseillés, voire proscrits, pour des raisons médicales.

La patiente doit avoir le choix de refuser aussi bien qu'accepter un DAD.

Comme on l'a vu brièvement, la littérature, la clinique et les faits habituellement relatés concernent des VAD faites par des équipes institutionnelles dans des situations très complexes. Qu'en est-il de ces situations « banales », « ordinaires » où rien a priori ne semble manquer ? Le père, la mère, les grand-parents s'entendent relativement bien. Les parents ont un travail régulier. Tout paraît présent pour assurer à terme un bon développement affectif, cognitif, psychique de l'enfant, une bonne relation parent-enfant.

Dans notre travail en libéral, de nombreuses situations potentiellement compliquées existent. En particulier les futures mères qui ont vécu des ruptures, abandons ou maltraitements dans leur enfance. Si leur situation actuelle familiale et sociale semble acceptable, leur histoire est très souvent méconnue et tue. La psychothérapie est le premier espace où elles vont dire et parfois « avouer » leur histoire. Une grande culpabilité accompagne leur vécu, d'autant plus que personne n'a vu ou n'est intervenu au cours de leur enfance dans un univers soi-disant protégé.

Ces dernières décennies ont fait apparaître un phénomène familial important : les familles dispersées. Non pas les familles séparées ou recomposées, mais celles où des liens éventuellement forts, solides ou stables existent et où chacun, pour diverses raisons, va se retrouver à plus ou moins grande distance des autres. Ainsi, les jeunes mères enceintes peuvent se retrouver à vivre cette expérience en se sentant isolées. Leurs mères, futures grand-mères, qui auparavant prodiguaient des conseils, un soutien affectif sont loin ou encore en activité professionnelle. Le futur père travaille parfois beaucoup. Cette situation peut faire émerger de nombreuses questions et des doutes que la mère gardera souvent sous silence.

Le DAD prend en compte la réalité des événements de la vie des mères. M. Moralès-Huet souligne cette nécessité pour « la compréhension du développement du jeune enfant et de

l'accès à la parentalité »⁶. La sortie de plus en plus tôt de la maternité et le retour au foyer avec leur nourrisson peut plonger les mères dans un grand sentiment de solitude, d'inquiétude, et parfois déclencher de véritables angoisses s'exprimant au travers des interactions avec leur bébé. Les mères peuvent aussi rencontrer des difficultés pour se déplacer qu'elles justifient par une atteinte somatique, par exemple une épisiotomie. Les raisons évoquées les empêchant de se rendre au cabinet peuvent concerner leur bébé. En se déplaçant, le psychologue agit dans un nouveau système : la dyade formée par la mère et son nourrisson auquel elle n'est pas encore adaptée. L'objectif est d'être disponible pour cette mère, psychologiquement et matériellement, comme celle-ci doit l'être pour son bébé.

Lorsque la psychothérapie est individuelle, le DAD va l'être aussi. Le père, dans ces contextes, n'est pas présent. Dans des situations d'histoires personnelles difficiles, la demande de la patiente se transforme au cours du travail thérapeutique. La mère s'inquiète de plus en plus explicitement des relations qu'elle pourra construire avec son bébé. Elle peut exprimer la peur de sa propre violence. Les DAD seront alors une ouverture à une psychothérapie mère-bébé jusqu'à ce que la mère puisse revenir, si nécessaire, à une thérapie individuelle au cabinet.

Ces différentes données m'ont amenée à développer le DAD. Je le propose dans toutes ces situations d'éloignement psychique ou de rupture avec la future grand-mère, d'isolement de la future mère, de sentiment profond de solitude, de craintes de répétition de violence ou d'abandon (énoncées explicitement ou non, mais présentes)...etc.

Je ne propose ces DAD qu'aux femmes dont l'histoire passée est toujours présente, répétée dans les relations actuelles et entretenant une souffrance quotidienne. C'est ainsi que le DAD prendra sens dans la psychothérapie déjà en cours basée sur une alliance thérapeutique solide.

Le DAD nécessite un ajustement entre la patiente et le thérapeute et se propose à un moment précis. Au travers des situations cliniques, nous comprendrons qu'une proposition au mauvais moment peut faire basculer, éventuellement rompre le processus thérapeutique et le lien que le DAD est censé favoriser ou fortifier.

C'est durant la grossesse que je fais savoir aux futures mères qu'il m'est possible de me déplacer à leur domicile après leur accouchement si cela leur est nécessaire.

Le Déplacement A Domicile peut être pensé en analogie avec ce qui se passe en partie pour cette nouvelle mère lorsque son bébé paraît.

Le psychologue qui accepte de travailler à domicile se met en position d'être déstabilisé de manière spécifique. Il touche à sa « base de sécurité professionnelle ». Analogique-

⁶ M. Moralès-Huet, (2002). *Apports de la théorie de l'attachement aux psychothérapies parents-jeune enfant*. In N. Guedeney, A. Guedeney, (2002). *L'attachement. Concepts et applications*. Ed Masson, Coll. Les ages de la vie, Paris, p.147.

ment, sur le plan affectif, la mère va devoir assurer la construction de la « base de sécurité affective » de son enfant alors même que psychiquement et affectivement, elle est en équilibre instable, voire en déséquilibre avéré. Nous savons qu'une bonne base de sécurité affective favorisera le décentrage de soi-même pour une plus grande disponibilité à l'univers de l'autre. La mère aura à s'adapter à son bébé en fonction de sa propre histoire mais aussi en fonction du tempérament de son enfant et de qui est cet enfant. Elle commencera alors à se construire une représentation du monde de son enfant.

Un DAD est à imaginer en terme d'enveloppes successives tel un jeu de poupées russes. Le psychologue prend le risque de se retrouver au plus près de l'univers affectif de cette dyade en proposant une enveloppe à une mère qui en est démunie ou qui est présente mais très fragile.

Le refus de cette proposition

La proposition de DAD doit être faite de manière à ce qu'elle puisse être refusée. La mère peut la percevoir comme très intrusive. Elle ouvrira alors à une autre réflexion thérapeutique.

Vignette clinique 1: Pouvoir dire non

Eglantine, 23 ans, vient consulter pour des angoisses de plus en plus importantes au sujet de ses relations avec les hommes. Après deux séances, nous évoquons la maltraitance dont elle a été victime de la part de son père. Issue d'une famille nombreuse, catholique, pratiquante, sa mère, ses frères et ses sœurs n'ont jamais réagi, ni évoqué ce qu'elle a subi.

Deux mois plus tard, Eglantine m'annonce qu'elle est enceinte sans avoir l'intention de se marier. Cet enfant est désiré par elle et son compagnon qu'elle fréquente depuis 10 mois. Ils ne vivent pas ensemble.

Avoir un enfant dans un tel contexte constitue une façon de s'opposer à sa famille. Elle n'a jamais osé dire non. Eglantine s'interroge sur « dire non à quoi » ? puisque tout le monde s'est tu comme si ce qu'elle vivait était « normal ».

Elle est animée d'un grand sentiment d'injustice, de haine, de rage sans nom, sans objet, qui la ronge de l'intérieur au fur et à mesure que sa grossesse avance.

Eglantine s'installe avec son compagnon et annonce sa grossesse de trois mois à sa famille. L'enfant à venir sera une fille.

Durant sa grossesse, elle utilisera l'espace thérapeutique pour élaborer son sentiment d'être une mauvaise fille, une mauvaise femme comme elle sera une mauvaise mère. Elle a le sentiment d'être en représentation permanente, n'habitant ni son être ni son existence. Ce qui la touche dans sa réalité quotidienne lui prouve – ainsi qu'aux autres – qu'elle est mauvaise, justifiant ainsi les actes de son père vis-à-vis d'elle.

Plus sa grossesse évolue, plus ce sentiment d'être mauvaise augmente, associé à l'impression d'étouffer, d'être prisonnière. Le temps semble s'accélérer. Eglantine dira « j'ai l'impression que ma famille veut me mettre le grappin dessus ».

C'est dans ce contexte, lorsque le terme est proche que je lui propose, si le besoin se fait sentir, un DAD après son accouchement.

Cette proposition est une étape importante dans notre relation thérapeutique.

Eglantine refuse en précisant : « j'aurais l'impression que ma mère vient. Elle va voir comme c'est mal rangé. Elle me jugera ».

En associant sur la colère ressentie lors de ma proposition, Eglantine fera des liens qui vont lui permettre de se décoller progressivement de son histoire et anticiper la venue de sa fille et son rôle de mère.

La réalité thérapeutique lui permet d'expérimenter un « non » qui ne se termine pas par un rejet. Eglantine s'oppose puis propose une solution qui lui convient. Si elle ressent le besoin de me parler lorsqu'elle découvrira sa fille et les premiers jours passés ensemble, elle pourra me contacter. Elle choisira deux entretiens téléphoniques (sans regard) avant qu'elle ne revienne dans mon cabinet continuer son travail thérapeutique.

Dans ce contexte, cette proposition prend sens par le refus que cette jeune femme peut énoncer. Dans son transfert, elle me vit comme étant sa mère. Cela lui permet d'expérimenter une opposition qui lui ouvre un espace calme de choix. La tension et la colère diminuent au fur et à mesure que l'assurance du lien se solidifie par sa seule continuité.

Eglantine avait le choix d'interrompre cette relation thérapeutique durant le temps de l'accouchement, l'hospitalisation et le retour à la maison, ou bien de la continuer à domicile ou de la faire exister à sa façon. Elle choisira d'éliminer le regard et de nous relier par le « cordon » téléphonique. Sa solution et cette métaphore du cordon lui ont ouvert d'autres possibles dans la relation à sa famille d'origine et à son enfant.

A partir de cette opposition thérapeutique Eglantine a pu mettre en place des refus et des choix qui lui appartenaient vis-à-vis de sa famille d'origine sans l'angoisse débordante d'être rejetée ou abandonnée.

D- Questions théoriques :

1. Différencier le cadre et le dispositif

Lors d'un DAD, il est important de différencier le cadre et le dispositif.

Le cadre définit la relation entre le thérapeute et le (ou les) patient(s). Il lui donne sa forme spécifique, différente d'une autre relation. Le dispositif est tout ce qui représente habituellement le bureau (sièges, décoration...), le lieu, le temps de consultation, le rythme, les honoraires...

Dans ce contexte de DAD, seul le dispositif est et doit être concerné. Il est fondamental pour la continuité de la psychothérapie que le cadre ne soit pas modifié.

C'est donc au psychologue d'être garant du cadre relationnel. Au-delà de la surprise liée à cette pratique, le simple fait de formuler cette proposition introduit des associations de pensée et peut induire un rapprochement ou un éloignement de la patiente face au thérapeute. On peut entendre : « j'ai l'impression qu'on sera comme des copines (ou comme ma mère...) si vous venez chez moi ».

Le bureau du psychologue peut être considéré comme un lieu expérimental. Le domicile réintroduit du familier, de l'habituel pour la mère. Quelles sont les différences entre se déplacer chez le psychologue ou rester à la maison avec son nourrisson et attendre le psychologue, à la fois pour la mère et pour le psychologue ?

Chez elle, la mère vivra plus spontanément ses échanges avec son bébé. Elle se laissera aller à certains comportements et affects qui peuvent être plus contrôlés, cachés ou refoulés dans le cabinet du psychologue.

Il est fondamental que le psychologue explicite certains éléments lors de cette proposition. Ceci est possible à condition qu'il ait lui-même réfléchi à différentes situations possibles et aux réponses qu'il pourra donner de manière à maintenir la distance thérapeutique. Comment garder cette relation transférentielle sans dériver vers autre chose ?

Ce sont des paroles claires au moment de la proposition et avant le déplacement qui permettront la continuité du travail engagé. Le risque de rupture de lien est toujours présent, d'autant que c'est précisément aux personnes qui connaissent ces expériences que cette proposition peut être thérapeutique en elle-même. Aussi bien qu'explosive si le psychologue n'a pas bien évalué la situation....

Lorsque nous allons à domicile, le téléphone de la patiente peut sonner. Un ou une amie peut venir la voir. La patiente peut nous proposer quelque chose à boire, une collation. La télévision, très bruyante, peut être allumée.... Quelle position adopter ?

Lors de la proposition du DAD, je précise que le temps à domicile sera le même qu'au bureau. Nos séances ont une durée prévisible qui ne sera pas modifiée. En conséquence, tout ce qui peut nous déranger dans ce temps thérapeutique le réduira d'autant.

Si une télévision bruyante est allumée, n'étant pas chez moi je ne me permets pas de demander de l'éteindre. Par contre, si elle est gênante pour s'entendre, j'introduirai cette donnée dans notre travail. **Tout** ce qui peut arriver en dehors de ce à quoi on peut s'attendre sera ainsi utilisé et prendra sens dans le travail thérapeutique engagé.

Par exemple, une patiente enceinte, chez laquelle je me rendais régulièrement reçoit un coup de téléphone d'un ami. Elle lui dit qu'elle ne peut lui parler et raccroche. La fois suivante, elle m'explique qu'elle avait mal raccroché ce téléphone et que cet ami a écouté toute la séance. Cette situation a été intégrée dans notre travail thérapeutique et a ouvert une réflexion importante dans son histoire sur le secret, l'intime, les limites...

Accepter à boire risque de nous mettre dans une position différente. Il faut rester attentif à ne pas glisser d'un travail thérapeutique à un moment agréable de discussion qui risque à la fois de modifier le transfert et le contre-transfert. Au mieux, le travail thérapeutique sera interrompu. Au pire, l'état de la patiente peut s'aggraver en la plongeant dans une grande confusion des places et des rôles, du présent et du passé.

B- Théorie de l'attachement, système de caregiving et travail à domicile : le psychologue comme « amplificateur d'attachement »

L'attachement est défini comme étant un besoin primaire chez le nouveau-né. Le système de caregiving est « la réciproque du système d'attachement et sa fonction adaptative est la protection des jeunes. Les signaux internes et externes associés aux situations que le parent perçoit comme dangereuses ou stressantes pour l'enfant activent le système de caregiving⁷ ». Celui-ci « se désactive quand la proximité physique ou psychologique est réalisée et que l'enfant est réconforté ».

Avec un nouveau-né, les parents passent « d'une perspective d'être protégés (comme des enfants) à celle de fournir une protection aux enfants (but des parents) »⁸.

Nous pouvons faire l'hypothèse d'un lien entre attachement insécurisé et acceptation ou refus du DAD lorsque cette proposition a des conséquences et prend sens dans le travail thérapeutique engagé. Le psychologue aura momentanément une fonction de *caregiver* auprès de la mère avec son bébé lui permettant de vivre et ressentir cette expérience comme réconfortante et sécurisante entourée de la présence d'un tiers.

Pour leur part, il semblerait que les mères ayant un attachement sécurisé, se sentant entourées et soutenues (par le père, leur propre famille d'origine, des amis...) ne feront pas appel à cette possibilité. Cette proposition de DAD ne prendra pas sens dans le travail thérapeutique déjà engagé.

Nous pouvons nous interroger sur le rôle protecteur, enveloppant du lieu de vie de chaque parent lors de la mise en place de la relation à l'enfant. Le lieu de vie pour certaines mères, lorsqu'elles ont un attachement insécurisé, peut momentanément servir de béquille. Dans ce climat d'instabilité, les murs de la maison symbolisent une stabilité qui sera renforcée par la relation avec le psychologue. Comme si, dans cette acceptation de DAD, la personne pouvait réunir du familial qui sécurise. L'alliance thérapeutique déjà existante, la confiance, la durée et la solidité de cette relation sont donc fondamentales lors de cette proposition.

Ce lieu peut aussi devenir, quand tout bascule, un lieu d'enfermement. Nous observerons alors un besoin impérieux pour certaines mères de sortir, fuir cet endroit. Le lieu familial devient alors un lieu étrange, non sécurisant. Un trop dedans ou trop dehors dont l'évaluation sera possible quand le lien psychothérapeutique existe avant la naissance.

Lors d'une défaillance des figures d'attachement le psychologue peut servir « *d'amplificateur d'attachement* » pour soutenir cette ébauche du processus d'attachement entre la mère et son nourrisson.

⁷ C. Rabouam, M. Morales-Huet, (2002). *Soins parentaux et attachement*. In N. Guedeney, A. Guedeney, (2002). *L'attachement. Concepts et applications*. Ed Masson, Coll. Les ages de la vie, Paris, p. 54.

⁸ Ibid. P. 53.

Le DAD contraint le psychologue à rencontrer ces mères là où elles en sont avec leur bébé. Il leur propose une « enveloppe sensorielle » à l'intérieur de laquelle elles peuvent faire l'expérience d'un laisser-aller pour rencontrer leur bébé limitant ainsi certaines angoisses.

Une sensorialité archaïque ?

L'attachement passerait-il par la sensorialité ou/et la sensorialité serait-elle un des éléments favorisant l'attachement? Peut-on faire l'hypothèse que toutes les modalités sensorielles de la mère seront utilisées pour favoriser l'attachement réciproque nécessaire à la rencontre du nouveau-né ? La modalité sensorielle préférentielle de l'adulte s'exprime et est utilisée dans toute interaction. Elle est le résultat d'une histoire individuelle et familiale en lien avec la culture. La relation thérapeutique en est teintée. Le DAD peut obliger le psychologue à une attention particulière à sa propre sensorialité.

Nous faisons l'hypothèse que dans les conditions les plus favorables, les figures d'attachement entourant la mère au moment de la naissance permettent un retour aux sources d'une *sensorialité archaïque globale* de la mère. Elle abandonnerait sa sensorialité préférentielle d'adulte. Un entourage qui enveloppe la mère avec son nourrisson soutiendrait cette faisabilité des premiers échanges avec le bébé, c'est à dire une rencontre au niveau des compétences sensorielles du bébé.

Selon l'histoire de la mère, il peut être risqué de se rapprocher de cette sensorialité archaïque ré-émergente. Le thérapeute doit pouvoir s'ajuster aux capacités relationnelles de la mère à ce moment particulier qui entoure la naissance.

Le psychologue, comme « *amplificateur d'attachement* », peut soutenir certaines mères quand l'anxiété, voire l'angoisse, rend impossible un lâcher prise vers une régression à cette disponibilité sensorielle globale.

Le DAD va réactiver la sensorialité archaïque du psychologue. Ceci nécessite d'une part qu'il soit prêt à s'en rapprocher, et d'autre part qu'il soit dégagé de l'angoisse de vulnérabilité qui semblerait y être liée.

Vignette clinique 2 : quand le troisième enfant est une première fille...

Marie, 32 ans, enceinte de 6 mois vient consulter avec son ami pour une thérapie de couple. Des conflits violents verbalement et physiquement sont à l'origine de cette demande de consultation. Monsieur parle de séparation. Cette possibilité est insupportable pour Marie. Monsieur ne reviendra pas consulter. Marie continuera seule.

Ce choix est compliqué. Elle s'est toujours débrouillée seule, n'a jamais demandé d'aide. Elle se vit comme étant nulle et sans intérêt. Le seul moment dans sa vie où elle se sent intéressante est pendant ses grossesses. La future mère qu'elle va être serait digne d'être aimée. Ainsi, Marie rêve d'être enceinte le plus souvent possible, sans avoir les enfants. Elle est mère d'un fils de 6 ans et n'a plus aucun contact avec le père. L'ami actuel est le père du second fils de 20 mois et de la fillette à venir.

Lorsque Marie avait 4 ans, sa mère est partie vivre sa «vie de bohème» occupée par les hommes et l'alcool. Marie ne voyait sa mère qu'une à deux fois par an. Parfois, elle ne la

voyait pas quelques années. Elle s'est sentie abandonnée, rejetée et réussira à se rapprocher de sa mère en adoptant un mode de vie similaire à partir de ses 25 ans. En adoptant les goûts de sa mère, y compris en se substituant à elle jusque dans ses choix amoureux, Marie s'illusionne sur l'intérêt que sa mère pourrait lui porter. Tout sacrifier d'elle-même, y compris les valeurs transmises par sa famille paternelle, tout supporter pourvu que sa mère s'adresse à elle. Marie est coupée en deux. Son éducation a été assurée par un père aimant, d'un très bon niveau social, très présent. Son grand-père médecin a toujours été très attentif et proche d'elle.

La première consultation à domicile aura lieu 8 jours après son accouchement. Nous nous verrons régulièrement chez elle pendant trois mois puis reprendrons les consultations à mon cabinet. Si la raison officielle de ce long DAD est que Marie est en congé maternité sans son aide à domicile, donc ne peut pas se déplacer avec ses trois enfants, la raison officielle se déclinera au cours du travail d'élaboration rendu possible par ce qu'elle me fera vivre. Chaque consultation aura lieu dans la cuisine, pendant l'heure la plus chargée, le repas des enfants. L'aîné scolarisé sera présent à quelques déjeuners. Marie confrontée aux différentes demandes de ses enfants, veut se faire voir comme incompétente, incapable de répondre correctement à leurs demandes ou leurs besoins. Cris, soupirs, désespoir... Enceinte, Marie me dit se « sentir asexuée », ni femme ni mère. Les relations avec les autres (hommes ou femmes adultes) lui semblent alors sans danger. Si elle est mère ou femme, elle pense devenir sa mère. Sa fille est la plus menaçante des trois enfants car elle fait écho très directement à sa propre relation de fille avec sa mère.

Durant les trois mois de ces consultations à domicile, je souligne sa capacité à être attentive aux demandes de chacun de ses enfants. Si elle se plaint de ne pas savoir leur parler autrement qu'en « hurlant comme une mégère », Marie a pourtant des gestes très tendres et des regards aimants envers eux. Elle prend conscience au cours de notre travail de ses deux manières de communiquer. Une visible par le verbe bruyant et une légère, presque invisible derrière tous ces bruits par le corps, les gestes, les regards tendres, doux, attentifs. Comme si une interdiction d'être une mère visiblement correcte pesait sur elle. De nombreux liens avec sa situation de petite fille vont émerger et être élaborés durant ce DAD, jusqu'à ce qu'elle puisse se laisser aller à aimer sa fille sans danger, au travers de ses actes et de ses paroles. Elle pourra dire ensuite qu'elle « est gaga de sa fille, admirative. Je suis plus sensible qu'avec mes fils et plus prête à intervenir pour la soulager ». Là où chaque cri de chaque enfant était interprété comme une accusation de son incompétence, un reproche ou un rejet, Marie pourra enfin s'interroger sur les besoins de ses enfants et tenter d'y répondre. Elle se donnera la permission d'être la mère qu'elle peut être sans que ce soit pour autant significatif pour elle de reproche, de rejet ou de trahison de sa propre mère.

Quel intérêt a eu le fait de se déplacer à domicile ? On peut penser que ce même travail d'élaboration psychique aurait pu se faire en cabinet. Tout d'abord, Marie comptait interrompre notre travail thérapeutique 3 mois et revenir seule, sans ses enfants, quand elle

aurait repris son travail. Elle aurait pu refuser ma proposition de DAD. Nous savons, d'un point de vue préventif que plus les interventions ont lieu tôt, plus elles sont efficaces, dans cette situation particulière, pour ce qui est de favoriser le lien d'attachement précoce à sa petite fille.

Non seulement Marie accepte cette proposition, mais elle s'en saisit pour mettre en scène ses croyances péjoratives sur elle-même. Je vis à domicile avec elle la violence qui vient la submerger subitement lorsqu'elle s'occupe de ses enfants. J'aurais pu être aveuglée, comme elle, par cette violence, sans percevoir et vivre les petits signes discrets cachés derrière tout ce bruit. Dans mon bureau, j'aurais pu en entendre parler mais difficilement pu la vivre de cette manière. Cet accompagnement dans sa réalité lui fait expérimenter un regard, une écoute, un ressenti et un partage de moments quotidiens sans jugement. A chaque fois que j'entrais chez elle, l'odeur de bons repas imprégnait la maison. Dans cette cuisine, bruits de casseroles, de couverts sur les assiettes et cris des enfants. Le biberon pour le bébé, un repas mijoté et mixé pour le fils de 2 ans et un autre repas pour l'aîné. Un moment nourricier rempli d'odeurs, de sons qui réactivent de nombreux souvenirs pour Marie mais aussi pour moi. Un moment plein de vie. Le langage de Marie passe au travers des bons petits plats préparés attentivement pour ses enfants. Pourtant, à chaque distribution, son ambivalence maternelle réapparaît au travers de la violence exprimée...

Ce DAD lui permettra de se saisir de ce nouveau dispositif thérapeutique pour vivre une relation enveloppante et maternante pour elle-même alors qu'elle s'attend à être de nouveau rejetée.

En m'invitant dans ces espaces, lieu et temps, au milieu de la psychothérapie, Marie apprend à différencier ce qui est de l'ordre de l'imaginaire, du fantasme de ce qui est de l'ordre de la réalité. Ce qu'elle vit aujourd'hui en tant que mère et ce qu'elle a vécu dans le passé en tant que fille de sa mère. C'est en me mettant dans cette place de mère potentiellement rejetante et en me faisant vivre cette violence que Marie pourra séparer son histoire de celle de sa fille, et exister en tant que mère, celle qu'elle veut être.

Ces trois mois, très éprouvants (pour Marie comme pour moi) sur les plans affectif, émotionnel et sensoriel, où le moindre élément quotidien pouvait être source de violence, de pulsions d'abandonner ses enfants (« je pourrais les abandonner maintenant » disait-elle « ça ne me ferait rien, je suis mieux sans eux ») ont permis à Marie de passer de représentations très négatives d'elle-même seule, d'elle-même avec ses enfants et de ses enfants à des représentations plus acceptables et imprégnées de réalité. Une réalité qui prend sens dans son histoire douloureuse et avec laquelle Marie peut accepter de continuer son chemin. Une réalité davantage source de moments positifs, agréables qu'elle-même a su créer avec ses enfants.

C- Intersubjectivité et déplacement à domicile :

D. Stern fait l'hypothèse de l'intersubjectivité comme d'un système motivationnel. Il considère que les systèmes motivationnels d'attachement et d'intersubjectivité sont distincts. Il ajoute : « dans la situation clinique, l'intersubjectivité est essentielle, l'attachement et l'amour beaucoup moins... Quoiqu'il en soit, l'attachement et l'intersubjectivité se renforcent mutuellement »⁹. D. Stern considère que « Le changement peut survenir par le biais de modifications de la connaissance implicite »¹⁰ et qu'« une implication différente pour la théorie clinique concerne la place de l'action par opposition au langage. Plus la connaissance implicite devient saillante, plus le non-verbal prend de l'importance. Tous les moments présents concernant un contact intersubjectif impliquent des actes... »

La naissance contraint la mère à vivre le présent au travers de l'intensité des affects et de la sensorialité déclenchée dans un rythme imposé par le bébé.

Certains moments acquièrent une épaisseur faite d'autre chose que de douleur ou d'angoisse quand le psychologue peut soutenir la mère pour penser ce qu'elle vit tout en restant avec son bébé dans son environnement naturel. En ce sens, le DAD permet d'exploiter ces « moments présents » où l'intersubjectivité irradie et peut être saisie et utilisée simplement.

Le DAD conduit le psychologue au plus près du contexte émotionnel qui entoure le bébé et à s'y plonger. Il implique d'accepter de prendre ce bain émotionnel chez l'autre en quittant la « sécurité » de son bureau. Nous pensons que le DAD est potentiellement générateur de moments présents.

Vignette clinique 3 : une mère abandonnée...

Reine, 24 ans, vient me consulter parce qu'elle souffre de « crises d'angoisse » depuis des années. Il y a 4 ans, Reine fait un pneumothorax. Elle lie cet événement à une période de sa vie où tout va bien et au fait qu'elle ait désobéi à sa mère. Depuis, elle multiplie les crises. Ses proches sont au courant. Sa mère et son ami sont la plupart du temps présents. Dès la seconde consultation, Reine me fait part de son doute sur ses origines. Elle a grandi en pensant qu'elle était une enfant adoptée. D'ailleurs il n'y a pas de photos d'elle avant l'âge de trois mois. Le sujet est ensuite évité définitivement évité.

Durant plus d'un an, les entretiens tournent autour de ses maux révélant des angoisses de mort. « On ne fait attention à moi que si je vais mal ». Le « On » est sa mère. Son ami est insultant et non attentionné. Plus elle va mal, plus il va voir ailleurs et plus sa mère est présente. Reine ne peut vivre qu'en étant malheureuse. Elle voit énormément ses parents qui sont très soutenant. Dès qu'elle pense à moins les voir, à partir, ou à revenir quand elle a pu s'éloigner, ou à faire un reproche (en particulier à sa mère) elle fait un malaise. Elle dit : « on doit me plaindre ». Elle prend conscience qu'elle fait des crises quand elle a

⁹ D. Stern, (2003). *Le moment présent en psychothérapie. Un monde dans un grain de sable*. Ed. Odile Jacob. Paris. P.126.

¹⁰ Ibid. P.174

peur qu'on ne s'intéresse plus à elle. « Depuis toujours, j'ai peur d'être laissée de côté ». Ses crises ressemblent de plus en plus à une simulation de sa mort. Reine se demande : « est-ce que je ne suis rien, est-ce qu'on peut vivre sans moi ? ». Elle ajoute : « si je meurs, ils doivent se suicider. Ce sera une preuve d'amour ». Le « ils » représente sa mère et son ami. Elle dit aussi « je dois traverser la vie à plat », c'est à dire sans émotion. C'est dans ce contexte qu'éclot un désir d'enfant. Rapidement enceinte, les conflits avec son ami se multiplient. Durant toute la grossesse, nous continuerons à n'aborder que ces questions de maux physiques, recouvrant la question de la mort et implicitement celle de la vie. Les sujets concernant sa grossesse ou l'enfant à venir sont évités jusqu'à l'approche du terme où apparaissent des angoisses de mourir d'un nouveau pneumothorax en expulsant son bébé et en le « laissant choir ».

Lorsque le moment de son accouchement se rapproche, je lui fais la proposition d'un DAD après sa rentrée de l'hôpital si elle le souhaite. On en reparlera le moment venu. Son accouchement se passe bien. Quelques jours après, Reine me téléphone et me demande de me déplacer pour notre prochain rendez-vous.

Lorsque j'arrive chez elle, Reine est seule, assise dans son canapé avec sa fille dans les bras. Je suis saisie immédiatement par un sentiment de solitude d'une violence inattendue. Sa démarche joyeuse, son sourire, son énergie apparente (qu'elle retrouvera plus tard à mon cabinet) ont laissé place à un tableau d'une tristesse accablante. Je ressens une angoisse qui me prend au ventre, une sensation de vide. A ce moment, j'ai l'image d'une mère abandonnée et le souvenir me revient de ses soupçons sur ses origines.

Après un échange sur sa santé et celle de sa fille, je lui fais part d'une partie de mon ressenti. Je lui pose ensuite des questions concernant ses origines. C'est alors que Reine m'apprend qu'elle est obsédée par cette pensée, qu'elle est sûre d'avoir été adoptée car depuis le début de sa grossesse, elle est sans cesse envahie par ces doutes. De plus, Reine a régulièrement posé des questions à sa mère sur le moment où elle-même était enceinte et a ressenti la gêne de sa mère qui évitait le sujet ou répondait de manière floue. Enfin, elle a dû s'enquérir de papiers administratifs, un acte de naissance, et là encore quelques surprises sont apparues qui ne lui ont pas semblé « normales ».

Elle sait mais veut une confirmation qui l'inquiète terriblement. Simultanément, Reine veut entretenir ce doute et ainsi, rester loyale au silence de ses parents. Durant cette visite, elle exprime clairement la question qu'elle se pose depuis toujours, en pleurant, serrant toujours sa petite contre elle. Après ma visite, sa mère vient la voir. Reine lui demande clairement et sa mère lui confirme son adoption.

Durant ce DAD, ce que j'éprouve au moment où je vois cette mère assise avec son bébé contre elle constitue un moment « de création intersubjective (qui sont) des moments présents particuliers »¹¹. Nos regards se sont croisés. Aucune parole n'a été prononcée. Si je choisis d'aborder en premier la question de sa santé et de celle de sa fille, c'est pour

¹¹ Ibid. P.98.

laisser diminuer la tension de ces premières secondes de rencontre et pour pouvoir aborder le sujet de l'abandon dans un peu plus de calme. D. Stern considère que plus on « s'attardera sur un moment présent et prendra le temps de l'examiner, plus il provoquera l'ouverture de nouvelles voies à explorer. »¹²

La période qui a suivi a été difficile et a nécessité un soutien plus fréquent à mon cabinet. Puis nous avons pu reprendre notre travail régulier. A partir de cet événement, un changement interviendra au niveau du travail d'élaboration psychique. Reine s'oriente alors sur son abandon, son adoption, ses deux mères... et elle en tant que mère.

Elle continuera à venir me voir en semblant heureuse, énergique et dynamique. Cette apparence se modifiera parfois en laissant apparaître de la fatigue, de la lassitude, de la colère ou de la tristesse.

Nous pouvons nous demander si ce sujet aurait finalement été abordé dans mon cabinet. Quand ? Cette question sur ses origines était devenue obsédante durant sa grossesse. Le début de ses relations avec sa fille et les difficultés rencontrées ont pu être discutées, réfléchies, ressenties avec les mots justes se rapportant à la réalité de son histoire. Les questions qu'elle se posait en tant que jeune mère et ses sensations avaient toutes un arrière-goût d'abandon et d'angoisse sur ses propres capacités à s'attacher à son enfant.

La violence de mon ressenti lors de cette consultation à domicile a été brève, décisive et unique. Son utilisation dans notre travail a permis à Reine de partager pour la première fois un vécu qu'elle devait jusque là garder pour elle et qu'elle s'était si bien entraînée à cacher. Finalement, la seule avec laquelle Reine avait osé le partager était cette fillette serrée si fort contre elle lors de ce DAD.

3- Et pendant la grossesse ?

En clinique, nous rencontrons régulièrement des personnes qui ont connu un parcours médical difficile lors de la grossesse ayant entraîné un certain nombre de questions chez la future mère et chez le futur père. Des réponses simples suffisent parfois pour limiter les complications.

Nous savons que le corps pensant et se souvenant peut prendre la parole selon les expériences de vie passées et les représentations associées. Les problèmes somatiques peuvent faire écho à une histoire douloureuse qui réactive alors diverses angoisses. Celles-ci peuvent peser sur le devenir relationnel avec le bébé à venir, parfois aussi sur le développement psychique et affectif de cet enfant.

Vignette clinique 4 : hypertension

¹² Ibid. P.167

Neige a 42 ans. Lors de notre première consultation, elle m'apprend qu'elle est enceinte de 2 mois. Elle vit depuis 4 ans avec son compagnon, ils ont un fils de 3 ans et demi. Il est né à 7 mois et demi de grossesse par césarienne en urgence après une crise d'éclampsie. Neige garde le souvenir d'une arrivée brutale de cet enfant si petit et d'angoisses lors de son retour à la maison seule avec ce « bébé si faible ». Lorsque son fils a un an, de nouveau enceinte, elle décide de faire une IVG. Il y a un an, elle fait une grossesse extra-utérine.

A part la passion éprouvée pour son compagnon au début de leur relation, Neige me communique une impression d'ennui, de vide. Aucun commentaire sur les informations concernant ses différentes grossesses. Elle a de grandes connaissances en psychologie et de nombreuses lectures psychanalytiques, aussi me fait-elle part de ses réflexions à ce sujet.

La seconde séance et les suivantes sont annulées. Neige a fait un malaise. Elle doit rester à domicile allongée le plus possible durant toute sa grossesse, se reposer pour des « problèmes de tension ». Je lui propose alors que nous fassions notre travail thérapeutique à domicile. Elle accepte en précisant sa surprise, n'ayant jamais lu quoi que ce soit sur le travail des psychologues à domicile. Elle ne « savait pas que ça existait ».

Le reste de la prise en charge se déroulera à domicile et s'interrompra à la naissance de sa fille. Si dès la première consultation une impression d'ennui et de vide s'est emparée de moi, le déplacement à domicile ne fera que la renforcer.

Un problème d'hypertension récurrent tout au long de sa grossesse et les premières entrées dans une élaboration thérapeutique se feront autour de questions somatiques sans affect associé.

Neige m'interrogera régulièrement sur « ma place » hors de mon bureau jusqu'à ce qu'elle puisse faire le lien avec sa problématique qui resurgit lorsqu'elle évoque sa grossesse extra-utérine comme une « vie qui n'est pas à sa place ». Elle évoquera la place de son fils qu'elle situe comme le « fils de son compagnon ». Celui-ci a eu un fils issu d'un premier mariage, qui est décédé.

Neige espère avoir une fille qui sera à elle.

L'élaboration de ces questions de place, de mort, de ses relations aux hommes, à ses enfants et de sa place d'enfant par rapport à ses parents lui ont permis d'arriver au terme de sa grossesse dégagée en partie de ses angoisses.

Elle a pu remettre un peu d'ordre dans son histoire et chaque personne à sa place. Neige était prête à accueillir sa fille après un temps d'anticipation de ce que pourrait être cette nouvelle relation, différenciée de celles qu'elle avait déjà connues.

Il est intéressant de se pencher sur l'intérêt dans ce contexte d'un DAD.

Comment aurait pu se passer l'accueil et le lien avec ce bébé à venir sans élaboration de l'angoisse de mort extrême liée aux diverses grossesses et à d'autres éléments de sa vie ? De plus, le travail psychothérapeutique a rendu possible la différenciation entre la relation à sa propre mère et la relation à venir à sa propre fille.

Pour avoir rencontré en consultation des femmes qui ont vécu des angoisses durant des grossesses difficiles, isolées à leur domicile et consultant quelques mois, voire quelques années après avec leur enfant, il n'est pas trop risqué de prétendre que cette prise en charge a pu avoir un rôle préventif, évitant ou limitant des difficultés relationnelles avec son bébé.

Ce DAD nous laisse voir une analogie avec l'arrivée de l'enfant. La question de la place que j'occupe, modifiée au niveau du dispositif - c'est Neige qui m'attend chez elle - trouve un écho remarquable dans son histoire et celle du bébé à venir. Nous comprenons l'importance de mainte-

nir le cadre relationnel. En restant conservé et protégé il permet l'émergence de nouvelles données. Neige s'en saisit pour s'interroger sur la place et les relations entre elle et les autres. Il lui permet de s'assurer de sa propre place. Cette problématique était fondamentale dans ce travail thérapeutique. Cette modification du dispositif qui protégeait la place et la fonction de la patiente et de la psychologue comportait en elle-même un aspect thérapeutique.

A mon cabinet, la première séance m'avait donné suffisamment d'informations pouvant justifier cette proposition rapide de DAD.

4-Contre-indications, question de temps, limites et perspectives

Il est important de rappeler que, la plupart du temps, le travail psychothérapeutique s'interrompt normalement un peu avant et après l'accouchement.

Les déplacements à domicile « quand c'est plus pratique pour le patient » sont à proscrire. Au travers des vignettes cliniques, nous avons vu deux situations distinctes à prendre en compte. L'une étant une atteinte somatique durant la grossesse obligeant la mère à rester couchée ou à limiter sérieusement sa mobilité. L'autre se situant autour de l'accouchement et nécessitant une élaboration du « sens » du déplacement dans un travail psychothérapeutique plus engagé.

Si la présence du psychologue peut former une enveloppe sécurisante, le DAD peut aussi être très intrusif. Au vu du contexte psychique et affectif de cette période, le DAD peut amplifier des désordres actuels et à venir. Il ne peut en aucune façon se proposer systématiquement. Dans ce cas, il ne ferait que refléter une non-attention du psychologue à l'histoire de chaque future mère.

Le DAD n'existe que de manière transitoire. Une transition qui vise à assurer une continuité. Continuité de la prise en charge, continuité de l'histoire de la personne qui peut vivre une discontinuité psychique se traduisant par une indisponibilité psychique à l'arrivée du nourrisson. C'est ce repérage au cours du travail psychothérapeutique qui peut aussi amener à proposer un DAD. A ce moment de la vie, nous savons que de nombreux repères psychiques et de la réalité sont à reconsidérer par la mère, le père et le couple.

Un tout-petit prend beaucoup de place. Contraints par cette réalité de la vie, les parents vivent un temps de transition. Le DAD comme miroir de cette situation vient modifier certaines marques qui ne concernent que le dispositif. Ce vécu immédiat partagé dans cette action réfléchie du psychologue ouvre à de nouvelles représentations rendues possibles quand le psychologue reste stable, solide, dans ce contexte global mouvant.

Dans différents colloques, B. Golse¹³ a rappelé que la clinique périnatale est une clinique groupale. Le bébé convoque du monde autour de lui. Quand les choses se déroulent de manière attendue, le groupe familial et amical entoure et visite cette nouvelle mère et son bébé. Nous avons vu qu'en institution, la pratique des VAD était une indication très réfléchie, toujours en groupe, avec des intervenants pluridisciplinaires.

Le psychologue en libéral peut se sentir seul dans cette pratique, rapidement envahi par la solitude de la mère, son impuissance, sa violence ou tout autre affect démultiplié comme on l'a vu dans le contexte du domicile. Il est donc indispensable d'avoir accès à d'autres espaces pour élaborer nos vécus et remettre en question en permanence nos directions et propositions thérapeutiques (supervision, séminaires, formations, lectures...).

CONCLUSION

Comme nous l'avons vu, les DAD sont à différencier des VAD en particulier parce qu'ils existent dans un contexte de demande explicite d'un travail psychothérapeutique de la part de la patiente. Lors des DAD qui ont lieu après l'accouchement, le psychologue remplit momentanément une fonction d'« amplificateur d'attachement ».

Lorsque la mère accepte cette proposition de DAD, le psychologue est susceptible de se confronter à quelques perturbations internes. Il doit pouvoir garder sa capacité de soutenir la mère dans son travail d'élaboration psychique. Telle une métaphore de ce que vit la mère, les DAD sont l'expression d'une attitude professionnelle particulière adoptée par le psychologue, véritable « préoccupation professionnelle primaire »¹⁴.

Puisque la rêverie et l'imaginaire sont indissociables de la périnatalité, nous pourrions envisager de créer un réseau de psychologues libéraux pratiquant des DAD. Une formation à cette pratique à domicile serait à prévoir. Des réunions régulières ensuite permettraient cette élaboration groupale pluridisciplinaire. Des écrits maintiendraient une pensée vivante sur cette pratique.

Nous pourrions réfléchir à l'intérêt du DAD, dans certains autres cas, lors de deuils périnataux par exemple. Les mères rentrent à leur domicile contraintes de faire face à ce vide à la fois en elles et chez elles. Se déplacer, ressentir ce vide, le partager... Si nous soutenons la mise en place de l'attachement, pourrions-nous envisager de soutenir le désinvestissement lors de deuils périnataux avec un DAD ?

M. Moralès-Huet rappelle la « nécessaire prise en compte des événements de vie réels dans la compréhension du développement du jeune enfant et de l'accès à la parentalité » ainsi que la « nécessité, dans la clinique de la petite enfance, d'innover face aux conceptions psychanalytiques classiques, en proposant de nouveaux aménagements du cadre et de

¹³ Par exemple, lors de la réunion de la WAIMH du 23 mars 2006.

¹⁴ M. Morales-Huet (1997), *Les psychothérapies mère-bébé à domicile. Traitements de dyades mère-enfant à risque et inaccessible aux soins en institution*. In A. Guedeney, S. Lebovici, *Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants*, Masson, médecine et psychothérapie, Paris, p.96.

la technique »¹⁵. Le DAD reste toutefois une innovation à risque. En effet, si les DAD s'inscrivent dans un registre préventif, ils peuvent aussi amplifier des problématiques par manque de formation, de travail personnel ou de réflexion en supervision sur son propre travail.

Pratiquer les DAD oblige le psychologue en libéral à développer des ressources professionnelles groupales. Sinon, les DAD peuvent devenir une pratique explosive dans un contexte où la vie est à fleur de peau...

BIBLIOGRAPHIE

- Marthe Barraco, Martine Lamour, "*Le choc de la naissance: Soigner la parentalité: Le bébé: Du rêve au cauchemar: Parentalités défailantes: Soins et séparations*", in Dialogue 2001, N° 152, pp. 3-7.
- Martine Lamour, Marthe Barraco-de Pinto, "*Approche à domicile et travail en réseau dans le traitement des nourrissons à haut risque psychosocial et de leurs familles*", In Spiral N°25, "*avec Myriam David: quel accueil pour les jeunes enfants*", 2003/1, pp. 117-132.
- M.-C. Lamunière, (1989), *soutien psychothérapeutique de la relation mère/enfant à domicile*, revue Dialogue, 4^{ème} trimestre. pp. 91-108.
- M. Moralès-Huet, (2002). *Apports de la théorie de l'attachement aux psychothérapies parents-jeune enfant* . In N. Guedeney, A. Guedeney, (2002). *L'attachement. Concepts et applications*. Ed Masson, Coll. Les ages de la vie, Paris, pp.147-154.
- M. Morales-Huet (1997), *Les psychothérapies mère-bébé à domicile. Traitements de dyades mère-enfant à risque et inaccessible aux soins en institution*. In A. Guedeney, S. Lebovici, *Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants*, Masson, médecine et psychothérapie, Paris. pp 83-103.
- C. Rabouam, M. Morales-Huet, (2002). *Soins parentaux et attachement*. In N. Guedeney A. Guedeney, (2002). *L'attachement. Concepts et applications*. Ed Masson, Coll. Les ages de la vie, Paris. pp. 53-67.

¹⁵ M. Moralès-Huet, (2002). *Apports de la théorie de l'attachement aux psychothérapies parents-jeune enfant*. in *L'attachement. Concepts et applications*. N. Guedeney, A. Guedeney. Coll. Les âges de la vie, Masson, Paris, p.147et p.148.

Véronique COHIER-RAHBAN

Périnatalité, psychologue en libéral et déplacement à domicile

- O. Rosenblum, L. Conquy, J. Latoch, C. Squirès, D. Candilis, M. Bydlowski, "*dépression d post-partum et visites à domicile*" Sous la direction de Michèle Maury, Martine Lamour "*Alliances autour du bébé, de la recherche à la clinique*", PUF, Paris, 2000.

- D. Stern, (2003). *Le moment présent en psychothérapie. Un monde dans un grain de sable* Ed. Odile Jacob. Paris.

RESUME

Cet article expose l'intérêt d'un Déplacement A Domicile, DAD, réalisable en périnatalité, distinguer des VAD déjà proposées dans certains services institutionnels. Au cours d'une psychothérapie avec un psychologue libéral, durant la grossesse ou après l'accouchement, un DAD peut être proposé à la mère (ou future mère). Lorsque certaines difficultés somatiques apparaissent durant la grossesse qui font écho à une histoire personnelle compliquée le DAD rend possible la psychothérapie. Celle-ci limitera les angoisses de la mère, la libérant en partie pour rencontrer plus sereinement son bébé à la naissance. Un DAD après la naissance sera utile dans les situations où des problématiques de ruptures de lien, de maltraitance ou autres violences dans l'histoire de la mère peuvent être réactivées avec l'arrivée de l'enfant. Le DAD est bref, transitoire. Il s'inscrit et prend sens dans un travail psychothérapeutique en cours et nécessite une alliance thérapeutique solide. Une différenciation entre le cadre et le dispositif permettra au psychologue de rester stable dans sa place et ainsi d'assurer une fonction enveloppante. Il peut devenir un « amplificateur d'attachement » favorable au soutien du processus d'attachement entre la mère et son bébé qui se met en place à cette période.

Mots clés :

Cadre, dispositif, Déplacement A Domicile, intersubjectivité, amplificateur d'attachement, sensorialité archaïque.

SUMMARY

This article highlights the potential benefits of home psychotherapy sessions provided by the attending psychologist (in French we will call them "**Deplacements a Domicile**", **DAD**).

DADs could be offered to women either during pregnancy or after their child's birth but they must be differentiated from **VADs**, (In French "*Visites a Domiciles*") as those are already offered to some expecting mothers and are run by institution counsellors. The **DAD** on the contrary will be offered to patients already seeing a psychologist and for whom it seems the pregnancy is triggering some severe somatic difficulties due to a complicated past history. The **DAD** in this case will help lower the expecting mother's anxiety so that she can welcome her baby with more serenity.

A **DAD** after the birth will be useful when the mother herself has suffered severe ruptures, child abuse or other types of violence that could be re-activated by the baby's arrival. It is envisaged that a series of **DAD** sessions will cover a short time period and are only meant to be transitional. They will only be offered to patients with a strong therapeutic bond with their psychologist.

The psychologist needs to carefully differentiate the therapeutic relationship from the physical setting (i.e. the psychologist's office or patient's home) so that he can stay focused and play a sort of enveloping role to the mother. He can then become a "bond amplifier", helping the bonding process between the mother and her baby which takes place at this period.

settings, home visits (home psychotherapy sessions), intersubjectivity, bond amplifier.

Resumen

Este artículo resalta los beneficios potenciales de las sesiones de terapia en casa, DAD ("Deplacements a Domicile") y la diferencia que proporciona este nuevo tratamiento en comparación a la ya conocida VAD (Visites a Domiciles).

Dichas sesiones de terapia se ofrecerán a las mujeres durante el embarazo o después de nacimiento del niño; A diferencia de las VADs, que son de acceso público, las DADs son proporcionadas por psicólogos privados, a pacientes que ya están siguiendo psicoterapia y también para aquellas personas cuyo embarazo está desencadenando alguna dificultad somática seria debido a un complicado historial.

La DAD ayudará estas madres a reducir los estados de ansiedad durante el embarazo de manera que podrá concebir a su bebé con más serenidad.

Una DAD después del nacimiento puede ser útil si la madre haya sufrido una grave ruptura sentimental, abuso infantil o algún otro tipo de violencia que pudiera reactivarse con la llegada del bebé.

La DAD es breve, únicamente transitoria. Para pacientes que ya estén siguiendo psicoterapia y que tengan un vínculo fuerte con su psicólogo.

Únicamente a través de la diferenciación entre la relación terapéutica y el entorno físico (Comprendemos un entorno físico como el lugar de trabajo) el terapeuta será capaz de mantenerse centrado y estable y de ese modo asegurar un *rol envolvente*. Es entonces cuando se puede convertir en un "amplificador de vínculos", ayudando al proceso de vinculación entre la madre y el bebé, lo que normalmente ocurre en los primeros meses después del nacimiento.

Lugar, las sesiones de terapia en casa, intersubjetividad, amplificador de vínculos.