



HAL
open science

De la parentalité...au mal de mère : perspectives et stratégies de prévention des difficultés maternelles en période postnatale

Aurélie Moulin

► **To cite this version:**

Aurélie Moulin. De la parentalité...au mal de mère : perspectives et stratégies de prévention des difficultés maternelles en période postnatale. Médecine humaine et pathologie. 2009. hal-01887458

HAL Id: hal-01887458

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01887458>

Submitted on 4 Oct 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

Maternité régionale universitaire de Nancy

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

DE LA PARENTALITE...

AU « MAL DE MERE »

*Perspectives et stratégies de prévention des difficultés
maternelles en période postnatale*

Mémoire présenté et soutenu par

Aurélie Moulin

Promotion 2005-2009

Directeur de mémoire (guidant) : M. NADJAFIZADEH
Expert : M.DANGANA (sage-femme)

SOMMAIRE

Sommaire	3
Préface	5
Introduction	6
Partie 1	8
1. Aspects socioculturels de la Maternité	9
2. Cheminement psychique aboutissant à la relation mère-enfant	13
2.1. Le désir d'enfant et ses aléas.....	13
2.1.1. Distinction désir de grossesse et d'enfant	13
2.1.2. Genèse du désir d'enfant.....	13
2.1.3. Les représentations de l'enfant.....	14
2.1.4. Désir pour l'enfant	15
2.1.5. L'ambivalence.....	15
2.1.6. Dette de vie	16
2.2. Processus de « maternalité »	17
2.2.1. Une nouvelle identité	18
2.2.2. La grossesse, un état de transparence psychique	18
2.2.3. L'ombre de la mère et héritage transgénérationnel.....	20
2.2.4. La préoccupation maternelle primaire	21
2.3. Les interactions précoces mère-fœtus	22
2.4. Interactions précoces mère-enfants en post-partum.....	24
2.4.1. Mécanismes mis en jeu par la mère	24
2.4.2. Mécanismes mis en jeu par le nourrisson	25
2.4.3. L'espace d'une rencontre	30
3. Quand la Maternité tombe en panne et en peine...	36
3.1. Le sens de la difficulté maternelle	36
3.1.1. Définition	36
3.1.2. Une souffrance muette aux multiples visages.....	37
3.1.3. Un cercle vicieux.....	38
3.1.4. Une épreuve narcissique au quotidien.....	39
3.1.5. Mais tout n'est pas difficulté.....	39
3.2. Epidémiologie	39
3.3. Les signes maternels	40
3.4. L'enfant comme témoin de la difficulté maternelle.....	43
3.4.1. La naissance psychique de l'enfant.....	43
3.4.2. Fabrication du bébé malade et maternité soignante	44
3.4.3. Les appels du bébé	45
3.5. Les masques de la difficulté maternelle	45
3.6. La question de la dépression postnatale	46
3.7. Conséquences : des mères et enfants en danger potentiel.....	47
3.7.1. Pour l'enfant.....	47
3.7.2. Pour la mère	47

Partie 2	49
1. Méthodologie et objectifs	50
2. Cas clinique	52
2.1. Chronique d'une souffrance	52
2.2. Analyse.....	56
2.2.1. Vécu de la grossesse.....	56
2.2.2. Vécu de l'accouchement	57
2.2.3. En suite de couche.....	58
2.2.4. Le retour à la maison.....	58
2.3. Discussion	61
2.3.1. Autour de Mme A.	61
2.3.2. Autour de la méthodologie.....	64
Partie 3	67
1. Aspect préventif	68
1.1. Les signes à repérer	68
1.2. En suites de couche	70
1.2.1. Attitude de la sage-femme	70
1.2.2. L'effet pervers de l'information : quand le baby blues sonne faux... ..	72
1.3. L'importance d'un travail en réseau	73
2. Les perspectives	75
2.1. L'importance d'un travail en partenariat face aux sorties précoces.....	75
2.2. La consultation postnatale.....	78
2.3. L'intérêt des groupes de paroles	79
3. Les associations	82
Conclusion	84
Bibliographie	85
TABLE DES MATIERES	88
Annexe 1	90

PREFACE

Ce travail sur les difficultés maternelles s'inscrit dans le cadre d'une réflexion née de l'observation de jeunes mères au cours de mes études. Mais c'est aussi en me positionnant en tant que femme que j'ai été amené à me questionner sur ce moment si particulier qu'est la grossesse, tout comme l'identité maternelle, le devenir-mère.

Dans une société où la maternité est socialement valorisée, le mythe de la femme enceinte épanouie, heureuse, rayonnante, qui a la science infuse, sans ambivalence et doute, persiste. Force est de constater, qu'à travers mon expérience personnelle et étudiante, que peu de femmes se reconnaissent dans cet idéal.

Les nombreux faits divers, plus spécifiquement sur l'infanticide et le déni de grossesse, dont se délecte la presse, m'ont profondément intrigué et conduit à m'intéresser au psychisme maternel, en me penchant sur les difficultés maternelles, situations auxquelles la sage-femme peut être confrontée dans son exercice.

Introduction

« Elle est en train de devenir mère : le ventre vide, froid, les seins lourds, pleins de lait et de crevasses, le sexe béant, ravagé, le petit pleurant, hurlant, et le devoir, elle d'être contente ! Ce jour tant attendu, depuis la poupée dans ses bras de petite fille, ses premières règles arrivent enfin...c'était censé être le plus beau jour de sa vie... [...] Le sang, le lait, les larmes coulent... » (ROSSIGNEUX P.)

Pas si simple la Maternité ! On la désire belle et heureuse alors qu'elle peut être difficile, source de fragilité, angoisses et souffrance, ou même impossible. On la veut aisée et évidente alors qu'elle devient artificielle et technique.

La naissance d'une mère ne va pas toujours de soi. Événement éminemment physiologique, il ne faut pas omettre que la Maternité s'accompagne de remaniements psychiques qui changent radicalement l'être de la femme et pouvant être source de difficultés maternelles.

La période du post-partum est un tournant à la fois décisif : pour la mère, qui y trouve ou réproouve sa nouvelle identité ; pour l'enfant, qui doit achever sa naissance et acquérir les éléments structuraux qui feront sa vie, pour le couple, nécessairement remanié, voire mis en danger...mais aussi critique, où cette période peut être l'occasion de manifestations psychiques, qui des plus bénignes aux plus inquiétantes, nécessitent que l'on s'en préoccupe.

Les difficultés maternelles sont très souvent sous-estimées : Chaque année, on estime qu'au moins, une femme sur 10 serait en souffrance après la naissance de leur enfant. La difficulté maternelle est donc un problème de santé publique, qui doit interpeller la société par sa fréquence, sa gravité, et la durée de ses effets sur les mères, leurs enfants, sans oublier leurs proches.

Ce travail se propose d'apporter quelques éclairages concernant les processus mis en jeu dans l'accès à la parentalité et les mécanismes d'installation des relations précoces mère-enfant, afin de cerner au mieux les difficultés auxquelles peuvent être confrontées les mères. Mais son objectif principal est de sensibiliser les professionnels à

cette question et de les amener à réfléchir sur les stratégies et perspectives de prévention en période postnatale dans le contexte actuel d'organisation de soin.

Après avoir abordé dans une première partie l'aspect social de la Maternité ainsi que le cheminement psychique aboutissant à la relation mère-enfant, nous nous intéresserons à l'étude du témoignage d'une jeune maman, pour nous amener à une réflexion sur la maternité psychique, sa dimension sociale, ainsi que sur l'accompagnement à la naissance.

La dernière partie se proposera de réfléchir sur les perspectives et stratégies de prévention des difficultés maternelles en période postnatale.

Partie 1

1. ASPECTS SOCIOCULTURELS DE LA MATERNITE

Avant d'envisager la parentalité, il paraît judicieux de s'attarder sur le contexte socioculturel dans lequel s'inscrit la maternité afin de mieux comprendre pourquoi certaines maternités peuvent être difficiles.

L'image d'Épinal de la femme comblée, entourée de fleurs, de cadeaux et de photographes, qui allaite son petit trésor, autour duquel tout le monde s'extasie, nous est plus que familière. Dans une société où la maternité est socialement valorisée, on s'attend naturellement à aimer son enfant, à deviner intuitivement et sans efforts, ses besoins. C'est supposé être une source de plaisir, un cadeau qui doit nous rendre heureuse... La maternité est donc évoquée avec la tête pleine de notions entendues et assénées avec certitude comme l'instinct maternel, amour maternel, devoir maternel. Dès lors que la femme ne colle pas avec cette image, à ce mythe de la mère parfaite, elle s'inquiète, culpabilise: il devient alors difficile de dire que l'on n'est pas heureuse ou que la grossesse n'est pas une partie de plaisir...les femmes le vivent comme un secret honteux !

Il faut avoir à l'esprit que la Maternité n'est plus ce qu'elle était : l'expérience de la grossesse se relativise, la maternité étant une étape parmi tant d'autres dans leur vie. Chaque femme élabore sa hiérarchie, son ordre de priorités. Ce n'est pas le but ultime de leur vie, la raison d'être de leur couple, leur source première d'identité. Mais elle se complexifie également : la grossesse devient un événement aux ramifications complexes, chargé d'un potentiel de perturbation redoutable, pouvant troubler ou compromettre d'autres accomplissements tels le développement personnel, l'harmonie du couple ou la réussite professionnelle. La maternité n'est plus dans l'ordre des choses, elle bouleverse !

Parallèlement, notre société s'inscrit dans une dynamique de surconsommation, où la maternité est assimilable elle-même à un produit de consommation, à concevoir dans une logique de programmation, de maîtrise et de contrôle.

Tout d'abord, la médicalisation intensive de la grossesse et l'avènement du diagnostic anténatal ont contribué à l'émergence du mythe du bébé parfait, propices à des projections multiples.

Il faut se rappeler aussi que jusqu'aux années 70, l'immense majorité des femmes mariées ne se posait pas la question de procréer ou pas : le désir d'union était lié pour la plupart d'entre elles au désir d'enfant, fameux « destin » biologique de la femme ! Aujourd'hui, le destin est contourné et vaincu par la contraception et la mutation des valeurs : en ces temps de modernité, c'est la rapidité, l'efficacité, la rentabilité, l'avoir plus que l'être, la matière commercialisable et la technique qui la transforme, qui comptent plus que l'humain ! La possibilité de choisir, de programmer sa grossesse ne va pas sans conséquences sur le psychisme et sur sa relation profonde avec cet enfant : elles souffrent désormais d'« angoisses existentielles » : « Dois-je mettre en route un enfant ? Est-ce le bon moment ? Pour moi ? Mon compagnon ? Ne devons-nous pas faire passer avant cela un autre objectif ? Sommes-nous prêts capables d'être de bons parents ? ». Après la carrière, la maison, la voiture..., « mettons en route un bébé ! » On veut choisir, contrôler, maîtriser...il faut que ça colle, que tout soit parfait ! Dans le cas contraire (pleurs incessants, des soucis d'allaitement...), les femmes ne comprennent pas et sont très anxieuses...

En conclusion, autrefois, on « tombait » enceinte, maintenant on « lance » une grossesse ! Le rôle de la mère est devenu entièrement actif et « elle ne peut plus se plaindre ». Entendons-nous : Quand les déterminismes biologiques ou culturels ne permettaient aucun choix, les femmes souffraient cruellement de ce manque de liberté et enduraient des grossesses non voulues et parfois des vies de galère. Elles avaient « le droit » d'être mal, alors que maintenant, puisqu'elles l'ont choisi, il leur est difficile de dire qu'elles en ont marre, ou même d'exprimer leur ambivalence. Cette maîtrise de la maternité peut être visible à travers les projets parentaux, où les femmes se réapproprient leur grossesse et accouchement. [32]

La société renvoie les femmes à elle-même, où ressortent un sentiment d'isolement, de solitude. La structure familiale a profondément changé et le soutien familial n'est plus le même qu'autrefois ; les femmes étaient auparavant très entourées par un réseau féminin familial très présent et soutenant. Elles pouvaient être conseillées, se « reposer », être en quelque sorte materner par leur mère et/ou sœurs... Aujourd'hui,

elles sont loin, occupées, non disponibles. Et ce réseau se réduit très souvent à une personne : le conjoint ! On lui demande beaucoup, on attend beaucoup de lui : les femmes lui demandent de partager pleinement leur expérience, ce qui même dans le meilleur des cas, malgré la participation aux cours prénataux, échographie, consultations, est difficilement réalisable : les femmes éprouvent un certain désarroi devant l'impuissance du conjoint à partager pleinement ce qu'elles vivent : « il a beau vouloir, il ne peut pas comprendre » et parlent du déséquilibre des rôles dans la procréation, qu'elles trouvent souvent lourd à porter notamment les contraintes physiques non partagées mais surtout les limites des possibilités identificatoires du conjoint.

A cela s'ajoute le fait que les femmes ne sont plus satisfaites des membres féminins de la famille, mettant en évidence une rupture dans les générations. On dirait que la mère en particulier est la dernière personne à qui l'on s'adresse pour ancrer sa propre grossesse dans l'expérience d'une autre. Pour toutes sortes de motifs, si l'on reste dans le registre du conscient, un grand nombre de femmes préfère ne pas se référer à l'influence de leur mère, l'accusant parfois directement de ne pas les avoir préparées (sorte d'abandon), pour d'autres, leurs mères n'a pas su leur transmettre ses aptitudes. Parfois, elles ne retiennent de leur mère qu'une grande amertume face au maternage : il devient alors impératif de se distancier. Ainsi, Très souvent les mères sont vues comme appartenant à une autre époque. Elles n'ont pas l'expertise requise. Mais le modèle traditionnel rejeté n'a pas été remplacé par quelque chose d'équivalent, et peut avoir un effet déstabilisant. Si les femmes peuvent vivre confortablement les ruptures avec certaines identités anciennes comme le travail, la sexualité, le problème avec l'identité maternelle, est quant à lui, en bonne partie, affaire de continuité, d'héritage, de transmission, de prolongement...[26]

Enfin, notre société ne veut pas s'inquiéter des mères autrement que sur le plan des modalités médicales et sociales habituelles, réduisant les problématiques maternelles à la dépression et à la maltraitance. Pourtant la dimension psychique de la maternité et de sa genèse nécessite une approche médicale spécifique. L'abondance et la multiplication de l'information par les livres et experts ont banalisé certains phénomènes, comme le baby blues, que l'on réduit à un phénomène hormonal, passager et sans conséquences. Ce terme fantaisiste veut déjà tout dire. Comme le souligne J.M DELASSUS, « *C'est comme si on lui avait mis un bouquet de fleurs sur sa table de*

nuit, c'est un bouquet de mots, c'est une petite gerbe de mots qu'on dépose tout près d'elle pour lui dire que ce n'est rien, que ça va passer»[14]. A banaliser ce phénomène, on en arrive à être moins réceptif, vigilant et à l'écoute de la jeune mère. Or un baby blues trop intense ou qui perdure n'est pas « *une petite musique* »...et on risque malencontreusement de passer à côté de troubles psychiques importants dont les conséquences peuvent être très délétères!! Toutefois, on peut reconnaître un point positif à cette vulgarisation : elle donne, dans un sens, aux mères l'autorisation de pleurer, d'accepter que ce n'est pas une idylle...

2. CHEMINEMENT PSYCHIQUE ABOUTISSANT A LA RELATION MERE-ENFANT

Quels sont les processus mis en jeu dans l'accès à la parentalité ?

Qu'est-ce qui fonde le devenir mère et la construction du lien mère-enfant ?

2.1. Le désir d'enfant et ses aléas

C.REVAULT D'ALLONES soulève 2 questions fondamentales concernant le désir :

« Désirer un enfant, est-ce vraiment désirer « un enfant » ? Ou se prouver sa fécondité, désirer être enceinte, ou un désir d'enfance qui serait en nous ? »

« Désirer un enfant, est-ce la même chose que désirer cet enfant là ? L'enfant de la réalité n'est-il pas toujours décalé par rapport à l'enfant du désir, cet enfant merveilleux, idéalisé ? » [13]

2.1.1. Distinction désir de grossesse et d'enfant

La maternité implique le plus souvent désir d'enfant. Mais le désir d'enfant n'entre pas seul en compte dans la maternité. Il faut en effet distinguer désir d'enfant et de grossesse, l'un n'impliquant pas l'autre obligatoirement [2].

Certaines femmes souhaitent vivre une grossesse « pour l'impression de complétude qu'elle procure » mais aussi « pour prouver à soi et quelquefois aux autres qu'elles sont capables de procréer » [39]. Elle souhaite s'assurer de l'intégrité de son corps et de son bon fonctionnement sur le plan physiologique. Ces femmes ne se sentent pas pour autant prêtes à accueillir et élever un enfant. Comme le souligne M.BYDLOWSKI, « Bien des grossesses n'ont d'autre finalité qu'elles-mêmes. Le projet inconscient est alors d'être enceinte, sans projet d'enfant à son terme »[8].

2.1.2. Genèse du désir d'enfant

Il se manifeste dès l'enfance et évolue avec l'âge, selon les événements vécus, les conflits traversés, les épreuves de la vie. Il subit lui aussi le travail du refoulement

car il est mobilisateur d'angoisse, de culpabilité mais bénéficie également des mécanismes de sublimation. Ce désir débute chez la petite fille par un désir identificatoire à l'objet maternel phallique (être comme sa mère toute puissante, détenir son pouvoir fécondant) vers 2-3 ans, puis ce désir est remanié au moment de la phase œdipienne par la découverte de la différence de sexe et des générations : c'est pour la fille le désir d'avoir un enfant du père après le constat du manque pénien. A l'adolescence, ce désir se structure, s'affirme, non sans réactualiser des angoisses œdipiennes. Il s'inscrit dans un désir affirmé de filiation. Pour que le désir d'enfant de la petite fille n'avorte pas à l'adolescence, il est souhaitable que sa relation à la mère de tendresse, ne soit pas perdue, et cela malgré la découverte de la sexualité de ses parents et la rivalité maternelle qui l'a suivie. Enfin, la grossesse est la phase de réalisation du désir d'enfant et de l'engagement dans le processus de parentalité.

2.1.3. Les représentations de l'enfant

LEBOVICI a insisté sur la notion de mandat « transgénérationnel » inconscient. Les processus d'une telle transmission se fondent pour lui sur les différents enfants existants dans le psychisme des parents : enfant fantasmatique, imaginaire...et qui, au sein d'un « maillage » avec le narcissisme des parents vont concourir à l'édification et au développement du psychisme de l'enfant. Les projections parentales précoces peuvent ainsi se retrouver dans l'organisation du psychisme des enfants [4]

Ce dernier propose de différencier l'enfant imaginaire et fantasmatique :

- **L'enfant fantasmatique** correspond à l'enfant du désir de maternité. Il est directement issu des conflits libidinaux et narcissiques de la mère. Cet enfant peut ainsi être envisagé dans une perspective transgénérationnelle, dont le prénom peut en témoigner. L'enfant hérite de projections inconscientes de ses parents, issues de leurs propres interactions avec leurs ascendants lorsqu'ils étaient plus petits.
- **L'enfant imaginaire** est l'enfant désiré, rêvé, idéal ; il s'inscrit dans la problématique du couple qui sous-tendue par la vie fantasmatique de la mère. Deux types de représentations se rattachent à cet enfant imaginaire : les représentations simples (rattachées au corps, tempérament, affects) et les représentations de l'interaction (fantasmes conscients concernant la mère et l'enfant, l'enfant et le père, l'enfant et les autres).

A l'accouchement, c'est le temps de la rencontre avec l'**enfant réel** dans l'étonnement, l'émerveillement mais parfois la déception ou l'effroi... Pour certains parents, même si l'enfant est viable, en bonne santé, il reste décevant, insuffisamment beau ou bon, ou encore l'écart entre le bébé imaginaire et réel est trop grand, soit du fait du bébé lui-même (sexe, morphologie ...), écart pouvant être majoré par des circonstances traumatiques lors de l'accouchement, réanimation néonatale ou parce que l'enfant est né prématurément. Pour investir l'enfant réel, la mère doit faire le deuil de cet enfant imaginaire, pour laisser place à l'enfant réel, avec ses caractéristiques propres. [7]

Les troubles psychiques du post-partum peuvent ainsi résulter de la confrontation des différentes représentations imaginaire et fantasmatisque de l'enfant à l'enfant réel. Cette confrontation qui peut être insupportable (répétition d'une histoire personnelle ou familiale, enfant identifié à une sœur décédée) peut générer une agressivité de la mère vis-à-vis du nouveau-né auquel elle doit faire face. Ces affects impossibles à métaboliser par la mère peuvent être à l'origine de différents symptômes : retour de l'agressivité sur elle-même, culpabilité, syndrome dépressif [29]

2.1.4. Désir pour l'enfant

Comme tout désir lié à la pulsion de vie, le désir pour l'enfant est orienté selon 2 directions complémentaires et non exclusives, mais parfois momentanément, une prévalence de l'une sur l'autre peut être alors pathologique et altérer les relations mère-enfant :

- L'une **objectale**, c'est-à-dire pour l'enfant, donner la vie, se dévouer à lui, le soigner, garantir son développement, le protéger, l'éduquer.
- L'autre **narcissique** ou pour soi, l'enfant étant alors investi comme un moyen pour effacer un malheur, augmenter son pouvoir, prestige social...

2.1.5. L'ambivalence

L'investissement de l'enfant, même pour un enfant profondément désiré consciemment, est ambivalent. WINNICOTT a montré l'ambivalence affective qu'une mère peut éprouver face à son enfant, emprunt à des sentiments d'amour et de haine dirigés vers la même représentation d'objet. Souffrant pendant la grossesse et

l'accouchement, déçue par les apparences de son enfant par rapport à ce qu'elle imaginait, pouvant la faire douter de son aptitude à être mère, énervées par les cris de son bébé, la mère rêve parfois de s'en « débarrasser »...

M.DOLLANDER et C. DE TICHEY, dans une étude sur la santé psychique de l'enfant ajoutent d'autres raisons : entre autres, le fœtus oblige à la reconstruction de l'identité sexuelle, peut mettre en veilleuse les investissements professionnels, la condamne à une position passive (fatigue, maladie), perturbe l'image de son corps risquant de la rendre moins désirable... Toutes ces raisons, isolées ou cumulées peuvent être à l'origine d'une violence et d'un ressentiment non obligatoirement compensé par des pulsions d'amour que la femme éprouve simultanément à son égard.

Ce ressentiment est élaborable à condition que la mère puisse le mettre en mots, l'analyser et surtout le partager avec une figure rassurante. Cela étant, la forte culpabilité et honte de la mère vis-à-vis de cette « haine », alourdie par le regard idéalisé de la maternité par la société, rend cette démarche plus que difficile. Et ce « déni de la haine » ne peut que fragiliser l'enfant à venir et la mère elle-même en générant une symptomatologie dépressive. [4]

2.1.6. Dette de vie

D'après BUNC [7], la dette de vie est une des deux composantes du désir d'enfant et fait partie du processus de maternalité.

Il s'agit d'une composante narcissique de par le désir de devenir mère comme sa mère, et la quête du pouvoir maternel. Ainsi, d'un côté, la transition vers la parentalité est une source de satisfaction narcissique, la mère s'identifiant à ses propres parents, à leur puissance, à leur autorité et aux autres qualités qu'elle a perçue et imaginée à leur propos. D'un autre côté, dans le même mouvement, le narcissisme, dans ses formes les plus primitives, est réfuté, puisque l'individu doit renoncer définitivement à être lui-même « *l'enfant merveilleux* », unique et parfait.

M.BYDLOWSKI considère le désir d'enfant, comme une reconnaissance de sa propre mère à l'intérieur de soi : « *En enfantant, la femme prolonge sa mère en se différenciant d'elle* » En effet, en étant enceinte, la fille devient femme et s'identifie à sa propre mère. Le désir d'enfant commence dès la petite enfance dans un mouvement

d'identification qui lie l'enfant à sa mère. C'est pour cela que cette dernière souligne que l'aptitude à devenir mère impliquerait la reconnaissance de ce lien fort à la mère des débuts sous la forme d'une gratitude de celle qui lui a donné initialement la vie. C'est sur cette femme enceinte que repose désormais un devoir de « *prolongement* » de l'être humain. Cette reconnaissance sous la forme d'une dette symbolique, est en jeu lors de la naissance d'un premier enfant [9]

Le désir d'enfant est donc en réalité une notion complexe, ambiguë et ambivalente. M.BYDLOWSKI écrit ainsi : « *tout enfant est le produit de sa préhistoire et en même temps, le lieu d'agencement unique d'un double champ de représentations et de langage, le lieu où se change le rêve en réalité [...].Le désir d'enfant vient s'inscrire dans un registre dominant tantôt œdipien, tantôt narcissique* »

2.2. Processus de « maternalité »

Dans « devenir mère », J.M DELASSUS commence par s'interroger par ce que l'on entend par « devenir » mère ? : Serais-ce par des automatismes biologiques ? Un chemin personnel ? Seraient-ce les gènes ou les hormones qui font la maternité ? Ou la femme, elle-même par son histoire et son désir ?

Cela étant, « *On ne naît pas mère, on le devient* » : La maternité est du domaine de l'inconscient et de l'affect, et renvoie à un processus personnel qui se construit chez une femme dès sa petite enfance et qui résulte d'un processus de filiation, d'un héritage transgénérationnel. « *Etre mère est un secret d'enfance. C'est aussi une histoire de cœur qui peut aller jusqu'à faire perdre la tête ou du moins penser qu'on la perd* »[14] En un sens, une mère doit naître psychologiquement tout autant que son bébé naît physiquement. Ce qu'une femme met au monde dans son esprit, ce n'est pas un nouvel individu, mais une nouvelle identité : le sentiment d'être mère

C'est pour en rendre compte de l'intense travail psychique mis en œuvre au cours de la grossesse que le concept de maternalité a été introduit en France par Racamier, qui se définit comme « *l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez les femmes à l'occasion de la maternité* » [4].

2.2.1. Une nouvelle identité

La grossesse est envisagée comme un processus mutatif, qui dans une perspective développementale, peut être considéré comme une « crise maturative » : elle est comparable à l'adolescence par les transformations physiologiques et corporelles qui surviennent alors, par les remaniements de l'identité que celle-ci déclenchent, par la violence des affects, des fantasmes et des conflits qui s'y révèlent. C'est l'accès à la parentalité, un passage dans de nouvelles fonctions, statut, devoirs...

Comme tout changement, c'est au prix d'une rupture et d'une perte auxquelles peut s'ajouter une connotation agressive à l'encontre des parents qui doivent céder leur place dans la chaîne des générations et peuvent parfois se sentir poussés trop prématurément au rang de grands parents. La femme n'est plus seulement la fille de sa propre mère mais doit en plus s'engager dans des responsabilités parentales, accéder à un nouveau statut familial, conjugal et social autrement dit renoncer à bien des choses de son passé infantile...

2.2.2. La grossesse, un état de transparence psychique

Il apparaît que la maternité est une période charnière de remaniements psychiques, en liens avec des changements physiologiques importants. Ces remaniements peuvent avoir des effets durables et dont les conséquences sur l'enfant sont considérables. Il s'agit d'une période de grande sensibilité et d'accessibilité à l'inconscient, consécutive à une certaine levée du refoulement.

Cet état particulier a été décrit par M.BYDLOWSKI sous le concept de « transparence psychique » : il correspond à un fonctionnement psychique particulier maternel, caractérisé par « *l'abaissement des résistances habituelles de la femme face au refoulé inconscient, et marqué par un surinvestissement de son histoire personnelle et de ses conflits infantiles, les représentations mentales étant centrées sur une polarisation narcissique* » [4]. La grossesse inaugure donc une rencontre avec soi-même et peut être assimilé à un état partiel de régression.

Habituellement, la vie intérieure reste à l'abri de l'irruption intempestive du passé grâce à l'action du refoulement. Mais lors de l'attente d'un enfant, cette force psychique paraît ne plus pouvoir assurer sa fonction protectrice. Des réminiscences touchant la sexualité infantile, des souvenirs cachés peuvent devenir communicables

comme si la censure qui les maintenait dans le non-dit était levée, au moins partiellement. Ainsi, la grossesse et la transparence psychique qui l'accompagne avivent la mémoire de l'origine pour beaucoup de femmes, en particulier pour celles dont l'équilibre narcissique est fragile.

Cette perméabilité de l'inconscient peut être à la source de craintes comme la répétition d'un malheur déjà vécu, pouvant prendre une allure pathologique. La mère peut être débordée ainsi par une invincible peur centrée sur le bébé (anormal par exemple), ou centrée sur elle-même (ne pas être à la hauteur, être une mère maltraitante) ou centrée sur l'accouchement ...

Ce concept rend compte que la femme enceinte est davantage tournée sur son passé que vers son avenir : ce ne sont pas les représentations de l'enfant à venir qui sont présentes mais celle concernant l'enfant d'autrefois qu'elle a été. Selon RACAMIER, la grossesse peut se définir comme une « psychose » physiologique similaire à l'adolescence, jouant comme une crise maturative sur fond de conflictualité accrue, où l'on assiste à une invasion narcissique par l'enfant, à un véritable transfert maternel sur l'enfant à venir.

Le silence sur l'enfant attendu est habituel et mérite une explication : *« c'est le silence de l'investissement amoureux et du bonheur qui se passe de commentaire. Il se suffit à lui-même [...] Quand tout va bien, rien ne se dit »* [9]. Ainsi, l'intensité du discours maternel sur l'enfant est à la mesure de son anxiété.

Mais au fur et à mesure de la grossesse, l'attention psychique de la mère s'infléchit : après s'être dirigée vers elle-même, elle se porte progressivement normalement vers son contenu...

Selon GUEDENEY, il existerait un filtre au niveau sensoriel qui permettrait à la femme de faire inconsciemment le tri entre les informations qu'elle doit réellement recevoir et les éléments qui parasitent cette information. Pour que la mère soit plus réceptive aux interactions de son nouveau-né, elle doit donc supprimer cette série de filtre et le fait de ne plus avoir de moyens de défense, d'être en « transparence psychique », va lui permettre de ne pas manquer les signaux provenant de son enfant mais en retour, *« tout autre élément de l'extérieur va être perçu avec la même force et la même intensité »*[21].

L'accès à ce matériel habituellement refoulé peut remonter sous forme d'affects douloureux, craintes, d'une tristesse irraisonnée, rêves... « *Une femme enceinte rêve qu'elle porte en elle une petite fille blonde qui pleure et appelle au secours : mémoire exacte du bébé en détresse qu'elle a été* ». WINNICOTT qualifiera sous la forte expression « d'agonies primitives », ces angoisses antérieures au langage, où la grossesse risque d'être vécue sous le signe de l'angoisse ou émaillée de symptômes psychosomatiques.

Il est important de prendre en compte cette transparence psychique pour restaurer l'enfant que la mère a été, pour la conforter sur celui qu'elle porte ou bien d'exhumer un conflit ancien, car l'inconscient maternel influence l'enfant, que la mère lui transmet comme représentation psychique. En effet, dans les interactions entre mère et nourrisson, celle-ci met en acte des représentations psychiques au travers de ses gestes, leurs répétitions, traduisant ainsi ses émotions et humeur, risquant d'entraîner des troubles dans la sphère du sommeil, de l'attachement et du développement du jeune enfant.

2.2.3. L'ombre de la mère et héritage transgénérationnel

Comme nous l'avons vu, toute grossesse renvoie inévitablement à l'image de la mère, et ce malgré des efforts (coupure de liens, des traditions familiales). La répétition de l'acte de procréation va être influencée par des conflits non résolus avec l'image maternelle et qui vont être refoulés hors du monde conscient.

Comme le souligne S.FREUD « *L'héritage archaïque de l'homme n'englobe pas seulement des dispositions mais aussi des contenus, des traces mnésiques relatives au vécu de générations antérieures* ». Ainsi, La réalisation du désir d'enfant ne se détache pas si facilement des conflits avec les figures parentales, elle les réactive même par le rapprochement avec la figure maternelle vers laquelle inconsciemment ou consciemment se tourne la mère en quête de modèle identificatoire. Mais à côté de la figure maternelle admirée, respectée qui va inspirer la jeune femme, s'impose parfois l'image d'une mère inquiétante, menaçante, avec laquelle s'impose un affrontement dans une impossible rivalité. La grossesse devient alors un défi insurmontable, faisant douter cette jeune femme sur ses capacités à devenir mère, à faire un enfant normal, à

l'élever. Elle peut être aussi envahie par la honte et la culpabilité, si la grossesse est associée à des expériences antérieures traumatisantes (maltraitance, abus sexuel ...), par un sentiment d'abandon, de perte, de solitude, si la mère a vécu elle-même un deuil ou des expériences de séparation et de placement. Ces souvenirs viennent hanter les pensées maternelles, nourrir ses inquiétudes et se fixer sur la grossesse, le fœtus, l'accouchement, le couple, avec la peur d'un échec de la grossesse, d'une malformation fœtale, d'un abandon par le conjoint, d'un doute sur ses capacités à élever le bébé. Elle se sent comme impuissante à déjouer la fatalité qui pèse sur le destin. Ainsi la naissance réveille des conflits psychologiques anciens plus ou moins oubliés et vécus par la mère dans ses relations précoces avec ses figures d'attachement. Ce réveil brutal décrit par S.FRAIBERG comme des « fantômes dans la chambre d'enfants » peut se révéler très dépressif et influencer sur le devenir psychoaffectif de l'enfant [19]

2.2.4. La préoccupation maternelle primaire

WINNICOTT a développé le concept de préoccupation maternelle primaire, insistant sur l'interaction mère-enfant et surtout sur la mère « suffisamment bonne » ou mère dévouée. Ce dernier était convaincu que de façon ordinaire ou naturelle, la mère propose un environnement humain suffisamment bon et adapté aux besoins de l'enfant.

Ce concept se définit comme « *une maladie* » et « *un état psychiatrique* » qui rappelle « *un état de repli ou un état de dissociation, ou une fugue, ou même encore un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de sa personnalité prend temporairement le dessus* ». Cet état est basé sur une identification à son bébé, que l'on peut définir comme de l'empathie, qui permet d'interpréter les besoins de son enfant et d'y remédier de façon adéquate. Cette capacité demande une hypersensibilité qu'il rapproche d'une maladie dite normale.

Dans les situations pathologiques, la préoccupation « normale » devient une hyperidentification à un bébé fantasmé comme vulnérable, la mère pouvant adopter de ce fait 2 attitudes extrêmes :

- **La mère thérapeute** : l'enfant est fantasmé comme moribond qu'il s'agit de sauver et de surveiller. Cette tâche est impossible car la mère ne peut rien contre la mort imminente. De ce fait, elle s'épuise, se culpabilise car elle se sent responsable de la menace de mort. Elle se disqualifie, s'enfonce dans une sorte d'agitation anxieuse et

mélancolie. La mère est comme happée par l'identification au bébé mourant. Elle se sent incompétente et les risques de décompensation dépressive sont importants.

- « **dés-identification** » au bébé : ce dernier ravive une angoisse maternelle de revivre régressivement son impuissance infantile. Cela se traduit par une attitude accusatrice et revendicatrice vis-à-vis du bébé, perçu comme tyrannique et l'empêchant de s'occuper d'elle-même ou de ses activités, auquel on lui attribue égoïsme et intentions agressives. L'angoisse monte chez la mère en fonction de la haine qu'elle ressent contre ce tyran. Dans ce cas, c'est le sentiment de rage et d'impuissance liée à l'incompréhension totale de l'enfant qui prédomine [11]

2.3. Les interactions précoces mère-fœtus

L'origine de la relation mère-enfant prend racine au cours de la grossesse. Les interactions entre la mère et son fœtus sont d'ordre biologique, physiologique et psychologique.

D'après B.CYRULNIK, « *Le monde embryonnaire n'est pas clos, il communique avec le monde extérieur. L'histoire du bébé commence bien avant sa naissance. Les interactions perçues par l'embryon participent à son développement* » [12]

M.BYDLOWSKI considère quant à elle, au début de la gestation, que « *l'enfant est une simple idée qui se concrétise par des perceptions sensorielles telles que les mouvements actifs, qui vont survenir au bout de quelques semaines* ». Le fœtus constitue « *un objet intérieur appartenant à la personne propre* ». Son investissement envahit le psychisme de la future mère avec une intensité telle qu'aucune réalité, pas même celle du corps de l'enfant, ne viendra la limiter, jusqu'au jour de la naissance.

Selon J.RAPHAEL-LEFF., les états émotionnels de la mère peuvent être transmis au fœtus par l'intermédiaire de l'accélération du rythme cardiaque, de la formation des anticorps, des variations bio rythmiques, hormonales, vestibulaires et de température [34]

Afin de mettre en évidence le retentissement de l'état émotionnel de la mère sur le fœtus, P-L RIGHETTI s'appuie sur l'expérience suivante : « *l'écoute des battements*

cardiaques de la mère, enregistrés en prénatal, produit une variation des mouvements et de la fréquence cardiaque du nouveau-né ; la réponse du nouveau-né augmente ou diminue selon que celui-ci perçoit sa mère agitée ou détendue. Ces résultats nous montrent la relation entre la vie émotionnelle prénatale et néo-natale : une relation dynamique mère-fœtus et mère-nouveau-né ». Ainsi en réponse à des stimuli, le fœtus élabore et envoie une réponse en modifiant son activité motrice et viscérale

On peut se demander si la condition émotionnelle du fœtus peut induire un état émotionnel chez la mère ? En effet, si on peut parler de relation mère-fœtus, on peut également faire des hypothèses sur la relation fœtus-mère. Selon RIGHETTI, quand un fœtus perçoit une musique calme par exemple, il se trouve dans un état de détente, « *ses mouvements diminuent, sa fréquence cardiaque s'abaisse et ainsi sa mère modifie son état par effet de symbiose* »

Le fœtus a donc des capacités d'établir un contact avec ce qui est à l'extérieur de lui-même (les objets); il a besoin de ce contact pour favoriser son processus de maturation et pour la formation de son expérience [36]

Les mouvements fœtaux, quant à eux, inaugurent un lien réel entre la mère et son bébé permettant à la mère de chasser de son esprit l'image narcissique de fusion qu'elle avait d'elle et de son bébé. Cette prise de conscience du bébé, d'un être séparé, permet le début de l'attachement.

Les interactions précoces mère-enfant s'initient également par les capacités auditives du fœtus : des stimulations acoustiques montrent que le fœtus est sensible in-utero à la voix maternelle (changement du rythme cardiaque, comportement auto-calmant). Par la suite, le nouveau-né manifeste une préférence auditive pour la voix et la langue maternelle [17]

DE VALORS considère que les interactions peuvent se réaliser à la fois par le toucher mais aussi par la visualisation : « *l'enfant est un être capable de percevoir de par sa sensorialité* ». Le fait d'utiliser le toucher, pour communiquer avec son enfant in utero, est un véritable activateur de l'attachement. Le bébé accompagne sa mère somatiquement à franchir en elle-même le passage pour devenir mère.

Ces interactions corporelles fœto-maternelles marquées du côté de la mère par la perception maternelle des rythmes fœtaux de son bébé, et du côté fœtal par un vécu à l'intérieur de l'utérus (bruits, mouvements) sont exploitées dans les techniques haptomiques qui permettent aux parents de sentir leur bébé, ses contours, ses réactions.

2.4. Interactions précoces mère-enfants en post-partum

2.4.1. Mécanismes mis en jeu par la mère

Le rôle de la mère, premier objet d'amour pour l'enfant, est capital. Elle est la « *matrice psychique* » du nouveau-né lui permettant, par la suite, d'être structuré face aux difficultés [38]

D'après la théorie de l'attachement de BOWLBY « *il y aurait une continuité entre la qualité de l'attachement et la capacité à prendre soin. La qualité de l'attachement vécu avec ses propres parents prédisposerait le futur parent à bien s'occuper de son enfant, à lui donner des soins adéquats, à le protéger suffisamment contre les dangers physiques et psychiques et ainsi à lui permettre de développer à son tour un attachement sécurisant* ». Il existerait donc une transmission transgénérationnelle des modalités d'attachement, dans la mesure où le modèle interne parental semble avoir une très forte influence sur celui de l'enfant. Des liens étroits existent entre les blessures affectives, subies durant l'enfance, et les blocages dans l'acquisition des compétences parentales, laissant présager l'apparition éventuelle de diverses psychopathologies chez le jeune enfant. Un enfant grandira à son aise grâce à un environnement encourageant et protecteur [6].

Le maternage découle ainsi du processus d'attachement et de la « *préoccupation maternelle primaire* » D'après BERRY-BRAZELTON, grâce à l'énergie psychologique brassée au cours de la grossesse, la capacité de la mère à comprendre le bébé et à lui témoigner de l'empathie est élevée. Plus cette énergie est développée, plus la relation précoce sera solide. Il s'agit pour la jeune femme de répondre aux besoins de son enfant qui, dans un premier temps sont des besoins physiques et physiologiques, tels

que l'alimentation, ou encore le besoin de propreté. La réponse maternelle sera un acte de maternage tel que nourrir, ou encore changer ou baigner le nouveau-né. Toutefois, au cours de cet échange s'effectuera également une communication mère-bébé : communication par le toucher (prendre le bébé dans ses bras, le mobiliser), mais aussi par le regard et par la parole. Ce temps d'échange a une importance capitale dans la relation mère-enfant car il permet aux deux partenaires d'apprendre à se connaître et de s'adapter l'un à l'autre. Ainsi, le nourrisson, de par son attitude, est un protagoniste actif dans le processus d'attachement [5].

2.4.2. Mécanismes mis en jeu par le nourrisson

a. Le comportement d'attachement

A la naissance, la découverte très précoce de sa mère, de sa chaleur, de ses caresses, de son regard, les retrouvailles avec son odeur et sa voix, vont favoriser la naissance de l'attachement. Ces stimulations sensorielles jouent un grand rôle dans l'établissement des premiers liens et marquent de leur empreinte le cerveau en pleine édification de l'enfant.

B. PIERREHUMBERT suggère qu'un état d'alarme, du fait de l'imminence d'un danger ou de la menace d'une séparation, induirait chez l'enfant une recherche de réconfort, chez une personne de son entourage. Les comportements d'attachement ont ainsi une double fonction :

- La recherche de protection.
- L'ouverture au monde et la socialisation [32]

S'inspirant des travaux des éthologistes Harlow, J. BOWLBY en a déduit que le comportement d'attachement de l'enfant est tributaire des contacts corporels d'avec la mère. Tout éloignement implique le développement d'une anxiété et provoque chez l'enfant le déploiement d'un ensemble de comportements visant à signaler sa présence et à induire et maintenir la proximité ou le contact avec sa mère. Cet attachement serait un besoin primaire au même titre que l'alimentation. Finalement la théorie de l'attachement désigne un enchaînement de comportements innés, sélectionnés pour la survie du nouveau-né, comme les réflexes de suctions, sourire, suivi du regard, réflexes d'agrippement... Ces manifestations font référence à la notion d'empreintes et

d'acquisition rapide et stable. Elles vont progressivement évoluer pour se complexifier et être intégrées par l'enfant qui s'en construit des représentations internes [4]

Le comportement d'attachement est suscité dans la petite enfance par des manifestations internes, telles fatigue, faim, douleur, maladie, froid ; et par des facteurs externes tels l'obscurité, grand bruit, des mouvements brusques, des formes menaçantes, solitude....L'enfant recherchera le contact et la proximité avec l'une de ses figures d'attachement, qui l'a appris à reconnaître tôt. En effet, grâce aux interactions répétées avec les mêmes adultes, le nourrisson apprend à reconnaître et à prévoir le comportement de la principale personne qui s'occupe de lui, généralement la mère. Il est biologiquement prédisposé à utiliser la personne qui prend soin de lui, comme un havre de sécurité, ou une base solide alors qu'il explore son environnement.

J.BOWLBY a mis en évidence plusieurs types d'attachements : « *secure* » et « *insecure* », représentations des modèles opérants internes, guidant le comportement et attentes du nouveau-né au cours des relations subséquentes. Les attachements *secure* sont corrélés à des variables comme la confiance en soi, l'estime de soi, les capacités d'empathie et d'attention à autrui, la qualité de la narrativité, et côté maternel et environnemental, la disponibilité, continuité de soins, l'attention, la fréquence et la qualité des contacts corporels. Inversement des attachements *insecure* seraient corrélés chez la mère à une gamme émotionnelle restreinte, à une difficulté dans la proximité physique, à une imprévisibilité dans les comportements et contacts maternels, à une intrusivité plus forte dans les échanges...[4]

Ainsi, les mères sensibles et réceptives vis-à-vis du nourrisson auront des bébés qui continueront à les rechercher quand ils seront bouleversés, et qui seront calmés par le contact avec elle. Le modèle opérant interne amènera le nourrisson à considérer les autres comme fiables et compatissants, et lui-même comme digne de ce type d'attention. En revanche, si la personne qui prend soin de l'enfant ne s'est pas montrée disponible ou si elle l'a été, mais de façon irrégulière, ou encore si elle a été insensible ou si elle a rejeté le nourrisson quand ce dernier a recherché un contact, le bébé apprendra à ne pas chercher de contact quand il est bouleversé ou à chercher du réconfort uniquement de façon ambivalente, puisque des demandes soutenues pourraient éloigner la personne qui en prend soin et qui n'est déjà pas fiable. Le modèle opérant interne de ce nourrisson le

conduira à considérer les autres comme indignes de confiance et susceptibles de le rejeter, et à se voir comme indigne de soins fiables et sensibles.

M. AINSWORTH a subdivisé les modèles d'attachement insécurisant en deux, **l'attachement de style évitant et l'attachement de style résistant (ou ambivalent) :**

Dans le premier modèle, le nourrisson n'a plus confiance en la disponibilité du donneur de soin ce qui le conduit à adopter une stratégie visant à tenter de contrôler ou de diminuer le niveau d'excitation émotionnelle, à montrer peu de détresse au moment de la séparation et un désintérêt manifeste aux retrouvailles. Quand l'enfant retrouve sa mère, il ne l'accueille pas, ne la regarde pas. Si on le prend dans les bras, il arrive qu'il se renverse pour redescendre. Ce schéma se structure quand l'enfant interagit avec un parent qui est dans l'incapacité de tenir compte de son état émotionnel. L'enfant est alors dans l'impossibilité de partager ses affects, ce qui va le pousser à ne plus tenir en compte en optant de manière défensive par un déni de ses affects. Les mères de ces enfants sont généralement des personnes qui expriment peu leurs sentiments et qui montrent de l'aversion pour le contact physique étroit en les portant et tenant moins confortablement contre leur corps.

Quant à l'attachement ambivalent, ce dernier se traduit par un nourrisson qui manifeste de la détresse à la séparation, non réconforté par le retour du parent. Il semble adopter une stratégie d'exagération de l'affection de manière à se garantir l'attention du donneur de soin. En effet, le nourrisson est intensément affecté par la séparation et se montre ambivalent au moment des retrouvailles avec la mère. Ce type d'attachement se structure à partir de conflits parentaux non résolus conduisant l'adulte à investir l'enfant pour combler un manque affectif. Dans ce contexte, la figure d'attachement n'est pas toujours disponible pour répondre aux besoins de l'enfant et quelques fois intrusive et exagérément affectueuse [1].

M.MAIN va ajouter un autre type d'attachement, en qualifiant certains nourrissons « **désorganisés et désorientés** » parce qu'ils ne semblent pas capables de recourir à un modèle unique d'attachement organisé lorsqu'ils sont confrontés à une menace ou au stress. Ils deviennent plutôt désorientés ou recourent à des stratégies comportementales conflictuelles. Ils peuvent se cacher, avancer à reculons, rester immobile ou avoir des stéréotypies. Ce type d'attachement se construirait le plus

souvent à la suite de traumatismes non résolus dans l'enfance de la mère. La figure d'attachement aurait un comportement effrayé avec un enfant incapable d'identifier la peur de sa mère, développant à son tour, des peurs inexplicables. [27][28]

b. Les compétences sensorielles et sociales du nouveau-né impliquées dans l'interaction

Il paraît intéressant d'aborder les compétences du nouveau-né afin d'envisager sur quelles bases peut se développer et s'étayer l'interaction parent-nourrisson [5]

- La vision

Selon LÉBOVICI « L'interaction face à face pendant la période néonatale peut être aussi cruciale que toute autre interaction, cela permet de développer la force du lien affectif entre la mère et le nouveau-né » [25]. Le nouveau-né est attiré particulièrement par les visages humains. Son regard s'attache notamment aux contours du visage, à la bouche et aux yeux. Sa perception visuelle maximale est fixée aux alentours de 1 mètre, alors qu'une distance minimale de 20 à 25 centimètres semble être nécessaire pour attirer l'attention du nouveau-né.

- L'odorat

Le nourrisson a un odorat très développé. Un bébé âgé de 6 jours est capable de reconnaître l'odeur maternelle par le biais de compresses ayant été en contact avec le sein de sa mère. Cette capacité olfactive semble faciliter la recherche et la prise du sein maternel.

- Le goût

Des études sur les sensations gustatives du nouveau-né ont montré qu'il était attiré préférentiellement par les saveurs sucrées, et que deux suctions seulement lui permettaient de percevoir une différence de saveur.

« Les capacités olfactives et gustatives sont des capacités mnésiques et ont été mises en évidence par l'étude de comportement de recherche, d'orientation, dès la naissance, vers une source d'odeur familière » [17]. En effet, les arômes du liquide amniotique sont transmis au colostrum et au lait, ce qui permet au nouveau-né d'être spontanément

attiré par le sein de sa mère et favorise alors l'allaitement maternel. Ce phénomène permet de développer les premières interactions

- **L'audition**

La capacité auditive est très développée à la naissance. Lorsqu'un nouveau-né est calme et attentif, il peut tourner les yeux en direction de la source sonore. Lorsqu'il est somnolent la présentation d'un son entrainera l'ouverture des yeux ; et lorsqu'il pleure, on a pu observer qu'un son continu pouvait mettre un terme à ses pleurs.

D'autre part, le nouveau-né semble avoir une préférence pour la voix humaine, tout particulièrement pour celle de sa mère facilitant l'attachement de la mère pour son bébé. Il a été démontré que dès la seconde semaine de vie, le nourrisson souriait plus fréquemment lorsqu'il était sollicité par une voix humaine, que par d'autres stimulations sonores.

Il semble que la perception de la voix humaine puisse même interrompre la succion d'un bébé au cours d'une tétée. Comme le note BERRY-BRAZELTON « un schéma de reprise / pause dans la tétée est couramment associé avec une interaction humaine au moment du repas. Les nouveau-nés s'arrêteraient pour réunir plus de renseignements sur la personne qui les nourrit »

- **Le toucher**

Le toucher est un des domaines de la communication mère-enfant les plus investis. Il semble que les caresses maternelles, lorsqu'elles sont lentes et amples aient une vertu apaisante, tandis que si elles s'accélèrent, elles constituent un stimulus d'éveil. D'après BERRY-BRAZELTON, l'impact de la caresse dépend également de sa localisation : ainsi une caresse péribuccale entrainera des reflexes de fouissage et de succion, alors qu'une caresse sur la paume de la main provoque un mouvement latéral de la tête et l'ouverture de la bouche du même côté (réflexe de Babkin)

- **La motricité**

Elle est essentiellement réflexe : succion, grasping, réflexes archaïques. Cette motricité réflexe est peu coordonnée, en apparence, désordonnée et massive. Il faut savoir qu'elle joue un rôle dans l'interaction, qu'elle sert de support aux parents pour forger leurs

représentations de l'enfant. Par exemple quand un bébé serre le doigt de sa mère lors du grasping, sa mère éprouve une émotion qui selon les cas, peut être rassurante (il tient à moi) ou inquiétante (il ne va pas me lâcher).

Toutefois, les compétences du nouveau-né s'exercent quand il est en état de vigilance dont on peut décrire six états qui se succèdent rapidement (cf. annexe 1).

2.4.3. L'espace d'une rencontre

a. La dyade mère-enfant

DE VALORS explique que la grossesse et l'accouchement sont des passages très importants chez le couple mère-enfant, conditionnant la relation de la mère -enfant et par la même occasion la vie d'adulte de celui-ci. Elle apporte une réflexion sur le sens de l'accouchement : « *la force nécessaire pour pousser l'enfant, la rencontre avec l'au-delà de soi-même (le dépassement), la sensation intense du passage marquent à jamais dans la mémoire cellulaire la filiation de cet enfant* » ; C'est la « *la porte des mères* » : le détachement, qui permet l'attachement.

L'accouchement qui conduit à la séparation physique de la mère et de l'enfant entraîne des remaniements dans la relation entre ces deux êtres. « *La rencontre qui se fait entre la mère et le bébé au moment de la naissance est déterminante pour la qualité des liens qui vont s'établir entre eux, et donc pour le développement du futur bébé. Il faut savoir qu'au moment de l'accouchement, la femme est dans un état physique, hormonal et émotionnel qui la rend apte à nouer des liens d'une qualité unique avec le nouveau-né* » [25] Si on lui remet son enfant, si elle peut le toucher, être touchée par lui, le contempler, le découvrir pendant cette période sensible, elle peut s'ouvrir et laisser monter en elle des émotions qui la transforment, la rendant capable de s'attacher profondément à l'enfant. Il n'existe aucune règle, aucune conduite imposée, et chaque mère, à son rythme, découvre son bébé tout comme chaque nouveau-né avec ses compétences propres entre en relation avec sa mère.

Lors de la naissance d'un enfant, le premier contact peau à peau est un moment privilégié pour la relation précoce. Mère et enfant se découvrent à travers la chaleur du contact corporel, tout comme le regard et la parole. NADEL confirme cette idée, en rajoutant que le fait de téter le sein de la mère favorise la « *continuité* » du vécu affectif et sensoriel du milieu intra-utérin au milieu extra-utérin.

La maternologie a beaucoup insisté sur l'importance du protoregard, ce regard si particulier, que l'on pourrait qualifier d' « extraterrestre », qui se produit dans un délai de 1h30 à 2h après l'accouchement. Ce regard « qui vient d'ailleurs », où l'enfant lève les yeux vers l'autre, résonnant comme une demande de soins, est selon DELASSUS déterminant : il initie la potentialité d'une rencontre plus qu'à un autre moment « *Quand on reçoit ce regard, on peut devenir parent en 30s* »

Dans la continuité de la notion d'attachement et des différents mécanismes mis en jeu dans la relation mère-enfant, il convient d'aborder plus précisément les différentes interactions entre la mère et son enfant.

Il existe selon STOLERU trois interactions différentes [30] :

- **Les interactions comportementales :**

Elles sont caractérisées par la manière dont le comportement de l'enfant et celui de sa mère s'agencent l'un par rapport à l'autre. La situation de repas constitue une excellente occasion d'observer les différentes interactions entre une mère et son bébé. Elles fourniront des informations sur la qualité des échanges affectifs entre le bébé et sa mère. Ces interactions vont s'exprimer par divers canaux :

- *Les interactions visuelles* : pendant la tétée, dès le 15^{ème} jour, la mère et le bébé tendent à se regarder. On parle de regard mutuel. Le regard du bébé a des effets importants sur la mère. Le regard est généralement perçu comme gratifiant, valorisant et fait monter chez la mère les premiers sentiments d'amour. Les regards sont un « *dialogue en miroir* » où chacun est fasciné par l'autre, et ce dès lors de la première rencontre
- *Les interactions vocales* : BRAZELTON a démontré que le nouveau-né initie quatre fois sur cinq l'échange, la plupart du temps par des pleurs. Les cris et les pleurs du bébé constituent un véritable "cordon ombilical acoustique". Ils déclenchent des affects intenses avec un sentiment d'urgence qui pousse la mère à agir et à mettre un terme à l'état de détresse supposé. Le bébé par ses cris et ses pleurs déclenche l'interaction et suscite la proximité de la mère. Le vécu parental des cris du bébé est influencé par la fréquence et la durée, qui varient d'un nourrisson à un autre. Les mères peuvent avoir,

selon les cas, un sentiment de doute sur leur compétence, un sentiment d'agressivité, un sentiment de désespoir. Les mères parlent à leur bébé dès les premiers instants en utilisant « le parler bébé » adapté à l'âge du nourrisson. On a observé que le nouveau-né paraissait entraîné dans sa motricité par le langage maternel, et paraissait en synchronie avec la parole de la mère. Les bébés sont influencés par les caractères physiques du langage, à savoir la prosodie : le rythme, le timbre, les intonations et non par le contenu du discours qui est inaccessible à la compréhension du bébé.

- *Les interactions corporelles et cutanées* : on désigne ainsi l'ensemble des échanges, médiatisés par la façon dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par la mère, et dont il y répond. On parlera d'ajustement corporel qui est une composante du holding et de dialogue tonique. On peut observer ainsi une détente corporelle ou un raidissement qui peut affecter l'un ou l'autre, ou les deux partenaires. On a également rapidement une perception du confort ou de l'inconfort du bébé dans les bras de sa mère. Le bébé y participe activement, soit il se blottit, s'ajuste au corps de sa mère, ou au contraire il peut se raidir, s'arc-bouter. Les contacts peau à peau sont également très importants. Il peut s'agir de caresses, de chatouillements, de baisers. Les réponses de l'enfant sont perçues comme une invitation ou un refus à poursuivre.
- *Le sourire* est un comportement extrêmement efficace et gratifiant du bébé à l'égard de sa mère. On peut imaginer comment une mère peut être gratifiée par un bébé souriant, qui la regarde, qui se blottit bien dans ses bras, et comment une autre pourra être fortement inquiétée par un bébé qui évite de la regarder, qui se blottit mal dans ses bras, qui pousse beaucoup de cris et sourit rarement...

- **Les interactions affectives :**

Elles sont caractérisées par l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de sa mère. Les mères parlent à leur bébé de leurs émotions et de leurs sentiments. La mère regarde son bébé, et grâce à ses capacités d'empathie, elle perçoit ce que ressent son bébé et lui en propose une interprétation par des mots, des gestes: "tu

es content", "tu es fâché", "tu as envie de...", "maman est contente de te voir ". Le bébé, à son tour, perçoit dans une certaine mesure, l'état affectif de sa mère. En effet, il peut reconnaître si la mère est "comme d'habitude ou pas". Dans les premiers mois, c'est la prosodie et l'ajustement tonico-postural, qui sont des indices pour le bébé de l'état affectif de sa mère bien avant qu'il ne puisse comprendre le sens des paroles qu'elle lui adresse.

Dans les situations favorables on observe ce que D. STERN a décrit sous le terme d'accordage affectif. A un affect d'un certain type, exprimé par le bébé, la mère répond par un affect équivalent. On dit que le bébé et la mère sont accordés. « *Les mouvements du corps de la mère viennent correspondre à la voix de l'enfant et la voix de la mère vient correspondre aux mouvements de bras de l'enfant* »

Des observations précises ont permis de montrer le degré de sensibilité extrême d'un bébé à l'état affectif de sa mère, notamment dans la situation expérimentale dite du "visage impassible" ou « still-face »: La survenue de ce comportement inattendu entraîne chez tous les bébés une réaction immédiate, faite d'abord d'une recherche active du sourire de la mère et de sa réaction, suivie rapidement d'un état de désarroi et de malaise.

Le bébé est lui-même capable d'exprimer des affects diversifiés. Le visage du nouveau-né exprime tout à tour l'intérêt, le dégoût, la détresse la surprise. Vers le 4^e mois vont s'ajouter la colère, la joie, un peu plus tard, la peur.

- Les interactions fantasmatiques :

Elles sont caractérisées par les influences réciproques de la vie psychique de la mère et celle de son bébé. Comme nous l'avons vu précédemment, la vie imaginaire et fantasmatique des parents sont très liées à leur vie affective, mais aussi plus profondément à leur propre histoire et à leur relation avec leurs propres images parentales. La vie imaginaire et fantasmatique du bébé se construit progressivement à partir de celle de ses parents. Par exemple : un fantasme maternel portant sur le danger de se séparer influence le comportement de la mère à l'égard de son bébé particulièrement dans une situation de séparation ; le comportement angoissé du bébé à ce moment là amène à penser qu'il partage avec sa mère une expérience émotionnelle de dangerosité qui contribue à la constitution de sa propre vie fantasmatique.

Ainsi chez un nourrisson en bonne santé, les interactions qui vont faciliter un développement affectif harmonieux sont caractérisées par une disponibilité affective et une souplesse des réponses de l'adulte, ainsi que par de la stabilité, une continuité et une cohérence dans le temps. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, les interactions seront perturbées dans leurs différents niveaux d'expression. On verra apparaître des symptômes cliniques chez le nourrisson (troubles psychologiques à expression somatique, dépression du nourrisson....) pouvant signifier soit une insuffisance dans l'attachement avec carence affective, soit un défaut de protection avec envahissement de la relation par les angoisses de l'adulte [22]

Les divers états de vigilance du nouveau-né constituent des éléments de communication entre le nourrisson et sa mère qui va les interpréter comme des messages de besoin dans le cas des agitations ou de satisfaction face aux soins qu'elle lui a prodigués. Le bébé exerce lui-même un contrôle sur ses états de vigilance. La mère influence aussi la succession, la durée et la prééminence de tel ou tel état de vigilance. Ces états de vigilance sont des réalités neurophysiologiques, qui sont souvent interprétés par la mère qui leur attribue une valeur affective dans la relation. Tel bébé dormeur va être vécu comme paresseux, calme, angoissant, comme son père.... Tel bébé qui au contraire crie beaucoup, va être vécu comme ayant un mauvais caractère, exigeant, capricieux, comme sa grand-mère, ou au contraire rassurant car vivace...

Ainsi, selon ESCALONA « *parler de la dynamique interactive ne peut se faire sans introduire la dimension de la temporalité. L'interaction mère-nourrisson apparaît comme un processus dynamique d'adaptation mutuelle qui se déroule dans le temps. La meilleure figuration de l'influence réciproque des partenaires au cours du temps est la spirale transactionnelle* » [23].

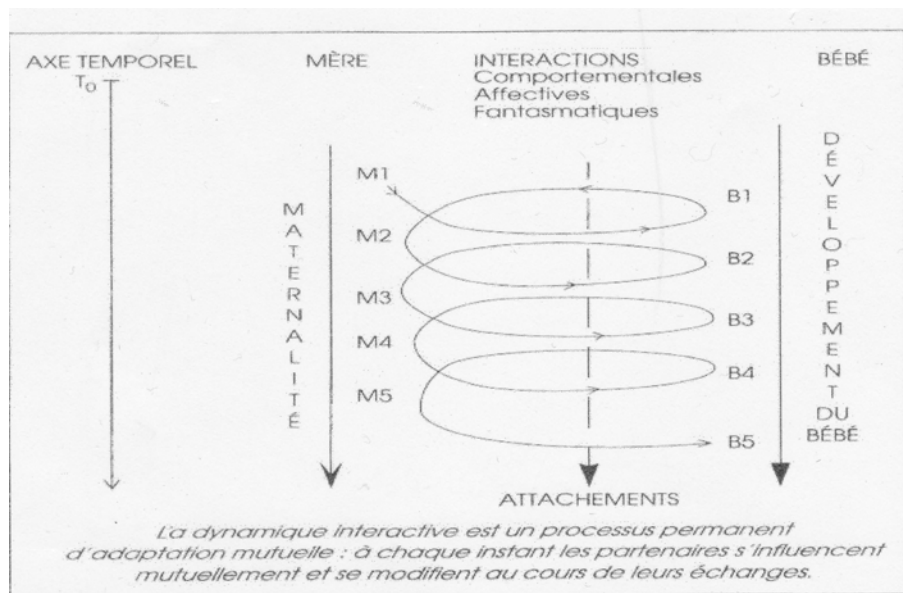


Figure 1 : la spirale transactionnelle [23]

b. La tryade

La dynamique de l'interaction précoce peut se complexifier, en abordant les échanges père-mère-bébé. La difficile mission maternelle sera d'accepter le détachement physique par l'accouchement et psychique, plus tard, grâce au père.

On attribue classiquement au père une fonction de soutien émotionnel de la mère: le père renforce la compétence de la mère et son sentiment de bien-être. Il contribue à une adaptation réussie à la grossesse.

Mère, père et bébé sont dans des ajustements réciproques. Néanmoins, ils ne contribuent pas de façon symétrique à l'échange. La mère et le père en raison de leur maturité d'adulte, ont des comportements plus ajustés et plus prédictibles que ceux de leur enfant : ils encadrent leur bébé et plus précisément le développement de ses compétences.

Après avoir évoqué les processus mis en jeu dans l'accès à la parentalité, s'inscrivant dans une perspective socioculturelle, il nous est possible désormais de mieux comprendre comment des difficultés vont pouvoir émerger et survenir en période postnatale dans l'établissement de la relation mère-enfant.

3. QUAND LA MATERNITE TOMBE EN PANNE ET EN PEINE...

3.1. Le sens de la difficulté maternelle

Bien que la naissance d'un enfant représente pour la plupart des mères un événement heureux, cette expérience peut toutefois déclencher des difficultés d'adaptation chez un nombre important de femmes.

3.1.1. Définition

Il convient de préciser ce que nous entendons par difficulté maternelle

On pourrait la définir comme l'ensemble des manifestations émotionnelles, psychiques et somatiques qui surgissent pendant une grossesse ou après une naissance et dont les effets et/ou conséquences seront perceptibles tant chez la mère que chez l'enfant. Cette expression, relativement vague, n'appartient à aucune nosographie médicale mais constitue en un sens la dénomination la plus adéquate et respectueuse pour aborder les problématiques psychologiques de la maternité. Il désigne, sans en préciser les causes et les processus mis en œuvre, l'incapacité à se sentir mère, à vivre sereinement sa grossesse ou sa maternité et à entrer en relation vraie avec son enfant.

Il n'y a donc pas de définition unique et exhaustive de la difficulté maternelle : elle peut prendre le visage de chaque histoire personnelle, exister sous des formes cliniques variées, elles-mêmes se présentant à travers des expressions individuelles, familiales, et transgénérationnelles. On ne saurait employer par commodité le terme d'état dépressif du postpartum, terme réducteur, mais d'envisager de concevoir des figures diverses de mode de vivre la naissance et l'état maternel ;

C'est dans une optique d'aide aux mères en difficultés où le système habituel n'offrirait pas une compréhension suffisante des souffrances et des problématiques maternelles, que la Maternologie a vu le jour : il s'agit d'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. [15]

3.1.2. Une souffrance muette aux multiples visages

La difficulté maternelle survient généralement sans prévenir, sans signes annonciateurs. La femme ne s'y attendait pas et n'imaginait pas que cela pouvait lui arriver : elle n'attendait qu'une chose, le bonheur d'être mère. A la place, un sentiment de vide... quelque chose en elle s'est arrêté, s'est brisé...elle, qui devait être tout amour n'est plus que souffrance...

Cette souffrance est le plus souvent muette et loin d'être évidente, les femmes la dissimulant par honte de ne pas être comme tout le monde, par crainte qu'on ne les juge, par peur que l'on intervienne dans la relation avec leur enfant et qu'on lui enlève, mais aussi par désespoir de ne pas être à la hauteur de leur idéal de mère.

Au fur et à mesure que les jours passent, ou parfois dès l'accouchement, la femme acquiert la certitude de ne pas savoir s'y prendre avec lui, de ne pas être « suffisamment bonne »... Elle peut se sentir dans l'incapacité de faire cesser ses pleurs, de l'endormir, ne supporte pas ses regards ou s'inquiète de ne pas les trouver et commence à redouter les moments d'intimité avec lui. Elle ne ressent pas ou peu d'élan vis-à-vis de lui, comme se sentir profondément malheureuse et seule malgré ses sentiments pour lui. Elle peut se retrouver déchirée par les sentiments d'amour qu'elle éprouve pour lui, tellement débordée qu'il lui sera difficile de retenir et contenir ses émotions et son mal-être.

Face à son enfant, elle peut ressentir que froideur et désintérêt, considérant l'enfant comme un étranger, comme si ce n'était pas le sien. Ou elle peut encore se sentir effrayée par son nouveau-né dont le proto-regard est d'une telle force qu'il implique une forte demande. Un sentiment d'impuissance, d'incapacité, d'indignité va venir l'accabler si bien qu'elle en reste sidérée devant le bébé au point de ne pouvoir rien faire. [15]

La souffrance et l'angoisse vont pouvoir devenir telles que la femme aura le sentiment irrépensible qu'elle ne va plus exister elle-même : on a affaire à un état de « dislocation du sujet », où la femme aura la sensation de devenir folle. Tout s'effondre ainsi autour d'elle : le temps, la confiance en soi, le bonheur escompté et la rencontre avec le nouveau-né. *« Ces deux éléments sont constitutifs de la difficulté maternelle : l'imminence d'un effondrement personnel débouchant sur un véritable*

syndrome de rejet du nouveau-né, lequel se retourne contre la mère et la déstabilise d'autant plus » [16]

Cependant, toutes les forces psychiques vont être requises, voire réquisitionnées pour lutter et résister à cet effondrement. On pourra même assister à un déni de l'effondrement, qui aura pour conséquence de masquer la souffrance qu'elle en éprouve.

3.1.3. Un cercle vicieux

J.M DELASSUS souligne que le don est la question centrale de la maternité [15]: il faut pouvoir donner et percevoir le bonheur de celui à qui l'on donne pour se sentir « vivant » dans l'échange du don. *« Ne pas pouvoir donner, être refusé, c'est éprouver du rejet par rapport à l'autre, à la vie, à soi-même »*. Au début, on croit s'y être mal prise, que c'est une question de méthode, de techniques, de conseils. La mère va demander des avis, consulter pour ce qu'elle pense être des problèmes somatiques de l'enfant, qui digère mal, qui s'endort difficilement, qui pleure trop...cela peut suffire ou pas....A ce moment là, les choses s'enchaînent et se bloquent encore davantage, les efforts autant que les agacements se succèdent, se nouent en réponses négatives, aux oppositions du bébé. La tension, l'angoisse montent et rongent peu à peu les défenses maintenues jusqu'ici. La violence n'est pas loin, la mère sent qu'elle peut devenir, qu'elle va devenir violente. Elle en a honte, culpabilise et le garde pour elle, d'autant plus face au regard accusateur de la société sur la mauvaise mère. Ce secret qu'elle garde en elle s'alourdit peu à peu, elle souffre, se décourage et s'isole dans la déconsidération de soi, qui restreint à nouveau cette capacité de don...*« La peur de faire mal deviendra la peur de faire du mal et la crainte de sa toute puissance sur son enfant la conduira à l'impuissance. Ainsi de tentatives en échecs, de surprises en dépit, d'attentes en frustrations, une maternité s'emballe, déraile et se bloque dans la plus totale incompréhension et parfois indifférence. Une mère souffrira de ne plus avoir envie d'être mère, d'être incapable de gestes maternels. Elle attendra alors que son bébé prenne de lui-même ce qu'elle ne sait pas donner, ce qu'elle ne se croit pas capable de donner... Le découragement cèdera la place à un sentiment démissionnaire : démission réelle ou psychique »*.

Si le problème reste celui du don, la situation devient la suivante : je n'y arrive pas. Et la question se pose : est-ce un mauvais enfant ? Ou suis-je une mauvaise mère ?

3.1.4. Une épreuve narcissique au quotidien

Ainsi, la difficulté maternelle est vécue comme une épreuve narcissique au quotidien. Le "ratage" de sa maternité va venir réactiver des échecs et des peurs jusque là profondément enfouis, et laisser la place à un sentiment de culpabilité et de faute impardonnable. Certains repères vitaux disparaîtront progressivement, générant chez les mères des sentiments d'errance, de déchéance et de "décrochage".

La difficulté maternelle vient également révéler l'écart entre la maternité vécue et la conception que l'on en a. Elle souligne cruellement le contraste entre ce qu'une mère attend de sa grossesse et de la naissance de son enfant et de ce que les événements réveillent en elle. Ces moments sont souvent fortement investis de ce qu'elle y met d'idéalisations, d'exigences et de volonté de rattraper et réparer.

3.1.5. Mais tout n'est pas difficulté...

Tous les bouleversements émotionnels et psychiques chez une mère ne sont pas imputables systématiquement à une difficulté maternelle sous-jacente et ne justifient pas un suivi médical, c'est le cas du baby blues par exemple.

Il y a un temps nécessaire d'adaptation au "devenir mère" et de rencontre avec son bébé. Il y a un temps légitime où on doit s'accorder ou accorder aux mères, le droit de vivre ces bouleversements sans intervenir autrement que pour écouter ou soutenir, sans se précipiter de suite sur la thérapeutique médicamenteuse ou la nosographie psychiatrique...

Il ne faut pas voir dans chaque larme versée, chaque soupir ou doutes exprimés, un accident de la maternité en préparation. La difficulté maternelle se juge donc en fonction de l'intensité et de la durée de ce qu'éprouvent les mères après une naissance et aussi sur un plan clinique en fonction de ce que l'on observera dans le comportement et développement du bébé.

3.2. Epidémiologie

On estime que 10% des femmes serait victime d'une difficulté maternelle en France. Elle constitue un problème de santé publique majeur qui doit interpeller la société en raison de sa prévalence importante dans la population générale des parturientes, et des conséquences très délétères qu'elle génère sur les mères, leurs

enfants et leurs proches. Or les statistiques ne semblent pas être le reflet de la réalité, la difficulté maternelle serait sous-estimée : D'abord parce que les moyens de prévention et détection de ce problème de santé sont limités et variables dans leur critères d'approche et de déduction et qu'ils ne s'attachent pour la plupart, qu'au recensement des dépressions du post-partum avec une prévalence variant de 8 à 18% selon les études [14], ou des exceptionnelles psychoses puerpérales. Sont écartées de ce fait, d'autres formes de difficulté moins "flagrantes" : maternités dites formelles où la mère recouvre sa propre défaillance en s'absorbant dans un maternage à outrance, bébés dont le développement stagne...Ensuite parce qu'une majorité de femmes n'en disent rien par honte et/ou ignorance de ce qu'elles vivent...

3.3. Les signes maternels

L'observation précoce et attentive des femmes venant d'accoucher permettrait de révéler ou d'envisager une difficulté maternelle. Il paraît important de repérer dès le séjour en maternité les signes et le langage traduisant la désorientation, la perte de l'élan vital, le dégoût...[37]

- **Les troubles du sommeil constituent un des premiers signes qui doivent interpeller.** Synonyme d'abandon et de laisser-aller, dormir, permet de faire par l'intermédiaire des rêves tout un travail de remaniements psychiques indispensable au devenir mère
- **Une vigilance exacerbée et des conduites d'hyperactivité :** Ces mamans sont sur le « qui vive » permanent, guettant sans cesse leur bébé dans la crainte qu'il ne lui arrive quelque chose. Elles éprouvent le besoin de se dépenser, d'être sans cesse en mouvement comme s'il y avait un danger à se reposer, à ne rien faire et à se laisser pénétrer par la question et la réalité de leur enfant. Ces mamans là sont en général très informées sur tout ce qui touche à l'art de "bien" s'occuper de leur enfant. Mais le bébé et sa réalité humaine se retrouvent ensevelis derrière des préoccupations de maternage ou de santé. Le « faire » remplace « l'être »
- **Peur paralysante des pleurs et des cris du bébé :** surtout la nuit
- **Tristesse et anxiété**

- **Visage fermé, cheveux devant le visage**
- **Indécision et difficulté autour du prénom choisi (une fois l'enfant né) :** regrette ce prénom qui ne semble plus correspondre au bébé réel , elle est effondrée de culpabilité à l'idée de lui avoir choisi un tel prénom et du coup n'arrive plus à le prononcer, se trompe en l'appelant ou ne supporte pas de l'entendre dans la bouche des autres.
- **Avoir froid en permanence :** La maman peut éprouver le besoin de mettre plusieurs épaisseurs de vêtement sur elle ou entre elle et son enfant
- **Difficulté à se nourrir mais aussi difficulté à nourrir son enfant :** L'allaitement est un langage de gestes et d'attitudes. Les tétées ou biberons sont généralement vécues comme interminables, compliqués, et seront l'objet de luttes ou de conflits... Cela peut se manifester par un bébé qui se crispera ou qui refusera de prendre volontiers le sein ou le biberon, ou seulement au prix d'un « acharnement maternel » à vouloir le nourrir. Certaines mères auront du mal à regarder leur enfant pendant le temps de l'allaitement, lui donneront alors le biberon ou le sein de manière à ne pas croiser son regard. Les biberons seront longs et stressants, appréhendés jusque dans leur composition (dosage, température, intervalles entre chaque). Tout sera matière à questionnements et angoisses au niveau de l'allaitement , alors que ces moments sont avant tout des temps de communication, d'échange et de rêverie pour les deux, des temps de naissance psychique aussi pour l'enfant...On pourra assister également à des nourrissages trop rapides, des biberons ou tétées comme "engloutis". Durant le nourrissage, la mère pourra éprouver le besoin de bouger ou de parler sans cesse, de s'occuper à autre chose tout en donnant le sein ou le biberon. Il lui sera difficile de rester calmement avec son bébé dans les bras... Elle aura (de manière inconsciente), des difficultés à respecter le temps et les rythmes de succion de son bébé, ses besoins d'absorption "avide" dans un premier temps et ses besoins de rêverie dans un second temps : réajustera fréquemment sa position au sein, ou celle de la tétine dans la bouche afin qu'il boive sans discontinuités...

Quelques signes à prendre en compte très tôt lorsque l'on observe une jeune maman :

- Mamans qui ne maintiennent pas suffisamment leur bébé lorsqu'elles l'allaitent ou le portent, mains non enveloppantes... Ne sont pas «contenantes » psychologiquement et par extension physiquement.
 - Temps de l'allaitement qui se déroule comme si elles laissaient leur bébé prendre de lui-même, comme si elles n'étaient pas parties prenantes, comme si elles n'étaient qu'un support.
 - Donne le biberon au bébé dans le transat ou à une certaine distance physique.
 - Pendant la tétée, elles tiennent leur bébé posé essentiellement sur leur ventre, comme s'il y avait là rappel du temps de la grossesse...
- **Autodépréciation et culpabilité** : dès l'accouchement
 - **Sentiment d'incapacité**
 - **Regrets de l'accouchement**: la mère a le sentiment de ne pas avoir été à la hauteur, elle se sent comme dépossédée de ce moment et a l'impression inavouable que ce n'est pas son enfant. L'accouchement ne l'a pas faite mère. Dans certains cas, c'est le déroulement de l'accouchement en lui-même qui aura contribué à ces impressions (péridurale trop dosée, césarienne mal supportée, naissance trop rapide, épisiotomie...), mais il n'en demeure pas moins important et indispensable de chercher à savoir pourquoi cette mère ne peut en cicatriser pour accéder à son enfant. Certaines mères au plus mal chercheront même à recréer, à mettre en scène les conditions de leur accouchement pour mettre fin à l'insupportable et insoutenable sentiment de ne pas avoir mis au monde leur enfant.
 - **Toute prise de décision sera compliquée, difficulté à se concentrer** : Que ce soit au niveau du bébé ou des choses qui jusque là allaient de soi, le centre n'est plus nulle part
 - **Conscience aiguë et déchirante que plus rien ne sera comme avant**, qu'on ne peut revenir en arrière. Sentiment insupportable d'être au cœur d'un néant.

- **Syndrome de rejet du nouveau né** : pas ou peu d'élan, résistance à l'émotion, difficulté à toucher le bébé et à soutenir son regard (conduite d'évitement)...
- **Mise en place de conduites formelles et pragmatiques dans les soins de maternage, de conduites de « recouvrement » de sa difficulté** : Gestes convenus ayant pour but inconscient de dissimuler le grand vide affectif et émotionnel de la maman à l'égard du bébé, celui-ci devient un « objet » de soin et d'attentions irréprochables. Il doit être avant tout pour la mère en difficulté, un bébé sécurisé et sécurisant, un bébé sous haute surveillance dont rien de son existence ne doit pouvoir venir la surprendre.
- **Envie de partir, de fuir, de disparaître...**
- **Sentiment d'être de trop, d'être un obstacle** entre son enfant et son père ou le reste de la famille, est convaincue que sa disparition ne serait pas regrettée - Idées suicidaires ou suicide pouvant être envisagé. Bien souvent, attirance vers "le vide" d'une fenêtre, d'un pont, etc.

3.4. L'enfant comme témoin de la difficulté maternelle

3.4.1. La naissance psychique de l'enfant

Après l'accouchement, l'enfant va devoir s'adapter au monde extérieur, il va devoir naître psychiquement. La naissance psychique de l'enfant s'élabore dès les premières minutes, les premiers jours, les premières semaines de sa vie: il naît progressivement de l'échange des regards, de la présence, de la voix, du toucher, du corps à corps et de l'odeur maternels, de toutes ces choses imprégnées de l'état d'esprit de la mère, tour à tour tranquille, agitée, présente, absente...[3]. Comme le souligne CYRULNIK dans *les vilains petits canards*, « faire venir au monde un enfant ne suffit pas, il faut le faire naître en disposant autour de lui des tuteurs de développement » La naissance psychique de l'enfant signe aussi celle de sa mère : à travers, l'éveil, les regards et sourires du bébé, elle se sent confirmée dans son identité maternelle et rassurée dans sa capacité à faire vivre cet enfant.

« Parce que tout est langage, les troubles que ressent l'enfant, les symptômes, les maladies, les comportements sont également de possibles moyens d'expression. Il dit quelque chose, une difficulté, un mal-être, une souffrance, chez lui ou chez l'adulte qui

s'occupe de lui et qui garde sa blessure secrète » [15]. La difficulté maternelle ne se révèle pas toujours à travers les troubles maternels. Les signes d'appel viennent parfois du bébé et de ses troubles du comportement. Le diagnostic de difficulté maternelle passe donc aussi par celui de la difficulté du bébé. L'observation précoce du nouveau-né va témoigner de la maternité inconsciente de sa mère et de sa mise en place qu'elle soit immédiate, différée, partielle ou par intermittence. Il est surnommé "*le petit clinicien*" par l'unité de Maternologie, qui désormais, s'appuie davantage sur son observation que sur celle de sa mère, notamment lors de l'allaitement (sein ou biberon), pour émettre un diagnostic.

3.4.2. Fabrication du bébé malade et maternité soignante

Aveugle à sa difficulté, la mère consultera pour son enfant, soit pour des problèmes récurrents de maternage, soit pour des troubles physiques ou psychiques de l'enfant. Ces affections infantiles à répétition permettront dans les soins fréquents qu'elles requièrent, de masquer à tous et en premier à celle qui le vit, les difficultés d'attachement qui en sont à l'origine. En s'absorbant dans une « fonction de soignante ou d'infirmière », rien ne viendra trahir la souffrance maternelle cachée et souvent inconsciente. Ce subterfuge permanent est reconnue sous la désignation de Syndrome pédiatrique d'évitement maternel (SPEM)

Le SPEM repose sur une double substitution : La difficulté de l'enfant se substitue à celle de sa mère et la compétence soignante maternelle affichée à celle de la compétence maternelle. Une relation pathogène entre la mère et l'enfant s'installe, au fil des consultations médicales, relation qui sera renforcée par les avis médicaux successifs où les problèmes de santé de l'enfant consécutifs à la difficulté maternelle deviennent "nécessaires" pour ne rien dévoiler de la problématique maternelle. Devoir assurer au jour le jour la santé du bébé renforcera les systèmes de défense et d'évitement de la mère. Là où la difficulté maternelle éloignait dans un premier temps le bébé de sa mère, le SPEM va les rapprocher mais il n'est pas sûr qu'il bénéficie d'une réelle maternité nécessaire à sa naissance psychique. Les problèmes de l'enfant seront en quelque sorte les seuls garants de cette identité maternelle enfin constituée. On peut presque alors parler de « fausse identité maternelle », puisqu'elle a du se construire sur un leurre. Cette organisation méticuleuse, orchestrée par les prescriptions médicales sans cesse renouvelées aura un effet supplémentaire : elle permettra à la mère de pouvoir enfin se

plaindre et de lui fournir un registre "légal" pour évacuer son angoisse : parce que son bébé sera ou paraîtra malade, elle pourra s'effondrer sans honte et sans déshonneur. La dépression deviendra « acceptable » car reposant sur des préoccupations "maternelles" légitimes : la santé de l'enfant ! [15].

3.4.3. Les appels du bébé

Ils peuvent se manifester à travers [24]:

- Des bronchiolites, régurgitations à répétition
- Des pleurs incessants, difficiles à apaiser ou rares
- Sommeil trop important, insuffisant, agité, entrecoupé
- Une prise de poids insuffisante
- Des affections dermatologiques (allergies, rougeurs..)
- Des malaises vagues de cause inconnue
- Un bébé « absent », faisant peu de bruit
- Hyper ou hypotonus exagéré
- Un bébé sage qui s'adapte aux humeurs de sa mère
- Un bébé ayant des difficultés à se nourrir, des allaitements qui relèvent plus de la confrontation que de la rencontre
- Un bébé ne cherchant pas ou n'accrochant pas le regard
- Un bébé qui se raidit ou s'oppose aux contacts corporels avec la mère

3.5. Les masques de la difficulté maternelle

La mère peut cacher sa difficulté maternelle à travers des signes psychiatriques tels que le délire, l'angoisse, la dépression, l'euphorie alors qu'elle n'a jamais eu d'antécédents psychiatriques.

Comme nous l'avons exposé plus haut, elle peut également dissimuler son dysfonctionnement en tentant de s'occuper de son enfant de façon parfaite. On peut alors observer des gestes maternels mécaniques, la mère ne voyant qu'une succession de tâches répétitives à accomplir, complètement dénuées de sens et d'utilité, si ce n'est

celle d'assurer la survie physique du bébé. Et à défaut de se sentir intimement maternelle et confirmée dans sa maternité, elle s'absorbera en d'incessantes occupations ou s'obligera à un maternage épuisant et irréprochable qui ne devra jamais venir trahir sa déception, ses défaillances et ce manque d'élan. La mère semble avoir le maternel mais celui-ci sera amputé de tous ses affects.

3.6. La question de la dépression postnatale

Peut-on accepter que la difficulté maternelle soit qualifiée de dépression et réduite à cette problématique ?

Selon Delassus, "Il y a des mots qui servent à caractériser, il y en a qui servent à éliminer... Le mot dépression gomme tout, évacue la spécificité de la souffrance maternelle et la range dans le cadre d'affections anonymes, dans le prêt-à-porter psychiatrique...[...]On se refuse à croire que la dépression est la conséquence et non la cause de la douleur maternelle. On inverse l'ordre des facteurs pour mieux reléguer les mères incapables dans l'univers anonyme de la folie."

La qualification de dépression maternelle présente des inconvénients majeurs. D'abord, le diagnostic est souvent trop tardif : six semaines environ après l'accouchement. La difficulté maternelle a donc eu le temps de s'installer, portant atteinte à l'identité de la mère et produisant un mode de relation mère-enfant déjà pathologique. Le deuxième point concerne la thérapeutique, à savoir l'antidépresseur. En effet, la mère traitée de cette manière pourra certes présenter des améliorations apparentes dans son comportement mais il n'empêche que la mobilité expressive de son visage sera nettement figée par l'action médicamenteuse, ce qui reviendra à provoquer un phénomène de « still-face » et donc n'aura pas la disponibilité affective et du faciès si nécessaire au dialogue avec bébé.

On est toujours malheureux de ne pas réussir une relation d'amour et de responsabilité. La dépression est donc au rendez-vous... Ainsi, il semble logique qu'une femme qui se sent impuissante et néfaste à l'égard de son enfant, réagisse à cet état par de la tristesse, accablement et abattement. Il y a donc bien souvent de la dépression chez ces mères en difficulté et la constater relève ni plus ni moins d'un simple et banal état

des lieux après une inondation. Le diagnostic de dépression n'apporte en lui-même aucune explication clinique quant à la nature des bouleversements observés.

C'est pourquoi, il faut reconsidérer la notion de dépression du post-partum, car avant qu'elle n'apparaisse comme telle, elle est précédée par un état plus sévère, l'effondrement maternel mais qui passe relativement inaperçu parce qu'il est contenu par le silence des mères. Il faut donc envisager la dépression comme une voie de sortie des difficultés [15]

3.7. Conséquences : des mères et enfants en danger potentiel...

Abordé précédemment, les difficultés maternelles sont à l'origine de troubles des interactions précoces entre la mère et le nourrisson, et de l'attachement pouvant aboutir :

3.7.1. Pour l'enfant

De nombreux travaux, qui se sont plus particulièrement intéressés à la DPP ont démontré à ce jour les conséquences néfastes à court, moyen et long terme sur le développement affectif et cognitif de l'enfant.

Ils ont mis en évidence le risque de troubles psychologiques : troubles dysthymiques, hyperactivité, troubles psychosomatiques (sommeil, eczéma, mauvaise croissance...), troubles du comportement à type asocial ou encore troubles dans l'apprentissage, autisme ainsi que le risque de ralentissement psychomoteur.

Les réactions face au nouveau-né, considéré comme persécuteur, sont diverses, pouvant aller de la négligence à la violence, de l'abandon à l'agression, de la carence à l'infanticide. [31][20]

3.7.2. Pour la mère

Les difficultés maternelles peuvent évoluer en graves difficultés personnelles, l'angoisse devenant phobie ou persécution, l'incapacité exaspérant le désespoir, et la dépréciation de soi conduisant au suicide. Ainsi, la difficulté maternelle ne sera pas seulement l'envie de "jeter son enfant par la fenêtre », mais aussi l'envie de se passer

soi-même par la fenêtre, de se jeter dans le vide existentiel de sa vie, dans le gouffre ouvert par cette naissance...

Partie 2

1. METHODOLOGIE ET OBJECTIFS

Afin d'étayer notre partie théorique, nous avons été amenés à travailler sur l'étude de cas cliniques et à réfléchir sur la maternité psychique et de sa dimension sociale. Ceci s'inscrit dans une perspective de prévention postnatale des difficultés maternelles et de sensibilisation afin d'améliorer l'accompagnement à la sortie de la maternité.

Nous avons donc choisi de recueillir, non sans difficultés, le témoignage de femmes ayant été confronté à des difficultés à la naissance de leur enfant, et qui accepteraient de nous faire partager leur vécu et ressentis.

Dans un souci d'authenticité et afin d'éviter des biais supplémentaires, les témoignages devaient être recueilli personnellement. Pour cela, nous avons pris contact avec :

- les puéricultrices et nous avons assisté à des groupes d'éveil de la région nancéenne
- les sages-femmes de PMI
- nous avons participé à 2 reprises à un groupe de parole avec des accouchées, organisé par une sage-femme à la maternité régionale de Nancy, mais nous y reviendrons plus tard
- l'association maman-blues à Paris

La population que nous avons choisi d'interroger correspondait à toute femme, âgé de 20 à 40 ans, ayant accouchée il ya plus de 2 mois et ayant connu des difficultés maternelles en période postnatale. Un certain nombre de critères d'exclusion chez la mère et l'enfant ont été retenues :

Sont exclues les femmes :

- Présentant des antécédents de troubles psychiatriques,
- Présentant une pathologie psychiatrique,
- traitées par antidépresseurs, en psychothérapie...
- se droguant ou alcoolique
- victimes d'un événement de vie grave pendant la grossesse (deuil, divorce...)
- présentant des difficultés socioéconomiques défavorables

Chez les femmes dont l'enfant :

- présente une pathologie néonatale
- est prématuré
- est atteint d'une malformation

Les femmes rencontrées en PMI, groupe de paroles et d'éveil ne nous ont pas permis d'obtenir des témoignages correspondant à nos critères d'inclusion. Finalement, deux réponses positives nous sont parvenues par le biais de l'association maman-blues.

Nous avons procédé sous la forme d'un entretien semi-directif, en communiquant par échange de mail. Au préalable, nous avons présenté à nouveau l'étude et rappelé le caractère anonyme du témoignage. Puis nous avons procédé l'entretien. Ce dernier s'est articulé autour de 4 grands axes orientés sur le vécu et ressenti, à savoir :

- le déroulement et vécu de la grossesse
- l'expérience de l'accouchement
- le séjour à la Maternité en suites de couche
- le retour à la maison jusqu'à maintenant

Quelques informations anamnestiques ont nécessairement dû être recueillies (âge, situation maritale, parité, travail, problèmes de santé particuliers), ainsi que quelques précisions sur la qualité du suivi.

Toutefois, il ne nous est parvenu qu'une seule réponse, témoignage de celle que nous nommerons Mme A.

Quelques échanges se sont succédés après le témoignage (3 semaines après le 1^{er} échange), et nous ont permis de compléter et préciser indirectement les données, en discutant autour de constats ou questions générales.

Une fois le témoignage recueilli, il nous a paru judicieux de le retranscrire textuellement, en ayant pris soin de supprimer les données susceptibles d'identifier la patiente, dans un souci de ne perdre ni sens ni richesse au discours. Puis nous avons procédé à une analyse de contenu.

2. CAS CLINIQUE

2.1. Chronique d'une souffrance

« Bonjour,

Je me présente donc, j'ai 26 ans, je suis comptable et mariée depuis 1 an et demi. Je n'ai aucun problème de santé particulier, c'est mon 1er enfant et désiré. Aucun antécédents obstétricaux sauf qu'avec mon ex conjoint j'ai essayé pendant 1 an d'avoir un bébé (avec traitement) sans résultat. Pour ma fille que j'ai eu il y a bientôt 5 mois, je n'ai pris aucun traitement, j'ai mis environ 6 mois à l'avoir.

J'ai donc eu une grossesse très désirée, avec mon mari nous étions les plus heureux, j'ai même écrit pendant 9 mois un carnet de bord. J'ai eu une grossesse de ce qu'on pourrait appeler "parfaite", ma fille était en très très bonne santé, elle s'est accrochée de suite, aucun risque d'accouchement prématuré d'après la gynéco, col très bien fermé. Elle bougeait dans tous les sens, beau bébé on me l'avait même annoncé à terme à plus de 4 kilos donc RAS. Moi par contre, j'ai pas trop mal vécu ma grossesse mais rien de sensationnel. Vous écoutez des femmes elles vous disent qu'elles étaient les plus heureuses, plus épanouie, moi sans plus. J'étais heureuse bien sûr mais il me tardait que ça se termine. Déjà beaucoup d'aigreurs d'estomac, sciatique dès le début de la grossesse. Les rapports sexuels avec mon mari très rares (ce qui a un peu déstabilisé le couple et mis un peu de tension). Puis j'ai eu de la rétention d'eau sur la fin, le syndrome du canal carpien (en plus fin de ma grossesse en plein été), fort eczéma sur tout le corps (je pense dû à la dernière écho quand on m'a annoncé que mon bébé ferait plus de 4 kilos et que du coup césarienne et là c'était le drame) et beaucoup de kilos pris environ 22 kilos.

Vécu accouchement: à 15 jours de ma date prévue, je n'en pouvais plus physiquement et psychologiquement, j'ai donc demandé à ma gynécologue un déclenchement. Je suis allée à la Maternité, j'ai eu droit à un toucher vaginal mais col pas bon pour déclenchement donc je suis rentrée chez moi très déçue (moral dans les chaussettes) il faut préciser aussi que j'ai le ventre qui a craqué à la fin (vergetures) et elles étaient tellement douloureuses que je me grattais au sang et je pleurais. Une sage-

femme est donc venue chez moi 3 jours après pour contrôle du col + acupuncture, elle a trouvé que j'avais beaucoup de tension et le col favorable donc à nouveau Maternité pour monitoring + toucher vaginal. La sage-femme qui me consulte dit que pour elle col pas ok, mais suit la gynéco ok déclenchement le lendemain. Lendemain matin déclenchement puis à 12H stop car rien et je rentre à la maison. De nouveau déçue. Puis la sage-femme vient à la maison tension + contrôle + acupuncture et la à nouveau déclenchement 3 jours après. Et cette fois ci ça marche enfin!!!!!! 7H on déclenche, 12H on me perce poche des eaux, 14H péridurale, 18H35 ma fille pointe le bout de son nez (moi à jeun j'avais trop faim!!!!). Ma fille est donc née le x/09 prévue le x/10.

L'accouchement se passe relativement bien. J'ai eu la chance que péridurale plus d'effet sur la fin donc j'ai senti les poussées (j'ai oublié de préciser que pendant toute ma grossesse ma peur bleue était l'épisiotomie, j'ai tout fait pour ne pas l'avoir pour cela je ne voulais pas être déclenché, je ne voulais pas de péridurale mais trop douloureux et je me suis massé pendant des semaines pour préparer mes muscles, j'ai aussi oublié pendant grossesse énormément d'hémorroïdes). J'avais donc la sage-femme qui aidait à faire sortir bébé et qui faisait le nécessaire m'avait t'elle dit pour éviter d'avoir d'autres hémorroïdes. Puis la gynéco qui appuyait sur mon ventre (à ce jour je n'ai toujours pas compris pourquoi mais ça fait très mal). Et une auxiliaire + 2 sages-femmes qui avaient fini leur service et qui me regardaient faire (j'ai très mal vécu cela personnellement). Quand bébé sortie c'est moi qui l'ai attrapé et posé sur mon ventre c'était génial puis on me l'a prise pour les soins (déception) J'ai eu la chance de n'avoir que 3 points pour le fun (c'était des errayures et c'était pour que je puisse faire pipi), puis on m'a emmené ma fille et on me l'a mise au sein (je désirai l'allaiter) puis ça marchait pas donc l'aux me l'a changé de position un peu violemment pour me la remettre au sein.

2 heures après me voilà dans ma chambre mais grosse déception (c'était ma 2ème crainte de grossesse) je suis dans une chambre double il n'y a que moi mais mon mari ne peut pas rester dormir, je me mets donc à pleurer, il reste donc un peu avec moi. Je précise que si quelqu'un arrive dans la nuit (ça je l'aurais eu amère en dormant) l'allaitement c'est terminé. Car j'avais fait le choix avec mon mari que si j'allaitais c'étais que devant lui sinon non. Le lendemain heureusement à 14 heures je suis dans une chambre seule et là c'est que du bonheur mais il me tarde de rentrer chez moi pour me retrouver avec mon mari et ma fille. Allaitement un peu douloureux mais un mari génial qui me soutient, c'est grâce à lui si 5 mois après j'allaite encore. Mon bébé est

donc une fille et je suis très heureuse de l'avoir, pas encore baby blues. Je suis resté 3 jours à la Maternité. J'ai été assez contente du personnel, par contre j'ai appris plus tard que lorsqu'on allaite on a droit à des repas spéciaux???? Car moi après le repas j'avais super faim. Personnel assez sympa sauf pour allaitement, c'est à dire les sages-femmes vous disaient toujours, pendant le séjour profitez pour nous appeler pour vous montrer la bonne position, dès que j'appelais j'avais droit à une infirmière (pas toujours sympathique) qui me disait que c'était bon sans regarder ou qui me pressait le sein comme une orange enfin bref c'était pas du tout agréable et on avait le sentiment de déranger!!!! De plus, je n'ai jamais vu quelqu'un qui est venu me demander comment était mon moral.

Puis vient le départ et là on est heureux mais super angoissé car les visites vont s'enchaîner et là c'est l'ENFER !!!

3ème angoisse de grossesse, j'avais peur lorsque ma fille naîtrait d'être trop possessive et de mal vivre le fait qu'il y ait tout le monde qui vienne voir ma fille et de devoir la donner dans les bras. Et ce que je craignais s'est passé. Arrivé à 13heures à la maison, 15 heures mes beaux parents sont là puis ça s'enchaîne non stop pendant 3 jours jusqu'à 21H. Lorsqu'une tante à moi prend ma fille sans me le demander et la fait passer à ses enfants comme un jouet là c'est la fin je craque. Pendant quelques jours c'était dur car baby blues mais je me disais que ça allait passer. Les nuits, l'allaitement c'était dur mais j'avais mon mari qui me soutenait et j'aimais tellement ma fille. Puis le plus dur a été quand les gens venaient chez moi ou quand j'allais chez eux, je n'y allais plus par plaisir mais par obligation, il y avait la petite et il fallait que les gens la voient comme une bête de cirque en ne la respectant pas toujours. Avant je m'entendais très bien avec mes beaux parents, on allait les voir tous les 15 jours, maintenant c'était une obligation parce que c'était leur petite fille. En plus il fallait la donner dans les bras et ça déjà j'y pensais 15 jours avant et puis le week-end en question on se disputait avec mon mari toujours sur ce sujet. Il m'est même arrivé avec ma belle sœur (la sœur de mon mari) quand elle l'a pris dans les bras à Noël de partir pleurer dans la chambre car c'était trop douloureux pour moi. J'avais le sentiment qu'on me mettait à part, je n'étais plus Mme A mais juste la mère biologique de ma fille, donc quand ma fille était là moi je n'existais plus, j'avais juste servi à lui donner la vie (c'est le sentiment que j'éprouvai). Et puis les gens étaient autour d'elle 6-7 personnes, les flashes dans les yeux alors du coup je me mettais aussi à part car y'avait assez de personnes autour, elle

étouffait assez, comme ça mais mon mari m'a dit qu'au contraire c'est de moi qu'elle avait besoin. Alors comme je ne voulais pas qu'avec mon mari on se sépare j'ai décidé d'en parler, un jour à une copine qui n'a pas d'enfants et elle m'a dit que je n'étais pas normale qu'il fallait que je me soigne (c'était très dur d'entendre ça) puis je suis tombé sur ce site que je bénis tous les jours, et là des personnes étaient à mon écoute, elles me comprenaient vraiment et avez vécu la même chose que moi. Elles m'ont donné les coordonnées d'un spécialiste dans ma ville. ET là comme par magie, j'ai repris confiance en moi, je me suis rendue compte que je n'étais pas anormale, que ce que je ressentais beaucoup de maman l'avait vécu mais elles refusaient d'en parler ou se forcer à ne pas être comme cela. J'ai donc compris que si je n'avais pas envie de laisser ma fille dans les bras, je faisais ce que je voulais il fallait juste que j'ai confiance en moi et qu'à la rigueur je trouve des excuses. Du coup j'ai pu affronter des repas de famille sans trop de catastrophe. Puis est venu le travail sur moi même et là je me suis analysé.

Mon analyse: quand j'étais enfant, d'après ma mère j'étais très très proche d'elle, d'après ma grand mère paternelle, j'étais très très proche de ma grand mère qui croire? Je sais juste que lorsque j'ai perdu mon papa à 15 ans, j'ai bien sur énormément souffert mais j'ai beaucoup pris sur moi et géré la maison car ma mère ne gérait plus. Je passe les détails mais je lui en ai beaucoup voulu car pour moi elle m'avait abandonnée. Je lui ai pardonné il n'y a pas un de cela suite à une lettre de pardon qu'elle m'a écrite. Mais pendant cette adolescence je me suis tournée vers ma grand mère que j'ai aimée le plus profondément (elle a remplacé ma maman). Lorsque j'ai eu ma fille, c'est principalement ce sentiment que j'ai eu, je ne voulais pas que ma fille aille dans les bras des autres surtout des grands mères car je ne voulais pas qu'elle puisse aimer quelqu'un d'autre plus fort que moi comme moi je l'avais fait quelques années avant et surtout pas ma mère qui m'avait abandonnée. Et je pense que le problème est dû à cela (le psy aussi le pense) et rien que d'en parler j'ai les larmes aux yeux ça touche donc un point très très sensible. Il faut aussi préciser que ce qui n'aide pas ma guérison c'est que ma fille est mon portrait identique déjà au niveau caractère mais surtout physiquement même m'a mère était bluffée sur une photo. Donc en permanence on la compare à moi et c'est très dur car je ne veux pas qu'elle vive ce que j'ai vécu et pour cela je la surprotège. Quand j'entends ma mère qui me compare à ma fille quand j'étais bébé c'est affreux la douleur que ça me fait aux tripes!!!! Aujourd'hui donc quand

ça ne va pas, mes soutiens sont ce site qui est génial et mon psy qu'on m'a conseillé que je vois pour la 2ème fois dans 15 jours. Le 1er RDV m'a fait énormément de bien. Il a expliqué à ma fille pourquoi j'étais triste, et m'a dit que j'avais une super fille qui pour me rassurer quand elle était dans les bras des autres elle faisait exprès de pleurer pour que je puisse la récupérer (ça peut sembler fou??). Il m'a aussi dit que j'étais une super maman et ça c'était la 1ère fois que je l'entendais (car quand on est maman on entend souvent que des critiques jamais des compliments) ça m'a fait beaucoup de bien. Et il m'a surtout dit que ma fille c'était pas moi. Et il m'a dit aussi que ma fille m'aimait et c'est vrai que je commence à le voir maintenant qu'elle est plus grande (y'a que dans les bras de maman qu'elle se calme de ses malheurs) et ça si vous saviez c'est le plus beau geste d'amour qu'on peut recevoir je crois »

2.2. Analyse

Avant toute chose, il convient de signaler que l'étude sera complétée au fur et à mesure par les données qu'ils nous ont été communiquées au gré des échanges, pour plus d'exactitude. Précisons également que cette analyse reste dans son ensemble subjective.

Mme A., est donc une primipare, âgée de 26 ans, comptable et mariée, sans problèmes de santé particuliers.

2.2.1. Vécu de la grossesse

La grossesse est autant désirée qu'investie. Mme A insiste à plusieurs reprises sur la notion de désir en employant de manière répétitive des termes relatifs à celui-ci ainsi que nombreux superlatifs à ce sujet « *Nous étions les plus heureux* », « *très désirée* ». Ce désir d'enfant est d'autant plus important que Mme A. a connu quelques difficultés à être enceinte avec son ex conjoint, où elle a eu recours à un traitement, mais sans succès. Il peut être légitime de se demander si cette incapacité à procréer a contribué à lui faire douter de l'intégrité de son corps et de ses capacités génitales, renforçant son désir de maternité pour se prouver sa fécondité, et comme nous le verrons par la suite, pour panser ses blessures.

Elle qualifiera sa grossesse de « *parfaite* » mais uniquement dans un registre se rapportant à l'enfant, plus particulièrement son état de santé.

Elle met en opposition le vécu de sa grossesse et celui du mythe de la femme enceinte parfaitement heureuse, épanouie et rayonnante, idéal dans lequel elle ne se reconnaît pas. La grossesse n'a « *rien de sensationnel* » et va être vécu difficilement, que ce soit au travers des modifications corporelles (prise de poids importante, des vergetures douloureuses où la patiente se grattera à en saigner), des problèmes conjugaux (baisse de la libido ayant entraîné quelques tensions), de nombreuses angoisses, autour de l'accouchement, du séjour en maternité, et surtout de son comportement en tant que future mère, à l'origine de troubles psychosomatiques (eczéma suite à l'annonce d'une éventuelle césarienne compte tenu du poids de l'enfant).

2.2.2. Vécu de l'accouchement

Mme A. demandera un déclenchement 15 jours avant le terme prévu, n'en « *pouvant plus physiquement et psychologiquement* ». Après un premier essai infructueux, elle sera à nouveau déclenchée et accouchera finalement 6 jours avant le terme prévu.

Sa volonté d'être déclenché contredit sa crainte de l'épisiotomie : en effet, elle fait le lien entre épisiotomie et déclenchement (ainsi que la péridurale). Finalement sa volonté d'accoucher plus vite l'emportera et optera pour la péridurale devant la douleur des contractions.

L'accouchement en lui-même, se passe relativement bien mais Mme A. a mal vécu le fait qu'on lui prenne son enfant pour les soins, ainsi que l'attitude des personnes présentes à l'accouchement « *qui la regardaient faire* ».

Enfin, elle évoque la première mise au sein comme assez « violente », en décrivant plus particulièrement l'attitude du personnel. Cet adjectif assez fort pour qualifier le caractère brutal de l'allaitement reviendra à plusieurs reprises au travers du témoignage et lors d'un échange sur l'accompagnement après la naissance. La répétition de cette notion d'agressivité nous amène à penser que la patiente a, dans une certaine mesure, besoin d'être elle-même maternée mais nous y reviendrons plus loin.

2.2.3. En suites de couche

Son séjour à la Maternité est marqué au départ par une grande déception et tristesse : elle se retrouve dans une chambre double, seule, sans son mari pour l'entourer. Mme A. nous précise qu'elle désire allaiter uniquement devant son mari et ne souhaite sous aucun prétexte qu'une autre patiente soit présente dans la chambre, ce qui signifierait pour elle un arrêt définitif et immédiat de l'allaitement. La patiente veut vivre cette expérience à deux, comme dans une sorte de cocon.

Elle est impatiente de retourner chez elle, de se retrouver avec son mari et sa fille. Son séjour fut court, 3 jours, sans suivi à la sortie. Elle évoquera plus tard le manque de soutien et d'écoute, lors d'un autre entretien, où elle se retrouve comme livrée à elle-même, peu entourée, face à ses angoisses et en matière d'allaitement : elle emploie des termes assez virulents pour décrire l'attitude du personnel à son égard : *« j'ai eu droit à une infirmière pas toujours sympathique qui me disait que c'était bon sans regarder ou qui me pressait le sein comme une orange »* . Le sentiment de déranger revient de manière récurrente. Elle reprochera à l'équipe soignante de s'être attachée plus à son bien-être physique que psychologique. Comme nous l'avons soutenu plus haut, n'aurait-elle pas eu besoin qu'on adopte envers elle une attitude plus douce, maternante, et qu'on l'écoute ?

2.2.4. Le retour à la maison

Elle parlera de son retour à la maison de manière assez virulente et éloquente, et emploiera un terme assez évocateur et lourd de sens pour décrire l'intensité de ce qu'elle a vécu : un « enfer », mis en valeur sémantique par l'emploi de la majuscule.

Et les craintes redoutées déjà durant la grossesse, c'est-à-dire d'être trop possessive et de « partager » sa fille avec d'autres membres de sa famille (et plus particulièrement sa mère) ont pris forme.

L'enchaînement des visites et le fait de céder sa fille pour la donner dans les bras d'une autre est vécue pour elle comme une obligation, où elle n'y trouve que souffrance... Les tournures de phrases, comme les mots parlent suffisamment pour rendre compte de cette idée d'obligation, idée exprimée de manière itérative à travers le témoignage.

La précision des détails, des phrases courtes qui se succèdent rendent le discours plus intense et mettent en exergue cette montée en puissance des émotions, cette pression qui aboutit au fait qu'elle « *craque* », lorsqu'elle évoque l'enchaînement de visites intempestives et le fait de « *devoir donner sa fille* ».

Cette idée de partager sa fille, qu'elle vit comme une obligation est source d'angoisses anticipatoires « *j'y pensais 15 jours avant* », de souffrance, de troubles du sommeil, mais aussi d'isolement : Mme A nous fera part de cette période où elle ne voulait plus voir personne, qu'elle ne voulait plus sortir et surtout qu'on touche à sa fille, au point de prétexter un état maladif sur son cas ou sur l'enfant. A ce sentiment d'obligation et d'angoisses s'ajoutent une extrême souffrance dès que sa fille est dans les bras d'une autre, s'isolant pour pleurer. Ceci a été à la source de conflits conjugaux avec son mari, où elle nous laisse entrevoir sa crainte d'une séparation, qui la pousse finalement à en parler. On notera une évolution dans son discours lorsqu'elle parle de sa relation avec son conjoint : elle parle d'un mari très soutenant à plusieurs reprises auquel s'opposent des conflits conjugaux. Les difficultés sexuelles ont trouvé solution il y a 2 mois, suite à la rééducation périnéale effectuée auprès d'une sage-femme, conséquente selon ses termes, d'une écoute bienveillante et de conseils.

Il paraît intéressant également de mentionner cette banalisation, au départ, de son état de tristesse et souffrance qu'elle met sur le compte du baby blues...Malheureusement son état est loin d'être transitoire...

L'alimentation maternelle se passe relativement bien, avec un mari présent et soutenant, malgré une mise en route difficile : on apprend par la suite que Madame A. a fait appel à une sage-femme libérale 10 jours après son retour à domicile suite à des douleurs lors de l'allaitement (mauvaise position) et un grand besoin d'être rassuré concernant la prise de poids de son enfant. A l'heure actuelle, Mme A. allaite encore (6 mois), malgré quelques difficultés la nuit.

Un point important nous semble essentiel à expliciter: en effet, le centre d'attention est porté sur l'enfant et non sur elle. Elle en parle comme si c'était une attraction, en des termes péjoratifs comme « *jouet* », « *bête de cirque* » et évoque la notion de respect sur l'enfant. Mais on peut se demander si ce n'est pas plutôt ou aussi, un manque de respect vis-à-vis d'elle, qu'elle ressent.

On en arrive à toucher à un aspect fondamental, relatif à l'identité maternelle, à ce sentiment de ne plus exister, d'être inutile et réduite à une mère biologique, à sa fonction reproductrice : « *Je n'étais plus Mme A mais juste la mère biologique de ma fille et donc quand ma fille était là, je n'existais plus, j'avais juste servi à lui donner la vie* ». Ceci a pour conséquence un repli sur soi, un isolement « *je me mettais à part [...] elle étouffait assez comme ça* » puisque sa fille, décrite comme une star sous les projecteurs « *autour d'elle 6-7 personnes, les flashes dans les yeux* » accapare toute l'attention d'autrui. Elle se sent comme rejetée, d'être sans intérêt et inutile : Mme A. « n'étoufferait »-elle pas elle-même ?

Mme A. nous fait part spontanément de son introspection, conséquente à ses difficultés. Elle fait ressortir un point essentiel, lié à sa relation avec sa propre mère : le sentiment d'abandon, qui nous permet de mieux comprendre son histoire et sa souffrance. Ce sentiment est assurément au cœur du problème et est revenu à la naissance de sa fille dès que cette dernière a été l'objet d'attention d'autrui. Mme A ne se souvient pas si elle était plus proche de sa mère que de sa grand-mère durant son enfance.

Suite à la perte de son père à l'adolescence, Mme A. s'est retrouvée livrée à elle-même, comme « *abandonnée* », sa mère n'assurant plus ses responsabilités et fonctions maternelles. Elle a trouvé comme substitut maternel sa grand-mère, lui réservant un vocabulaire plus doux et affectueux pour la désigner (par rapport à sa mère) : « *elle a remplacé ma maman* ». Lorsqu'elle évoque sa relation avec sa mère, c'est avec grande souffrance, sujet extrêmement sensible et douloureux pour elle « *rien que d'en parler j'ai les larmes aux yeux* », mère lui ayant demandé pardon il ya plus d'un an

De ses propos, il en ressort un désir de relation fusionnelle et d'amour exclusif avec sa fille : elle ne veut ni la partager, ni qu'elle aime une autre personne qu'elle, comme elle-même l'avait fait dans son enfance avec sa grand-mère. Elle refuse tout particulièrement que sa fille aime sa grand-mère, grand-mère ayant abandonné sa propre fille. Elle craint, par un mécanisme d'identification à son enfant, que sa fille l'abandonne pour un autre objet maternel et qu'elle ne l'aime pas. Cette identification est exacerbée par la ressemblance entre elle et sa fille, ainsi que les comparaisons par sa famille à ce sujet (et sa mère surtout) , ne font qu'accroître sa souffrance « *C'est affreux la douleur que*

ça me fait aux tripes ». En surprotégeant sa fille, Mme A. veut prouver à sa fille qu'elle l'aime, gagner son amour, pour ne pas que sa fille l'abandonne.

Mme A. a trouvé aide et soutien à la sortie de la Maternité, non au travers ses proches, qui la jugent comme anormale, l'assèment de critiques et la considèrent comme une mauvaise mère, mais par le biais du site de l'association maman-blues où l'on a su l'écouter, la soutenir, la comprendre et l'orienter vers un psychologue, 5 mois après son accouchement. Mme A. nous fait part également du poids de la société, des difficultés et de la honte à parler des difficultés maternelles mais aussi de la règle du « paraître » : faire semblant que tout va bien alors qu'à l'intérieur de soi, c'est le gouffre ! Que ce soit par les échanges avec d'autres femmes ayant traversé cette épreuve difficile de la maternité, qu'avec le psychologue, elle nous fait part qu'elle a repris un peu confiance en elle, en ses compétences maternelles, et surtout qu'elle et sa fille sont des personnes distinctes. Elle commence à percevoir l'amour que son enfant lui porte au travers des compétences de l'enfant et s'en rassure « *c'est dans les bras de maman qu'elle se calme de ses malheurs* » où le registre linguistique est plus doux et affectueux, traduisant pour elle « *le plus beau geste d'amour* » qu'on puisse recevoir.

2.3. Discussion

2.3.1. Autour de Mme A.

Ainsi plusieurs signes d'appels laissent entrevoir une difficulté maternelle, à savoir :

- la rupture affective avec sa mère,
- le recours à la technique de PMA
- Les dysfonctionnements conjugaux
- La dévalorisation de la femme par l'entourage
- La concurrence maternelle
- La tristesse, anxiété et souffrance
- Surprotection et hypervigilance
- Les troubles du sommeil
- L'identification à son enfant

Ce cas clinique renvoie à plusieurs problématiques, et notamment celle du désir d'enfant. L'enfant est fortement désiré et investi de manière narcissique, comme pour combler un manque, une demande affective intense, d'attention, d'amour. La naissance va réactiver les conflits avec l'image maternelle et notamment ce sentiment d'abandon, qui vient hanter les pensées maternelles, nourrir ses inquiétudes et se fixer sur l'enfant au point de s'identifier à ce dernier. Il faut garder à l'esprit qu'une mère fait autre chose que d'avoir un enfant : la naissance est un retour en soi s'accompagnant de bouleversements et pouvant réactiver des blessures et conflits anciens.

C'est une relation fusionnelle, exclusive auquel la patiente aspire, au point de s'isoler dans une sorte de « cocon » dans un climat de surprotection et d'hypervigilance, où il est difficile d'y trouver une place. Ces moments sont fortement investis de ce qu'elle y met d'idéalisation, d'exigences et de volonté de rattraper et de réparer. Elle se sent déchirée par les sentiments d'amour qu'elle éprouve pour son enfant. Partager son enfant en le donnant dans les bras d'une autre personne est vécu comme une obligation et souffrance, qui réveille chez elle un sentiment d'abandon.

On peut dire qu'il y a un poids énorme qui repose sur les épaules de cet enfant que l'on pourrait qualifier d'enfant « pansement », censé effacer sa souffrance et lui donner un amour exclusif. Désillusion et déception peuvent être au rendez-vous, si fulgurantes qu'elles mèneront parfois à la folie. En effet, on peut envisager que si l'enfant ne répond pas à ses attentes, la déception risque d'être grande et vécue par la mère comme un échec et « crève-cœur », renforçant sa souffrance et son sentiment d'abandon, au risque de voir apparaître des troubles psychologiques graves.

De cette relation fusionnelle, on peut également craindre pour l'enfant plus tard des troubles de l'attachement, pouvant renvoyer à la notion d'attachement « insecure résistant ». A cela, on peut se demander également quelle place peut avoir le père dans cette relation fusionnelle, d'autant que l'allaitement (ce qui n'est pas péjoratif en soi), renforce cette relation, du moins à long terme.

Il convient toutefois de modérer certains de nos propos, notamment sur la volonté de se retrouver seule avec son enfant. Il est vrai, et tout à fait concevable que les visites à outrances peuvent être pénibles et intrusives. Il peut sembler légitime de vivre

difficilement ces moments et de souhaiter de faire connaissance et de vivre cette expérience, la rencontre avec son enfant, à deux, c'est-à-dire avec le conjoint !

Si l'on assiste à la naissance d'un enfant, on assiste aussi à celui d'une mère. Si l'enfant a besoin d'attention, il ne faut pas négliger la mère. Elle a fait son premier grand travail de mère, ses preuves, une conception, 9 mois de grossesse, un accouchement, un bébé, et elle est laissée pour compte... On est en droit de se demander pourquoi ! Mme A. aurait eu besoin d'être maternée, rassurée, conseillée, qu'on prenne soins d'elle que ce soit en suite de couche et par la suite par un suivi adapté.

D'ailleurs, l'histoire de Mme A. rend compte d'un accompagnement inadapté à la naissance. Il ne s'agit pas de remettre en cause les sorties précoces mais plus particulièrement l'accompagnement dont Mme A a bénéficié: aucune liaison à la sortie de Maternité avec une sage-femme libérale n'a été réalisée, c'est la patiente elle-même qui en a fait la demande pour un souci d'allaitement 10 jours plus tard.

Ce qu'on peut dire, c'est que cette patiente avait besoin d'être entendue, soutenue, comprise et rassurée et non jugée ! De même que certains facteurs en amont, auraient pu nous laisser entrevoir quelques difficultés pour l'avenir, notamment son extrême anxiété que ce soit pendant la grossesse ou en suite de couches. Ceci nous amène à penser qu'il faut trouver le bon interlocuteur, ce qui nécessite de prendre du temps, être disponible et attentif, mais aussi que la patiente « s'ouvre », partage ses inquiétudes et émotions ! C'est une relation de confiance, un échange qui doit s'instaurer ! Il a fallu attendre 4 mois pour que Mme A. en parle, paroles ayant eu un effet libérateur et ayant enfin trouvé oreilles attentives. 4 mois où les difficultés ont pu s'enkyster ! Il ne faut pas oublier que le post-partum est un temps de fragilisation psychologique plus ou moins importante et de grande plasticité psychique. Il est donc important de respecter, en fonction de chacune, ce temps du post-natal, notamment en maternité, afin que l'écoute et la vigilance soignantes ne laissent pas repartir dans la solitude des maternités psychiques en danger.

Enfin, son récit rend compte du poids de la société et de l'image idéale de la maternité qu'elle véhicule. La richesse et le développement conséquent de son histoire, de plusieurs pages, où elle nous fait part spontanément de ses angoisses et souffrances, témoigne d'un besoin avéré d'en parler, la parole ayant ici un effet libérateur. Il fallait

une certaine dose de courage pour enfreindre ce tabou. Ou alors la franchise est à la hauteur de son malaise...

2.3.2. Autour de la méthodologie

a. Un cas clinique unique

Il convient de se poser la question du cas clinique unique.

On peut dire que la difficulté à obtenir des témoignages rend compte d'une autre difficulté : celle d'en parler. Comme le dit Mme A. , les femmes en parlent peu par honte et culpabilité. L'image idéalisée de la maternité que véhicule la société ne fait qu'entretenir ce silence, mais aussi on touche à l'identité de la femme, à un domaine intime, source de conflits psychiques.

De plus, le choix du recrutement a contribué à restreindre notre échantillon. Il est vrai que plusieurs cas cliniques auraient pu être présentés en recueillant les témoignages auprès de professionnels, comme psychologues, sages-femmes. Mais de la sorte, les informations auraient été filtrées et réinterprétées, laissant une place considérable à la subjectivité et à la déformation, tel « le téléphone arabe » De plus, on n'aurait pas pu se rendre compte du choix des mots employés, des tournures de phrases, syntaxes et donc des données « brutes » qui sont essentielles car elles traduisent les émotions. Recueillir les témoignages personnellement et directement nous a donc paru indispensable, en respectant les critères d'exclusions, pour aboutir à ce témoignage unique.

b. Les limites

Les limites d'un tel témoignage sont en premier lieu la valeur écrite. Le témoignage est ici moins riche qu'un témoignage verbal où la personne est en face de son interlocuteur : ceci lui permet d'apprécier ses gestes, attitudes, expression du visage, intonation de la voix traduisant les émotions

De plus, ce mode de communication implique une grande vigilance quant aux propos que l'on écrit : la personne n'étant pas en face, on est dans l'incapacité à réagir ou percevoir les conséquences des propos tenus ...Cela nous engage à ne pas être intrusifs, à formuler ses propos de manière générale et large pour éviter de réveiller des blessures chez la mère.

Certains pourront émettre une certaine réserve quant à la véracité des dires mais l'intensité du témoignage nous amène à penser le contraire. A cela on peut ajouter qu'il est tout aussi facile de raconter des mensonges lors d'un entretien oral.

Enfin, point non négligeable, la subjectivité qu'implique l'étude de ce témoignage, qui n'a pas pour but de formuler une vérité générale, puisque propre à chacun et sujet à des hypothèses diverses. Et même si nous avons eu de nombreux témoignages, nous n'aurions pu arriver à une généralisation partant du postulat que chaque vécu est différent et indépendant.

c. Avantages

Compte-tenu de la difficulté à parler de la maternité et de son ambivalence, il peut paraître plus facile d'aborder ces problèmes par écrit et de manière anonyme.

Le choix d'un entretien semi-directif permet un discours plus libre, plus développé et beaucoup plus souple que le questionnaire, en évitant les questions intrusives et le ton « mitrailleuse ». Il permet à la femme d'aborder de manière spontanée certains thèmes et implique une certaine réflexion.

La retranscription exacte et en intégralité (en ayant pris soin d'omettre tout caractère d'identification) du témoignage permet de ne perdre ni sens, ni qualité et richesse au discours : les émotions sont décelables soient directement au travers des mots , soient de manière non-verbale que l'on peut deviner grâce notamment à la syntaxes, ponctuations, tournure de phrases, fréquence et caractère du vocabulaire employé.

A partir des bases théoriques que nous avons exposé, ainsi que le témoignage de Mme A., nous avons été amenés à nous interroger sur les stratégies et perspectives de prévention en matière de difficultés maternelles, en nous intéressant plus particulièrement à la période postnatale, partant du postulat suivant : les mesures préventives ,comme l'entretien du 4ème mois, sont plus centré sur la période anténatale, à la recherche de facteurs de risques. Or il n'y a pas toujours de « clignotants » pendant la grossesse, ou du moins leur verbalisation et leur connaissance sont conditionnées par de nombreux facteurs. De plus, au cours de ses dernières années, constat a été fait que les femmes, après avoir donné naissance à leur enfant, se sentaient comme « lâchées dans la nature ». De ce fait, nous nous sommes interrogés sur cette période post-natale, où la femme vit le contrecoup de son accouchement, de la naissance de son enfant. Les remaniements y sont importants, une nouvelle place est à trouver pour elle et son conjoint, éventuellement pour ses autres enfants. Elle a également à faire connaissance avec ce nouveau-né qui lui offre une certaine opacité.

La sage-femme peut être fréquemment confrontée à une femme en difficulté maternelle. Se posent alors les questions suivantes :

- Comment dépister une difficulté maternelle ?
- Quels sont les moyens mis en place pour prévenir les difficultés ?
- Quelles stratégies pourrait-on envisager ?

Partie 3

1. ASPECT PREVENTIF

1.1. Les signes à repérer

Toute difficulté maternelle dépistée le plus précocement possible après l'accouchement, nécessiterait un traitement moins important.

La sage-femme, qu'elle exerce en suites de couche ou bien à domicile après le retour à la maison, occupe une place prépondérante dans la détection des difficultés et l'aide à apporter aux accouchées.

Il nous a paru intéressant de faire part du protocole de dépistage de difficulté maternelle en suite de couche, réalisé par les équipes de Maternologie. Une femme est dite en difficulté lorsque 5 signes sont mis en évidence. Cette grille d'évaluation est formée de 2 parties, l'une intéressant l'enfant et l'autre la mère.

Protocole Maternologique d'évaluation post-natale.

Sémiologie générale

Sémiologie maternelle

1. Antécédents biographiques	◇	15. Tristesse et anxiété (des craintes excessives pour le bébé aux signes de dépressions avec mutisme, pleurs, isolement.)	◇
2. Antécédents dépressif, psychiatriques (notamment durant cette grossesse)	◇	16. Dévaluation de soi et/ou du bébé	◇
3. Antécédents obstétricaux (fausses couches, IVG)	◇	17. Troubles du sommeil	◇
4. Recours au technique de PMA	◇	18. Désintérêt pour l'enfant	◇
5. Problème relatif à cette grossesse (tardivement reconnue, déniée...)	◇	19. Incapacité maternelle	◇
6. Enfant non désiré	◇	20. Dissimulation (faire comme si tout allait bien ou rester sur ces gardes par peur excessives de ne pas bien être jugée)	◇
7. Solitude, ruptures affective, dysfonctionnement conjugal	◇	21. Pas de choc heureux après l'accouchement	◇
8. Difficulté socio-économique	◇	22. Evitement du regard du bébé ou faciès immobile face à lui (indifférence, perplexité, froideur)	◇
9. Désinsertion sociale	◇	23. Difficulté à nourrir le bébé.	◇
10. Dévalorisation de la mère par l'entourage	◇	24. Rituel, actes mécaniques et systématique de rangement, de nettoyage	◇
11. Absence de père affectif pour l'enfant	◇	25. Impulsions dangereuses (réelles ou redoutées portant notamment sur le bébé)	◇
12. Concurrence de la maternité (conjoint, grand-mère...)	◇	26. Critiques répétées sur autrui	◇
13. Accouchement pénible, mal vécu, prématuré ou retardé.	◇	27. Conduites ou propos inadaptés (bébé, entourage)	◇
14. Séparation du bébé à la naissance.	◇	28. Euphorie discordante	◇
		29. Confusion, propos incohérents ou déréels, fausses identifications.	◇

Figure 2: protocole maternologique d'évaluation postnatale - sémiologie maternelle

[37]

Protocole Maternologique d'évaluation post-natale

Sémiologie pédiatrique¹

30. Apparence générale : aspect sombre ou crispé du bébé ; ne donne pas un sentiment de paix intérieur	◇
31. Etat somatique général : mauvais, préoccupant in utéro ou après la naissance	◇
32. Crispation	◇
33. Etat du regard (vague, détourné, inexpressif)	◇
34. Conduites alimentaires défailtantes (difficulté à se nourrir, régurgitations importantes ; difficulté de la mise en place de l'allaitement.	◇
35. Hyper ou hypotonus	◇
36. Troubles respiratoires	◇
37. Etat de la peau (allergie, rougeurs, ictère majoré, etc)	◇
38. Sommeil (trop important, insuffisant, agité, entrecoupé de réveil fréquent)	◇

Figure 3: protocole maternologique d'évaluation postnatale – sémiologie pédiatrique

[37]

1.2. En suites de couche

1.2.1. Attitude de la sage-femme

Il est donc important de savoir identifier les signes d'une difficulté maternelle, mais ceci implique pour la sage-femme la remise en question de son travail au quotidien, à savoir, une disponibilité physique et psychique au travers une écoute attentive, soutien et accompagnement. Mais ceci suppose aussi de bannir les automatismes et agir au cas par cas en fonction des besoins et de l'histoire de la femme.

Elle doit savoir aussi en toute humilité intégrer ses limites (compétences humaines et relationnelles) et orienter les patientes ou en référer aux personnes compétentes lorsqu'elle se heurte aux limites de ses capacités.

Enfin, elle se doit de constituer un maillon du réseau de soin périnatal et instaurer un travail d'équipe et de coordination en fonction de la sévérité de la situation. Elle doit s'assurer de la continuité des soins et de l'accompagnement après la naissance, comme par exemple s'assurer de la liaison avec une sage-femme libérale ou de PMI à la sortie de Maternité, plus spécifiquement en cas de sorties précoces, ou d'orienter la patiente vers un psychologue/ psychiatre si besoin.

C'est surtout lors des suites de couches, que se révèle une difficulté maternelle. Il est donc impératif d'être vigilant quant à l'élaboration de la relation mère-enfant et de leurs interactions lors de ce séjour en Maternité, qui rappelons le, est de plus en plus court, limitant ainsi le temps d'observation et d'évaluation. Il faut réussir à offrir aux familles un discours cohérent, une écoute attentive pour limiter les situations anxiogènes et permettre de verbaliser sans culpabilité d'éventuelles difficultés. Elles ont besoin d'être rassurés dans leurs gestes. Il faut savoir prendre le temps d'écouter leurs angoisses et adopter une attitude empathique en les encourageant à avoir confiance en elles et en leurs compétences.

La sage-femme doit essayer d'engager une relation de confiance avec la mère, en s'entretenant avec elle de sa relation avec l'enfant, de ses sentiments, de ses craintes et de la rassurer. Elle doit être également vigilante quant à l'observation du comportement maternel lors du maternage et s'assurer de l'apprentissage des soins élémentaires. Avant la sortie, elle doit s'assurer que la mère sait préparer un biberon, le stériliser etc..., pour que la mère, lorsqu'elle sera seule à son domicile, puisse prendre en charge l'enfant. Elle doit être sollicitée le plus tôt possible pour faire les changes, bain tout en étant encadrée, sans que le savoir soignant soit écrasant et contraignant.

présentation de la mère et de l'enfant	oui	non
La mère a un visage ouvert, souriant		
La mère a la visage dégagé (elle n'a pas de cheveux devant les yeux)		
La mère s'adresse à son enfant		
La mère soutient l'enfant au niveau de la colonne		
La mère ne présente pas le signe de la deuxième main ¹		
La mère est calme et détendue		
La mère n'effectue pas de gestes maladroits		
L'enfant est serein, détendu, et ne pleure pas		
La mère a su comprendre le désir de son enfant		

Figure 4: Observation du comportement maternel lors de l'allaitement maternel [37]

Il faut permettre à la femme de se reposer pour pouvoir s'investir dans la relation avec son enfant. Si la mère est fatiguée, elle supportera plus difficilement les pleurs de son enfant. Il convient de limiter les visites (en l'accord avec la patiente) en fonction du degré d'épuisement de la patiente.

Enfin, dans l'idéal, il faudrait que la mère et l'enfant soient entourés par un minimum de personnes afin d'assurer une prise en charge plus personnalisée en apportant une appréciation plus pertinente de la situation. Nous y reviendrons par la suite.

1.2.2. L'effet pervers de l'information : quand le baby blues sonne faux...

Les futures mères et leur entourage sont actuellement informés par le biais de la presse, et d'internet, de cette période appelée indifféremment « baby blues ».

L'information banalise le phénomène en le réduisant à un simple problème hormonal ou à un simple moment de débordement maternel, passager et sans conséquences. A trop généraliser, on encourt le risque de ne plus porter réellement attention à ce que traverse la mère, d'attendre que cela lui passe...

Il faut donc être vigilant en tant que professionnels à ne pas tomber dans le piège de la banalisation. Il faut garder en tête que le baby blues, qui survient généralement à partir du 3^{ème} jour, est par définition un phénomène transitoire qui touche beaucoup d'accouchées, caractérisé par sa brièveté et son intensité "supportable". Un baby blues qui perdure (au-delà de 10 jours) ou anormalement intense est pathologique et nécessite un accompagnement spécifique.

1.3. L'importance d'un travail en réseau

Il est indispensable de travailler en équipe au sein d'un service, mais plus généralement de s'inscrire dans une dynamique de réseau, c'est-à-dire de multiples partenaires de secteurs d'activités différents (hospitalier, libéral) constituant une trame formée de différents maillons. Cette approche multidisciplinaire est d'une grande richesse avec la mise en commun de champs de compétences ainsi que l'apport d'éclairages différents en fonction de chaque acteur.

Cependant, ce réseau de soin connaît à l'heure actuelle quelques difficultés dans son application quotidienne où chacun a du mal à trouver sa place et où les actions sont difficilement coordonnées. Il se caractérise par un défaut de circulation de l'information et de coordination entre professionnels, ce qui est peut-être délétère pour la qualité du suivi. Chaque profession est d'une certaine manière cloisonnée, où chaque acteur travaille en parallèle.

Les liens entre les différents services obstétricaux et la PMI sont satisfaisants. Toutefois, une patiente sera adressée à une sage-femme de PMI, plus particulièrement en anténatal, par le biais généralement de la sage-femme de liaison, et rarement pour un suivi à domicile après l'accouchement. La sage-femme de PMI assure un bon relais avec les puéricultrices en postnatal grâce au feuille de liaison. Ces puéricultrices envoient une mise à disposition un mois après l'accouchement. Pour les psychologues et psychiatres, l'appréciation est plus nuancée. Les liens entre sage-femme/médecins libéraux et maternité sont également difficiles. La circulation de l'information peine. C'est le réseau ville-hôpital qui est amené à évoluer, s'étendre et se renforcer pour répondre au plan de périnatalité. Il y a très peu de correspondances entre les sages-femmes libérales et de PMI, leur rôle pouvant se chevaucher lors du retour à domicile

(cas d'une femme suivie par la PMI durant sa grossesse et qui serait orienter vers une sage-femme libérale après la naissance de son enfant)

Le carnet de maternité tente de répondre au défaut d'information. S'il assure de manière satisfaisante la circulation de données médicales, il en est autrement quant à d'éventuelles données renseignant sur l'aspect psychosocial. En effet, ce carnet est en possession de la femme, rendant de ce fait plus difficile la circulation d'informations personnelles quant à son état émotionnel et psychologique.

En période postnatale, on retrouve la participation de plusieurs acteurs (médecin, sage-femme libérale, de PMI, hospitalière...) mais il faut que leurs actions puissent être coordonnées avec les événements qui se sont déroulés durant le séjour de la mère en Maternité mais également lors des suites que ces services médicaux devraient assurer.

2. LES PERSPECTIVES

2.1. L'importance d'un travail en partenariat face aux sorties précoces

Les sorties précoces seront probablement de plus en plus fréquentes dans les années à venir. Elles correspondent à une demande de la part de nombreuses familles, de non-médicalisation à l'extrême de l'accouchement. Il en va aussi de la survie financière des hôpitaux : ces sorties précoces répondent à une diminution souhaitée de la durée moyenne de séjour en Maternité pour répondre aux exigences de la tarification à l'activité. Elles correspondent à une sortie entre le jour de l'accouchement (J0) et le 3^{ème} jour du post-partum (J2) pour un accouchement voie basse, et le jour de l'accouchement (J0) et le 4^{ème} jour du post-partum (J5) pour une césarienne.

La période des premiers jours de vie est fondamentale pour la découverte d'éventuelles anomalies malformatives ou métaboliques, mais également dans l'instauration du lien mère-enfant. C'est un moment critique dans la mise en place de l'allaitement maternel. Une sortie précoce peut être un avantage pour le confort et la sérénité de la mère et de l'enfant. La réalisation de cet objectif doit amener les professionnels à mettre en place un suivi de l'enfant et de la mère dans un réseau parfaitement structuré, n'admettant aucune défaillance de suivi ou de compétence.

Ces sorties précoces exposent mère et enfant à plusieurs problèmes :

- La fatigue peut être plus importante, car les femmes sont sujettes à plus de travail (d'autres enfants à charge, ménages)
- L'isolement peut être accentué en cas d'absence d'entourage proche et dévoué
- Les problèmes psychologiques de la mère et les troubles de la relation mère-enfant risquent de ne pas être détectés du fait du raccourcissement du séjour en Maternité.
- L'évaluation de l'état psychologique de la mère et de la qualité de la relation mère-enfant doit être une préoccupation prioritaire de la personne intervenant dans le suivi de la femme et de son enfant.

- L'ictère est le problème majeur retrouvé dans tous les pays pratiquant largement les sorties précoces de Maternité et un motif de réhospitalisation des nouveau-nés. Les cas d'ictère nucléaire ne sont pas rares, en particulier chez les enfants à peau mate.
- L'échec de la mise en route de l'allaitement maternel est plus élevé chez les mères inexpérimentées, mal entourées ou mal rassurées
- Dépistage de certaines cardiopathies, infections néonatales, malnutrition et déshydratation, non réalisation du test de Guthrie...

La prévention de ces risques impose une organisation très structurée des sorties précoces. Les recommandations de l'HAS ont été mises en place afin de préciser l'orientation de la pratique clinique et doivent être suivies. Son cadre général en précise les conditions :

- Un bilan établi d'un état physique, psychique et social satisfaisant
- Le respect de certains éléments relatifs à la mère et à l'enfant
- Le consentement éclairé de la patiente et de la sage-femme (ou médecin) / pédiatre

Ces conditions sont regroupées dans la fiche de liaison ci-dessous, utilisée à la MRAP de Nancy, où une réponse négative implique une contre-indication à une sortie précoce.

Importance Fiche de Liaison :

MERE à remplir par l'obstétricien ou la sage-femme		OUI	NON
Accouchement par voie basse			
Absence de contexte infectieux			
Absence de risque hémorragique			
Absence de signes cliniques d'anémie et/ou Hb > 8g/dl			
Gestion du risque thrombo-embolique			
Contrôle de la douleur			
Absence de contexte infectieux			
Absence d'addiction (drogues illicites, substitution)			
AUTORISATION DE SORTIE			
Nom et fonction			
Date et signature			
Nom du médecin traitant			

NOUVEAU-NE à remplir par le pédiatre	OUI A*	NON
Terme > 37 SA		
Absence d'anomalie à l'examen clinique ou au dépistage anténatal (cœur, rein...)		
Absence de facteur de risque d'ictère		
Absence d'éléments biologiques d'infection (si critère d'infection)		
Bactériologie récupérée et négative (si critère d'infection)		
Absence d'hypoglycémie (si facteur de risque)		
Absence d'hypocalcémie (si facteur de risque)		
Perte de poids < 7% par rapport au poids de naissance		
Dépistages faits ou prévus le (PCIU, TSH, 17OHP, mucu +/- drépano)		
Si allaitement maternel : mise en place maîtrisée		
Absence de problèmes psycho-sociaux		
Instauration du lien mère-enfant		
La mère demande à sortir (demande ou accord explicite)		
AUTORISATION DE SORTIE		
Nom et fonction		
Date et signature		
Nom du médecin traitant et/ou pédiatre référent		

Cela sous-entend dans l'optique de la sage-femme :

- Une **observation** minutieuse du comportement maternel et des interactions avec son enfant.
- Un **partenariat** entre l'équipe médicale et les parents pour élaborer ce projet d'un retour à domicile précoce si les conditions médicales, psychiques, sociales et matérielles le permettent
- Une **organisation** stricte des acteurs et des structures en jeu pour le suivi à domicile autour du pôle de naissance, soit par :
 - o Une sage-femme détachée de la Maternité
 - o Professionnels libéraux (sage-femme, médecins généralistes...)
 - o Service de PMI

, avec **l'assurance en amont, d'une articulation entre les différents acteurs avec des interventions cohérentes et en collaboration multidisciplinaire.**

La sage-femme doit ainsi, savoir apprécier en toute objectivité le degré de satisfaction des critères précédents, notamment psychiques. Elle devra respecter les règles de coordination des soins et de communication après la sortie.

De plus, la présence d'une sage-femme libérale/ PMI à domicile, pendant une heure semble bien plus efficace qu'une succession de professionnels tenant des discours divergents. D'après une étude rétrospective (2003-2005) évaluant la structure HAD de Gerardmer, on a pu remarquer que la patiente pouvait se sentir quelque peu isolée et pas assez entourée entre les passages de la sage-femme, auquel s'opposait une meilleure écoute et disponibilité de cette dernière. Il en est également ressorti que ces sorties précoces étaient particulièrement inadaptées pour un premier enfant.

Dans le cadre du réseau périnatal, dans une optique de coordination, l'idéal serait d'arriver à la mise en place d'une personne référente qui organiserait la prise en charge et qui s'assurerait de la circulation des informations et de la coordination entre professionnels... A l'échelle d'un service, l'organisation actuelle, souvent basée sur un roulement de 12 heures de travail et le turnover des équipes lié à la polyvalence professionnelle, sont peu propices à la présence quotidienne d'un référent sage-femme en suites de couches. A plus grande échelle en termes de réseau de soin, il en est que plus difficile.

Il s'agit également d'individualiser davantage les pratiques pour qu'elles correspondent aux besoins des patientes et des couples afin de les accompagner soigneusement dans le processus de la maternité, et pas seulement en anténatal, pour prévenir certaines difficultés qui pourraient émerger après l'accouchement. La conception des sorties précoces réintègre la position de la sage-femme dans cette dynamique d'accompagnement plus personnalisé des patientes et des couples, en intégrant la composante psychologique trop souvent occultée. Elle remet également en cause, à moindre mesure, le phénomène de surmédicalisation, en ayant l'objectif de favoriser l'accès à la parentalité dans un climat de sécurité affective de manière plus prégnante.

Les modalités de prise en charge sont multiples et les modalités précises seront le fruit de réflexions locales aboutissant à un suivi organisé et structuré. Ce travail en réseau, en partenariat, encore bien timide, est donc amené à évoluer, s'étendre et se renforcer pour répondre au plan de périnatalité, non sans difficultés, tant les enjeux sont conséquents (qualité du suivi mais aussi...financier !) et nécessitent un certain investissement de la part des différents acteurs...

2.2. La consultation postnatale

Cette dernière est réalisée 6 à 8 semaines après l'accouchement. Elle nous paraît relativement tardive, puisque les difficultés ont pu s'enkyster. La prise en charge est alors plus laborieuse. De plus, le temps accordé à cette consultation en milieu hospitalier, devrait être revu à la baisse, passant d'une heure à 30 minutes. Ce délai peut paraître relativement court, si l'on prend soin d'évoquer les multiples thèmes et notamment de s'assurer de la bonne santé physique et psychique de la mère et de l'enfant, de la bonne relation mère-enfant-père. En cas de difficultés explicites ou implicites, l'orientation de la patiente vers des spécialistes sera proposée. Cette consultation ne doit pas être réduite à une simple visite de courtoisie, mais doit s'inscrire dans une dimension de « débriefing » (vécu de l'accouchement, problèmes rencontrés lors du retour à la maison...)

En 2008, l'Assurance Maladie a créé, avec les sages-femmes libérales deux séances de suivi post-natal. Ces deux séances sont proposées en priorité aux femmes en situation de vulnérabilité (isolement, insécurité,...) décelée pendant la grossesse ou

juste après l'accouchement. Ces deux séances peuvent se dérouler à partir du 8ème jour suivant l'accouchement et jusqu'à l'examen médical postnatal réalisé dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement. Dans ces dernières recommandations, la HAS indique que les interventions intensives (suivi postnatal précoce à domicile, continuité des soins, etc.), proposées exclusivement dans la période postnatale ont un effet préventif démontré sur les difficultés maternelles. Toutefois, il est regrettable que ces 2 consultations se cantonnent plus particulièrement à la notion de facteurs de risque et soient insuffisamment proposées ou même connues des patientes, voire des professionnels...

2.3. L'intérêt des groupes de paroles

« Parler humanise la barbarie qui en nous » (F.DOLTO)

Le groupe de parole, dans ce cadre précis, est un lieu neutre d'écoute et d'échanges qui permet aux parents de discuter librement sur les thèmes qui les occupent, les préoccupent, de partager leurs expériences, leurs émotions, leurs sentiments parfois contradictoires face à leur nourrisson. La possibilité de confronter son vécu aux expériences d'autres parents permet ainsi d'aborder les difficultés de cette période sensible avec plus de recul et d'éviter qu'elles ne se fixent durablement et ne retentissent sur le développement de l'enfant.

Nous avons assisté début janvier 2009 à la Maternité de Nancy, à la mise en place d'un proto-groupe de parole, afin d'en mesurer l'utilité et ce qu'il en ressortait. Ce groupe réunissait de jeunes mamans ayant accouché 2 mois auparavant, s'étant connues à la préparation à la naissance. Ces dernières avaient émis le souhait de se revoir, afin d'échanger et partager le vécu de l'accouchement et des premières semaines de vie de l'enfant. Sur 7 personnes, seulement 3 sont venues. Ces 3 personnes avaient traversé des situations difficiles (accouchement, hospitalisation de l'enfant) ou se posaient de nombreuses questions.

Les participantes ont été amenées à s'interroger sur le sens que prenait dans leur vie, l'arrivée de ce bébé, afin de pouvoir analyser cet enchevêtrement de sentiments parfois contradictoires par lequel elles peuvent se sentir dépassés.

Ce groupe de parole s'est articulé autour de 4 grands thèmes et en est ressorti plusieurs éléments :

- **L'accouchement** : ce thème a permis de verbaliser le vécu de l'accouchement, mal vécu pour certaines, avec le sentiment « d'avoir raté quelque chose ». Echanger sur ce sujet a permis à certaines d'entre elles, de ne pas rester figer dans l'horreur de la naissance, tout comme éclaircir certains points obscurs.
- **Le séjour à la maternité** : Par les divergences d'opinion et de conseils du personnel soignant, ainsi que la succession de personnes différentes, ces jeunes mères se sont senties perdu lors du retour à domicile.
- **Le retour à domicile** : Plusieurs aspects ont été évoqué comme la reprise de la sexualité, les problèmes conjugaux, la fatigue, l'ajustement du rôle social et familial (ressenti par rapport à leur nouvelle identité, l'ombre de la mère, la place du père et des autres membres de la famille, les nouvelles responsabilités), difficultés à l'allaitement, conseils de puériculture.
- **La grossesse** : les patientes sont plus spontanées et ouvertes concernant le vécu de la grossesse, elles évoquent avec un certain recul leur ambivalence (notion de désir d'enfant et de grossesse), l'hyper médicalisation (contrainte alimentaire), leurs angoisses...

Les faits divers, qui ont inondé la presse ces derniers temps, ont orientés la discussion sur l'infanticide, qui a permis au groupe d'entamer une réflexion et un débat sur l'épuisement maternel face à un bébé dont la mère ne comprend pas les besoins : un bébé qui pleure sans arrêt, malgré la satisfaction de ses besoins primaires (change, tétées...), aboutit à un épuisement maternel physique (car la mère ne dort plus) et psychologique...et des envies de jeter l'enfant par la fenêtre peut lui traverser l'esprit ou de le secouer...mais ce n'est qu'une pensée sans passage à l'acte. Aborder ce thème a eu un pouvoir déculpabilisant sur l'ambiguïté que l'on peut ressentir envers son enfant et a permis d'aborder les réseaux d'aides et de soutien, les attitudes à adopter pour éviter un passage à l'acte.

Ainsi, dans les groupes de parole, la sage-femme a un rôle multiple : animer, modérer, orienter et diriger le débat pour évoquer certains thèmes, tout comme rassurer et éclairer ces jeunes mamans. Elle peut avoir un rôle prépondérant dans la prévention des difficultés.

Ce groupe de parole a permis d'offrir un espace d'échange où chaque personne a pu exprimer ses ressentis (doute, tristesse, colère, projets et projections, fatigue ...) et ambivalence par rapports aux changements inhérents (familiaux, conjugaux, psychiques, sociaux...). Elles ont pu verbaliser, élaborer leur vécu de l'accouchement, leur nouvel état, leur préoccupation pour leur enfant et leur adaptation réciproque, du passage de fille à mère, de 1 à 2, de 2 à 3...Il a apporté à ces femmes des éclairages, a contribué à les rassurer sur ce qu'elles pouvaient ressentir, ainsi qu'à donner des perspectives plus larges en les invitant à confronter leur expérience, où elles ont pu trouver soutien et écoute dans un cadre plus sécurisant par rapport au forum de discussion. La présence de multipares a rendu les échanges beaucoup plus interactifs, notamment en partageant leurs expériences et astuces.

Ces échanges nous ont invités à réfléchir sur nos pratiques professionnelles et de la prise en charge des patientes.

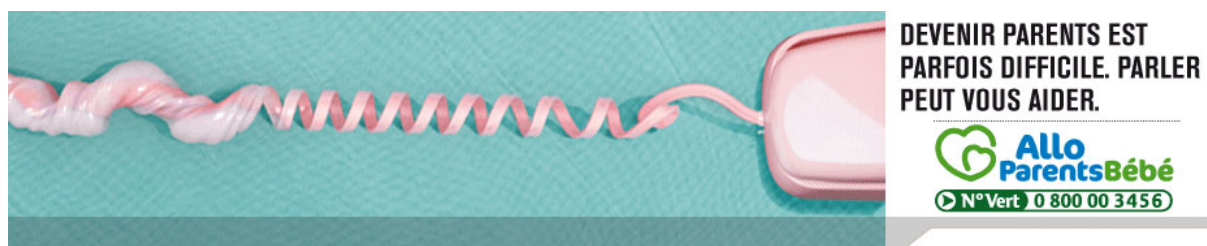
Toutefois, ces groupes de paroles souffrent de quelques désagréments, à savoir d'une image péjorative dans l'esprit des individus, de ces groupes (on y associe souvent l'image des « alcooliques anonymes » par exemple). Il peut être difficile d'évoquer spontanément certaines difficultés, s'exposant au jugement des autres personnes présentes et au sentiment d'être une mauvaise mère.

Il nous paraît judicieux d'étendre cette pratique, comme une séance supplémentaire ou faisant suite à la préparation à la naissance, tant les enjeux nous paraissent importants. Malgré le succès mitigé qu'a connu ce groupe de parole à la MRAP de Nancy, il ne faut pas généraliser : des groupes de paroles sont retrouvés dans de nombreuses villes, et fonctionnent relativement bien, notamment à Toulouse.

3. LES ASSOCIATIONS

Il nous paraît essentiel d'évoquer le travail conséquent et le rôle de certaines associations, en particulier l'association *maman-blues* ainsi qu'*enfance et partage*, dans l'aide à la parentalité.

Confortée par les dispositions gouvernementales sur la périnatalité et les lois de la protection de l'enfance du 5 mars 2005, *Enfance et partage* a créé un nouveau centre d'appel : « Allo Parents Bébé ». Ce numéro vert et gratuit est opérationnel depuis février 2008. Ses objectifs sont d'aider et d'accompagner les parents, de prévenir la maltraitance et d'agir pour l'amélioration de la protection de l'enfance. Les centres d'appels sont tenus par des professionnels médicaux et paramédicaux ayant une expérience en périnatalité et petite enfance, dont la mission est d'écouter, de soutenir, de dialoguer, d'accompagner et d'orienter le cas échéant, vers des structures adéquates.



L'association *Maman Blues*, qui siège à Paris, comprend depuis peu une antenne sur Rennes. Elle a pour but de soutenir et d'informer les personnes concernées par la difficulté maternelle ainsi que de diffuser l'information auprès des professionnels de la santé, de la petite enfance, et du secteur social et public.

Elle propose régulièrement aux parents en difficultés autour de la naissance de leur enfant, des groupes de paroles. Ces groupes, accompagnés par un psychologue, n'ont pas pour vocation d'être une thérapie de groupe, ni d'établir le diagnostic des participants.

Leur objectif est de faire circuler librement la parole et les ressentis, briser le tabou qui enferme les femmes (et pères) en difficulté, et les aider parfois aussi à prendre conscience de la réalité de leurs difficultés et de la possibilité de se faire aider, pour sortir du tunnel douloureux de la difficulté maternelle.[18]

A travers le site de l'association (<http://www.maman-blues.org>), riches en information et de qualité, les confidences de femmes, ayant traversées ou traversant des difficultés affluent en ce territoire anonyme, et montrent l'ampleur d'un problème, que nous jugeons sous-estimées. Cette association permet aux femmes en difficultés de faire part de leur expérience douloureuse de jeunes mamans avec des bénévoles de l'association et des « mamans rescapées », sans les juger.

Cependant leur action ne saurait, en aucun cas, se substituer à un suivi médical et/ou psychologique. Elle propose des adresses en cas de détresse et invite ces jeunes mamans à contacter les professionnels qu'elles connaissent. L'association connaît ses limites : elles « *se situent là, à ce carrefour entre soutien et relais* ».

Conclusion

Dans une société où la Maternité est socialement valorisée, les techniques de procréation, la modification de la structure familiale et des modalités de parentalité, comme la mutation des valeurs ont fortement influé sur le sens de la maternité.

La maternité n'est pas une fonction innée. Devenir mère est un voyage intérieur, un retour en soi qui s'accompagne parfois de bouleversements sensibles et imprévus, à l'origine de difficultés maternelles, qui ne sont pas sans conséquences pour la mère et l'enfant.

Le temps du post-partum, comme celui de la grossesse est un temps de fragilisation psychologique plus ou moins importante qui permet la mise en place du psychisme maternel. Il est important de respecter, en fonction de chacune, ce temps du postnatal, notamment en maternité, afin que l'écoute et la vigilance des soignants ne laisse pas repartir des maternités psychiques en danger.

La sage-femme peut rencontrer des mères dont la relation précoce avec leur enfant est perturbée. Elle peut donc avoir la charge de dépister ces mères en détresse, de les orienter et peut par ses qualités d'écoute et sa disponibilité être amenée à leur prise en charge au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Elle se doit donc de constituer un maillon du réseau de soin périnatal. Ce réseau est amené à évoluer de manière à s'étendre et se renforcer : le plan de périnatalité est un projet ambitieux, qui ne demande qu'un investissement franc dans un réel travail de collaboration interprofessionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. AINSWORTH, M. D. (1983). L'attachement mère-enfant. *L'enfance* (1-2, 7-18).
2. BECACHE, S. (1995). La maternité et son désir. *Cahier de la maternité -La maternité aujourd'hui-* (4).
3. BENOIT, G. (1993). Figures de naissance, figures de vie - validité de la notion de dépression du post-partum. *Cahiers de maternologie -le post-partum-* (2), pp. 43-45.
4. BERGERET, J., & HOUSER, C. (2004). *Le fœtus dans notre inconscient*. Paris: Dunod.
5. BERRY-BRAZELTON, T., & CRAMER, B. (1991). *Les premiers liens : l'attachement parents/bébé, vu par un pédiatre et un psychiatre*. Paris: Livre de Poche.
6. BOWLBY, J. (1989). La théorie de l'attachement. Dans F. W.-H. S. LEBOVICI, *Psychopathologie du bébé* (p. 877). Paris: PUF.
7. BUN, C., GILBERT, V., & JOUINOT, P. (2003). *La Périnatalité*. Paris: Breal.
8. BYDLOWSKI, M. (1989). Désir d'enfant, désir de grossesse, évolution des pratiques de procréation. In *Psychopathologie du bébé*. Paris: PUF.
9. BYDLOWSKI, M. (2006). *La dette de vie itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: PUF.
10. COLL, C. B. (2003). *La périnatalité*. Breal.
11. CRAMER, B. (2002). Les dépressions du post-partum, une pathologie de la préoccupation maternelle primaire. *Devenir*, 14 (2), pp. 89-99.
12. CYRULNIK, C. (1993). *Sous le signe du lien, une histoire naturelle de l'attachement*. Hachette.
13. D'ALLONE, C. R. (1995). Le désir d'enfant en question. *Cahier de maternologie -La maternité aujourd'hui-* (4).
14. DELASSUS, J.-M. (2007). *Devenir mère*. Paris: Dunod.
15. DELASSUS, J.-M. (2007). *Le sens de la maternité* (éd. 3ème). Paris: Dunod.
16. DELASSUS, J.-M. (s.d.). L'effondrement maternel. *Cahier de maternologie* (25).

17. FLORENTIN, M. (2001). L'échographie, sa responsabilité dans les représentations maternelles du fœtus et les interactions précoces pendant la grossesse,. *Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage-femme* . Ecole de Lyon.
18. FRANCILLION, F. (2007). Vocation sage-femme (57)
19. FRAIBERG, S. (1999). *Fantômes dans la chambre d'enfants*. Paris: PUF.
20. GUEDENEY A, M. A. (2007). Risques développementaux chez le nourrisson de la naissance à 18 mois. (20), pp. 147-161.
21. GUEDENEY A., A. J.-F. (2001). *Interventions psychologiques en périnatalité*. Paris: Masson.
22. KLEIN, M. (1990, Juin 2). En observant le comportement des nourrissons. *Devenir-revue européenne du développement de l'enfant-* (2), pp. 96-101.
23. LAMOUR, M. (1998). *Souffrance autour du berceau*. Paris: Gaëtan Morin.
24. L'apprentissage de la maternité. (1996). *Infirmière magazine* (spécial numéro 100).
25. LÉBOVICI, S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*. Paris: Le Centurion.
26. LUSSIER V., D. H.-F., F., B. (1993). Préoccupations actuelles face à la maternité : observation clinique de 412 femmes québécoises. *Cahiers de maternologie -le post partum-* , pp. 22-28.
27. MAIN, M. (1998). De l'attachement à la psychopathologie. *Enfance* , pp. 13-27.
28. MAIN, M. (1998). Discours, prédiction et études récentes sur l'attachement : implications pour la psychanalyse. Dans BRACONNIER A., & S. J. (Eds), *Le bébé et les interactions précoces* (pp. 91-127). Paris: PUF.
29. MARCELLI, D. (1999). *Enfance et psychopathologie* (éd. 6 ème). Paris: Masson.
30. MAZET, P., & STOLERU, S. (2003). *Développement et interactions précoces psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant* (éd. 2ème). Paris: Masson.
31. NGUYEN, J.-M. (2005). Les effets de la dépression gravidique sur le fœtus et sur le nouveau-né. *Thèse de médecine*. Nancy.
32. PERRENET-SERRURIER, C. (1993). Maternité et modernité. *Cahier de Maternologie-le post-partum-* (2), pp. 29-32.

33. PIERREHUMBERT B., M. d. (1999). Théorie de l'attachement et de la parentalité. Dans D. M, *Devenir père, devenir mère. Naissance et parentalité* (p. 168). Toulouse: Eres.
34. PROST, A., LAMIDE F. (2006). Ces grossesses silencieuses. in mémoire de sage-femme. école de Liege
35. RAPHAEL-LEFF, J. (2002). *Psychothérapie périnatale*. (Candilis-Huismand, Trad.) Paris: ESF.
36. RIGHETTI, P.-L. (2000). La vie psychique et émotionnelle du fœtus. *Les recherches de Carnet/Psy*, p. 1 à 7.
37. SCHMITT, C. (promotion : 1993-1997). La sage-femme et la maternologie. *Ecole de sage-femme*, (pp. 68-78). Nancy.
38. VALORS, M.-H. D. (2000). Le versant psychique de la grossesse. *Les Dossiers de l'Obstetrique* (287), p. 30 à 37.
39. WINNICOTT, W. D. (1991). La haine dans le contre transfert. Dans W. D. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Payot.

TABLE DES MATIERES

Sommaire	3
Préface	5
Introduction	6
Partie 1	8
1. Aspects socioculturels de la Maternité	9
2. Cheminement psychique aboutissant à la relation mère-enfant	13
2.1. Le désir d'enfant et ses aléas.....	13
2.1.1. Distinction désir de grossesse et d'enfant	13
2.1.2. Genèse du désir d'enfant.....	13
2.1.3. Les représentations de l'enfant.....	14
2.1.4. Désir pour l'enfant	15
2.1.5. L'ambivalence.....	15
2.1.6. Dette de vie	16
2.2. Processus de « maternalité »	17
2.2.1. Une nouvelle identité	18
2.2.2. La grossesse, un état de transparence psychique	18
2.2.3. L'ombre de la mère et héritage transgénérationnel.....	20
2.2.4. La préoccupation maternelle primaire	21
2.3. Les interactions précoces mère-fœtus	22
2.4. Interactions précoces mère-enfants en post-partum.....	24
2.4.1. Mécanismes mis en jeu par la mère	24
2.4.2. Mécanismes mis en jeu par le nourrisson	25
a. Le comportement d'attachement.....	25
b. Les compétences sensorielles et sociales du nouveau-né impliquées dans l'interaction	28
2.4.3. L'espace d'une rencontre	30
a. La dyade mère-enfant.....	30
b. La tryade	35
3. Quand la Maternité tombe en panne et en peine...	36
3.1. Le sens de la difficulté maternelle	36
3.1.1. Définition	36
3.1.2. Une souffrance muette aux multiples visages.....	37
3.1.3. Un cercle vicieux.....	38
3.1.4. Une épreuve narcissique au quotidien.....	39
3.1.5. Mais tout n'est pas difficulté.....	39
3.2. Epidémiologie	39
3.3. Les signes maternels	40
3.4. L'enfant comme témoin de la difficulté maternelle.....	43
3.4.1. La naissance psychique de l'enfant.....	43
3.4.2. Fabrication du bébé malade et maternité soignante	44
3.4.3. Les appels du bébé	45
3.5. Les masques de la difficulté maternelle	45
3.6. La question de la dépression postnatale	46

3.7.	Conséquences : des mères et enfants en danger potentiel.....	47
3.7.1.	Pour l'enfant.....	47
3.7.2.	Pour la mère	47
Partie 2	.....	49
1.	Méthodologie et objectifs	50
2.	Cas clinique	52
2.1.	Chronique d'une souffrance.....	52
2.2.	Analyse.....	56
2.2.1.	Vécu de la grossesse.....	56
2.2.2.	Vécu de l'accouchement	57
2.2.3.	En suite de couche.....	58
2.2.4.	Le retour à la maison.....	58
2.3.	Discussion	61
2.3.1.	Autour de Mme A.	61
2.3.2.	Autour de la méthodologie.....	64
a.	Un cas clinique unique	64
b.	Les limites	64
c.	Avantages.....	65
Partie 3	.....	67
1.	Aspect préventif	68
1.1.	Les signes à repérer.....	68
1.2.	En suites de couche	70
1.2.1.	Attitude de la sage-femme	70
1.2.2.	L'effet pervers de l'information : quand le baby blues sonne faux... ..	72
1.3.	L'importance d'un travail en réseau	73
2.	Les perspectives	75
2.1.	L'importance d'un travail en partenariat face aux sorties précoces.....	75
2.2.	La consultation postnatale.....	78
2.3.	L'intérêt des groupes de paroles	79
3.	Les associations	82
Conclusion	.....	84
Bibliographie	.....	85
TABLE DES MATIERES	.....	88
Annexe 1	.....	90

ANNEXE 1

Les états de vigilance du nouveau-né ont été décrits par LEBOVICI [34]:

L'état 1 : sommeil profond, yeux fermés, aucun mouvement oculaire ; respiration régulière; pas d'activité motrice, excepté des mouvements fins et brusques des doigts, des lèvres, des paupières ; visage immobile, pas de grimaces ni de mouvements buccaux ; la peau est rosée, le tonus musculaire est relâché.

L'état 2 : sommeil léger, paupières fermées, mouvements oculaires rapides survenant par bouffées, que l'on peut distinguer facilement sous les paupières ; respirations irrégulières et plus rapides ; de temps à autres quelques mouvements des membres ou bien du corps tout entier ; mouvements faciaux de type grimaces, sourires, froncements des sourcils, mouvements bucco-labiaux intermittents; tonus musculaire plus élevé ; la peau est rosée et rougit par intermittence.

L'état 3 : le nourrisson paraît somnolent, les paupières pouvant être ouvertes ou fermées; quand les paupières sont ouvertes, les yeux ont un aspect vitreux, ils ne fixent aucun objet; souvent elles papillonnent ou sont mi-closes; activité motrice faible, intermédiaire entre celle de l'état 1 et de l'état 2. La respiration est le plus souvent régulière.

L'état 4: le nourrisson a les yeux grand ouverts, brillants; il semble attentif à son environnement; il paraît s'intéresser à ce et/ou ceux qui l'entourent, son activité motrice est suspendue, la respiration est le plus souvent régulière; le visage est immobile, sans grimace. Les yeux parfois décrivent des mouvements conjugués dans différentes directions.

L'état 5 : le nouveau-né est éveillé, a une importante activité motrice généralisée ; les membres, le tronc, la tête sont en mouvement; il peut parfois geindre, grogner, ou ébaucher des cris. Le visage peut être détendu ou grimaçant. Les yeux sont ouverts, mais moins brillants que dans l'état 4; la peau rougit par intermittence, quand le nouveau-né s'agite; respiration très irrégulière.

L'état 6: le nourrisson pleure et crie vigoureusement. Activité motrice diffuse. Visage grimaçant et rouge. Yeux fermés Dans quelques cas, des larmes peuvent être remarquées.

Directeur de mémoire (guidant) : M. NADJAFIZADEH
Expert : M.DANGANA (sage-femme PMI)

RESUME

Dans une société où la maternité est socialement valorisée, les techniques de procréation, la modification de la structure familiale et des modalités de parentalité, comme la mutation des valeurs ont fortement influé sur le sens de la maternité. A travers le témoignage d'une jeune femme, nous avons voulu montrer que la maternité peut être source d'aléas émotionnels et psychiques, pouvant être à l'origine de difficultés. Devenir mère est un voyage intérieur, qui mène à l'intime des mères, une construction psychique qui n'est pas du à un quelconque instinct ou programme génétique.

La fréquence des difficultés maternelles est loin d'être négligeable : au moins 10% des femmes qui viennent d'accoucher sont en souffrance.

La sage-femme peut rencontrer dans l'exercice de ses fonctions, des mères dont la relation précoce avec leur enfant est perturbée. Elle peut donc avoir la charge de dépister ces mères en détresse, à les orienter et peut par ses qualités d'écoute et sa disponibilité être amenée à leur prise en charge au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Elle se doit donc de constituer un maillon du réseau de soin périnatal.

SUMMARY

In a society where the image of the mother is socially improved, the technical procreation, the modification of familial structure and the parental mode, such as value mutation, have highly influenced the way maternity is considered.

Thank to the story experience of a woman, we wanted to show motherhood could give rise to emotional and psychic troubles, causing difficulties. To become a mother is an inner travel, which leads to intimate mother, a psychic construction, which is not link to any instinct or genetic program.

Difficulties mothers to be encounter is far from being insignificant: almost 10% of the women who have just gave birth, are suffering.

The midwife can meet mothers who have difficulties with their precocious relationships with her child. She can also have the responsibility to detect these mothers in distress, to help them and with her ability to listen and availability, she's able to take care of them in a multidisciplinary team. She has to be a link in the chain of perinatal network.

MOTS CLES

Relation mère-enfant / parentalité / périnatalité / prévention / psychologie /
Maternologie