

**Chapitre paru dans DELION P., (dir.), (2001),
Le bébé et ses institutions, Érès**

Le Bébé, la maternité et la prévention Sylvain Missonnier

« Mais un bébé, cela n'existe pas. ».

Winnicott D.W., (1952), L'angoisse associée à l'insécurité in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1980

Ouvrez l'œil chez votre marchand de journaux : le nombre, le contenu et le succès des revues centrées sur le bébé témoignent d'une soif parentale croissante d'informations médiatiques sur la naissance de la vie et l'accueil du petit d'homme. Psychologue en maternité, mon quotidien illustre combien cette actuelle surenchère multimédia (revues, livres, émissions de télévision, films, cd-rom, sites Internet...) reflète parfois la richesse de l'anticipation préventive spontanée des parents mais aussi, très souvent, leur vertige face à la création de la vie et la rencontre du nouveau-né. C'est cette partition de *créativité* et de *vulnérabilité* dans l'institution maternité que je vais tenter d'interpréter en suivant le fil rouge de la prévention des troubles de la parentalité et des dysharmonies relationnelles précoces.

De fait, les stratégies de santé publique d'une société étatisée pour devancer et accompagner les risques bio-psychiques des périodes charnières de la vie de ses membres sont révélatrices de sa maturité politique. Or, parmi ces marqueurs, le sens et le contenu des mesures prises en faveur de la prévention des souffrances inhérentes au « devenir parent » et au « naître humain » sont des emblèmes singulièrement subtils.

Corne d'abondance trônant au firmament de l'étalage culturel, la maternité enfante autant d'ombre que de lumière. Entre la vitrine céleste de ce temple moderne de la fécondité et la triviale arrière boutique de ses drames quotidiens (fausses couches, mort fœtale, révélations d'anomalies, grossesses pathologiques, accidents périnataux, séparation néonatale mère/bébé, annonce de handicap, violences institutionnelles, détresse sociale, psychique...), le contraste est parfois abyssal.

Il en est de même avec le discours préventif qui prête le flanc à la manipulation de l'idéaliste (la prévention va éradiquer tous les maux) et du pessimiste (les chats ne font pas des chiens). Entre l'utopie de la totale maîtrise de la nature et le fatalisme de la répétition maléfique à travers les générations, l'élan créateur de la maternité et de la prévention expriment fidèlement l'alliage humain d'Eros et Thanatos.

Dans cet espace éthiquement fragile, je souhaiterais défendre ici une prévention « tout venant » à la maternité à l'égard d'une population que notre culture occidentale considère justement comme "normale". En m'écartant en apparence de

la prévention des grands classiques de la psychopathologie périnatale¹, j'espère mettre en exergue l'amplitude des variations psychologiques en présence et la relativité de cette norme. Force est de constater en effet combien cette "normalité" idéologique recouvre chez tous les acteurs en présence -parents, famille, foetus/bébé, soignants- le meilleur comme le pire. Ce constat, éloigné de la maternité nécessairement heureuse des publicités qui nous entourent, risque de surprendre. Pourtant, c'est au prix de cette acuité dérangeante qu'une prévention au carrefour de la prévention primaire (réduire l'incidence des signes de souffrance en santé mentale périnatale) et de la prévention secondaire (en diminuer la prévalence) pourra s'engager à la maternité.

La maternité en l'an 2000

Au crépuscule d'un siècle marqué par le triomphe de la médicalisation synonyme, en France, de baisse de la mortalité maternelle et infantile, de transfert de la naissance en milieu médical et de protection sociale accrue, nous sommes désormais dans une période de mutation du fonctionnement familial.

D'un coté, la modifications des liens conjugaux, l'inflation des familles recomposées, les variations du droit familial, de la filiation et de l'autre, la chute de la natalité, l'espacement des naissances, la fréquence des maternités tardives, l'abondance des procréations médicalement assistées sont autant de facettes de la partie émergée de l'iceberg d'une relative désinstitutionnalisation de la famille classique.

Cette dynamique nouvelle s'inscrit plus globalement dans une transformation sociale en cours où le glissement du pouvoir de la famille et du religieux au profit de la médecine entraîne une distension des anciens réseaux communautaires et affecte l'efficacité symbolique des rituels de passage coutumiers de la naissance et de la filiation. Dans cette période de métamorphose de la croyance et des rites sociaux, un des maillons qui risque d'être le plus fragilisé, c'est l'établissement de l'identité de parent.

Etablir une stratégie préventive à la maternité, c'est donc d'abord s'interroger sur les conditions d'existence d'une réciprocité symbolique des rituels séculiers proposés par l'institution. Le suivi médical de la grossesse, l'accouchement et le *post-partum* sont ils des organisateurs psychiques du processus de parentalité ? Sont ils des rituels de passage qui permettent d'affronter –individuellement et collectivement– la violence propre à la traversée de cette marge de la naissance ? Les procédures coutumières à la maternité sont elles l'objet d'un authentique consentement *mutuellement* éclairé, gage d'efficacité symbolique ?

Parentalité et grossesse

Le terme de parentalité englobe la synergie de deux processus : celui d'un devenir mère et d'un devenir père. Ces devenirs correspondent à une longue évolution en pelure d'oignon qui traverse l'enfance et l'adolescence. La parentalité peut se concevoir comme un processus à "double hélice" bio-psychique. Mais en

¹Missonnier S., Les enjeux psychologiques et psychopathologiques du post-partum in Mimoun S., *Traité de de gynécologie-Obstétrique psychosomatique*, Paris, Flammarion, 1999

accord avec ma boussole psychanalytique, la parentalité correspond avant tout au franchissement d'étapes intergénérationnelles, dont "le programme conscient est toujours infiltré de traits inconscients qui vont faire retour dans cet étranger familial : l'enfant."². Cette infiltration se cristallise pendant la période périnatale.

On décrit en ce sens, chez la femme enceinte, sa « transparence psychique »³. Métaphoriquement, je parle de fonctionnement psychique "placentaire" pour bien mettre en exergue sa finalité : la gestation des fonctions maternelles de contenance et d'interface à l'égard de l'enfant en devenir. Pendant la grossesse, le fœtus, essentiellement les premiers mois, sera une extension psychosomatique maternelle. Du degré de maturation objectale en prénatal de cet enfant narcissique, dépendra notamment l'empathie maternelle en postnatal à l'égard du nouveau-né.

Ce processus mental spécifique de "transparence psychique" maternelle se caractérise par une grande perméabilité aux représentations inconscientes, d'une certaine levée du refoulement coutumier. Les souvenirs enfouis affluent avec une censure psychique moindre. D'une part la névrose infantile fait retour (et sa révision adolescente) et, d'autre part, des reviviscences plus anciennes encore (des angoisses archaïques précœdipiennes), affleurent à la conscience. Globalement, la période prénatale s'affirme comme une mise à l'épreuve des fondations identificatoires et, à ce titre, c'est un lieu privilégié de résurgences des traumatismes. La maturité cicatricielle de ces éventuelles blessures sera reflétée par le degré de tolérance maternelle aux mutations somato-psychiques inhérentes à la maternité, aux images échographiques⁴, aux interactions fœto-maternelles et par ses réactions face aux éventuelles complications.

Le paradigme d'une conflictualité de la parentalité mise en relief dans la période prénatale décrite chez la femme est aussi valide, dans un registre singulier à la même période, pour le géniteur. Le père est désormais décrit comme un homme à sa façon "enceint". Il traverse durant cette période, une phase de réaménagement bio-psychique qui questionne son histoire individuelle et intergénérationnelle. Mais ce sont aussi bien sur tous les acteurs principaux de l'environnement parental – grands-parents, fratrie, proches...– qui rencontrent simultanément une phase de réaménagement propre durant toute la période prénatale.

La naissance est donc avant tout un passage d'un état à un autre, une modification radicale, un bouleversement mais d'une vie déjà en cours tant pour la mère, l'enfant que pour le père et la famille. Entre rupture et continuité, il existe, pour chacun un point d'équilibre entre catastrophe naturelle d'une impossible prévention spontanée et anticipation adaptative à l'accouchement et à la confrontation au nouveau-né.

Aussi, le défi majeur d'une prévention institutionnelle « tout venant » des signes de vulnérabilité parentale et des dysharmonies interactives précoces à l'occasion du suivi de grossesse (consultations obstétricales, échographies, groupe de préparation à la naissance), c'est d'abord l'accueil bienveillant du questionnement

²Bydlowski M., Devenir mère in *Gynécologie et psychosomatique* N°1, Edition Performance médicale, 1991

³Bydlowski M., La transparence psychique in *Etudes Freudiennes*, N° 32, novembre 1991

⁴Soulé M., Gourand L., Missonnier S., Soubieux M.J., *L'échographie de la grossesse : les enjeux de la relation*, Éres, Star film, 1999

parental. Or trop souvent, les légitimes et souhaitables angoisses anticipatrices (angoisses signal) sont *a priori* perçus par les soignants comme des angoisses pathologiques (angoisses automatiques). Ignorées, objet d'un racisme ordinaire ou psychiatisées, ces marques de prévention parentale trouvent comme principal obstacle à leur maturation les mécanismes de défense de fermeture des professionnels eux-mêmes⁵.

Parentalité et naissance

La relation qui s'établit, sous le regard du père, entre la mère et le nouveau-né dès l'accouchement est fortement empreinte de cette "grossesse psychique" et de ses scénarios conscients et inconscients. La parturiente voit son bébé la regarder et l'intimer à être mère. Désormais, ce qui était virtuel, même dans le contexte sensoriellement objectif des interactions fœto-maternelles, se trouve actualisé dans un bébé à l'extérieur du corps maternel, clamant brutalement sa dépendance aux soins.

La naissance à terme dans de bonnes conditions d'un bébé "bien portant" est censée être une fête mais c'est aussi un lieu de violence. La naissance représente pour la mère un deuil de la plénitude de la grossesse, de la relation fusionnelle avec l'enfant du dedans, de l'enfant imaginé et, pour la primipare, du statut de fille (de la mère devenue grand-mère) et d'épouse, seule élue du conjoint. En filigrane de l'accouchement de l'enfant roi, l'ombre de la tyrannie de sa soucieuse intendance accentue son inquiétante étrangeté.

a) *Le paradigme du post-partum blues (PPB)*

Longtemps bien connu des seuls accoucheurs, sages-femmes et puéricultrices, d'une majorité de mères et... des bébés, le PPB mérite une place de choix dans notre plaidoyer en faveur d'un accompagnement préventif des souffrances périnatales banalisées au nom de leur « normalité ». De plus, avec le raccourcissement de la durée d'hospitalisation après l'accouchement (avec un retour à la maison qui correspond souvent au pic du PPB) et l'aménagement de soins ambulatoires à domicile, le débat est d'actualité.

Les symptômes principaux du *blues* maternel⁶ sont les pleurs, la labilité émotionnelle, l'élation, le sentiment de confusion, et l'irritabilité. La fatigue, l'insomnie, l'anorexie, l'anxiété à l'égard du bébé (souvent un sentiment transitoire d'incompétence maternelle liée à l'apprentissage -ou au réapprentissage- du nourrissage, des soins du bébé et en particulier s'il est "difficile"), l'hostilité à l'égard de l'entourage, l'indifférence, un sentiment de dépersonnalisation sont aussi fréquemment constatés.

Le PPB peut durer de quelques heures à quelques jours et apparaît le plus souvent entre le troisième et le cinquième jour. Cette sémiologie peut facilement passer inaperçue et *a fortiori* quand elle survient dans un contexte périnatal en apparence favorable.

⁵ Missonnier S., Eloge de l'angoisse in *Grossesse et naissance : le passage*, Eres, 1997

⁶ Guedeney A. , Bungerer C. , Widlocher D. , Le post-partum blues : une revue critique de la littérature in *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVI, 1, 1993, p. 329-354

Les équipes sensibles aux avatars de cette vulnérabilité témoignent de sa réversibilité dans la mesure où un accompagnement contenant et chaleureux sera promptement apporté à la dyade par ses interlocuteurs familiaux et par des soignants vigilants au contexte. Dans cette perspective, une attention privilégiée sera réservée par les professionnels à l'accordage entre la parturiente et son nouveau-né, son conjoint ainsi qu'à l'égard de tous ceux qui peuvent jouer un rôle de soutien face à la détresse maternelle.

Une étude⁷ n'a pas permis de conclure à un PPB "précurseur" de la dépression postnatale mais aboutit à l'idée que "l'apparition et l'intensité du blues sont des facteurs importants à prendre en compte, dès le séjour à la maternité pour le dépistage de la dépression ultérieure". Les situations de suites de couches pathologiques, de révélation de pathologie chez le bébé, de soins en néonatalogie (en particulier si elles entraînent une séparation précoce), de précarité psychosociale viendront surdéterminer considérablement l'évolution d'un PPB.

b) La « continuité d'être » du bébé

De son côté, le nouveau-né va bénéficier de l'hypersensibilité parentale pour donner libre cours immédiate dans un style unique à ses compétences cognitives et sa soif relationnelle. Il n'est plus aujourd'hui perçu comme prisonnier d'un état autistique initial mais bien doté, d'emblée, d'un soi émergent qui lui dicte d'être pleinement acteur. L'accordage parent/enfant, en se complexifiant jusqu'à des partitions orchestrales complexes, met bien en exergue l'efficacité du bébé à s'inscrire dans la réciprocité.

Face à l'enfant, les parents jouent un rôle éminent dans la maintenance de son homéostasie souvent débordée par des afflux internes et externes dépassant ses capacités. Dans la progressive empathie parentale, synonyme de décodage et de valorisation des signaux de l'enfant, s'enracine l'ajustement comportemental, affectif et fantasmatique, préforme de la réciprocité symbolique et du langage. C'est certainement ce que Winnicott⁸ nomme chez le bébé sa "continuité d'être" qui s'impose comme la condition *sine qua non* de son accordage avec son environnement. Un nid "suffisamment bon" permettra au nourrisson de conquérir cette permanence.

Dans la majorité des situations où l'accouchement se passe comme prévu et où le bébé est en bonne santé, des soins attentifs et chaleureux de suites de couche et de puériculture permettent de vérifier la plasticité adaptative de la famille. Adaptés à chaque situation, évolutifs, analysés et formalisés collégialement, ces soins constituent la meilleure trame préventive. L'enfant imaginé par les parents, sur la base de leurs propres conflits avec les grands-parents est suffisamment souple pour négocier l'épreuve de la réalité.

Avec une fréquence qui légitime notre attention, un accompagnement psychologique se justifiera quand la confrontation à l'enfant met en scène des conflits intergénérationnels non résolus. Dans ce cas, l'objectif préventif sera double : d'un côté, lever cette concession identificatrice aliénante avant que le nouveau-né les

⁷Fossey L. , Le "blues" du post-partum, un syndrome clinique précurseur de la dépression post-natale in *Gynécologie et psychosomatique*, N° 15, Edition Performance médicale, 1996

⁸Winnicott D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1969

fasse sienne à travers des routines relationnelles symptomatiques ; de l'autre, libérer la mère, le père de leur répétition aliénante toxique pour eux-mêmes et le devenir familial.

À la maternité, une attention périnatale partagée

La condition première d'une telle prévention en post-partum, c'est d'être envisagée, par l'ensemble des professionnels, comme un projet indissociable d'une action plus large : l'accompagnement périnatal de la parentalité. Face à la mère, au père, au nouveau-né, le postnatal gagne à être cliniquement appréhendé à la lumière de la période prénatale et plus généralement de l'histoire individuelle, conjugale, familiale, intergénérationnelle. Cette anamnèse périnatale cernerait la personne dans sa globalité au prix du dépassement de clivages dogmatiques chez les soignants : psyché/soma, "normal"/pathologique, gynécologue-obstétricien/pédiatres, soignants du prénatal/ soignants du postnatal...

La pluridisciplinarité -parfois dans sa féconde conflictualité- est certainement d'un dynamisme très sûr pour s'engager dans cette voie de la continuité périnatale. La collaboration "somaticiens"/"psy" dans les équipes (mais aussi en libéral) offre une promesse d'unité si elle matérialise une orientation préventive commune. Cette collaboration ne signifie nullement sous-traitance aux "psy" de la part des "somaticiens" de tout ce qui touche au relationnel, à l'affectif et au traumatique. *A contrario*, cet axe préventif révélera sa fertilité s'il est un dénominateur commun que chacun occupera avec un éclairage singulier, reflet de sa formation, de son histoire.

De l'investissement partagé de cette diagonale, naîtra d'abord et surtout une collaboration indirecte avec le « psy ». Les conversations de couloir, les échanges au staff, aux transmissions, aux réunions (type groupe Balint) seront la base de la métabolisation quotidienne des ondes de choc de la vulnérabilité en présence. En proposant, sans l'imposer, une interrogation plus ou moins formalisée sur le vécu des soignants, ce partage pluridisciplinaire permet d'y mettre du sens et de lutter contre l'inertie opératoire défensive du dualisme corps/esprit que le scientisme ambiant et des formations biaisées alimentent. De fait, la prise de conscience, toujours à reconquérir, de l'unité interactive du "système" soigné/soignant est assurément le substrat fondateur de l'efficacité de la fonction de "contenance" des professionnels. Plus le trouble en présence sera discret et inscrit au cœur de la relation interpersonnelle chez les soignés, plus la perception par les soignants de cette interaction sera déterminante.

Les interventions directes du "psy" auprès des familles ne viendront pas se substituer ou sanctionner l'échec des soins entrepris. Elles s'inscriront en continuité avec une réflexion pluridisciplinaire en amont qui mérite souvent d'être évoquée explicitement aux parents et au bébé par les soignants, pour préparer la médiation. L'action directe du "psy" sera donc inaugurée par une riche moisson d'informations auprès de professionnels sensibilisés à la psychologie et à la psychopathologie périnatales de la parentalité. En retour, l'action directe de ce spécialiste prendra, comme pour ses collègues, sa place en relation constante avec le projet commun du service. Cette réciprocité sur le terrain est probablement un plaidoyer plus dynamique en faveur d'une approche préventive que bien des pétitions de principe. En ce sens, la mobilisation d'un service autour d'une recherche-action paraît très

fructueuse et en particulier si elle vient mettre en évidence la potentialité préventive des troubles de la parentalité dans le cadre des soins coutumiers.

Vers un accompagnement préventif « tout venant »

Les signes de souffrance « ordinaires » à la maternité risquent d'être ignorés ou banalisés et d'évoluer souterrainement : la récurrence, encore sous estimée, des dépressions postnatales, des dysharmonies relationnelles familiales, des troubles psychosomatiques du nourrisson⁹ démontre cet aveuglement culturel. Dénonçant le mirage d'une « normalité » médicale conformiste, la prévention primaire à la maternité se justifie par la très grande variabilité individuelle de la nature, du contenu et de la chronologie de la maturation anticipatrice parentale du bébé. En réponse aux singularités de cette prévention parentale spontanée, la prévention institutionnelle tentera d'être « sur mesure ». Elle s'inscrira dans une filiation humaniste en proposant une trame rituelle favorisant la reconnaissance, l'accueil partagé et la mise en sens des ondes de choc de ce passage périlleux.

Indissociable d'une sensibilisation et d'une implication des professionnels concernés (membres des équipes de maternité, de pédiatrie, de lieux d'accueil, médecins de ville...) et de la société dans son ensemble, cette prévention « tout venant » ne se réalisera qu'en réseau. Fort de cette alliance thérapeutique, nous (professionnels du périnatal) ne pouvons pas attendre des autorités politiques qu'elles nous consultent ; c'est à nous de dénoncer les situations à risques et de défendre des actions innovantes. Sans jamais perdre de vue l'infime frontière entre attitude thérapeutique contenant et attitude suspicieuse qui favorise l'éclosion ou la rigidification de ce qu'elle prétend combattre, souhaitons que la prise de conscience des potentiels structurants et déstabilisants des parents et du bébé, stimule notre créativité de soignants.

Sylvain Missonnier
Maître de Conférences en Psychologie à Paris X Nanterre
Attaché à la maternité de Versailles-Le Chesnay
8 Avenue JB Clément
92100 Boulogne
<http://www.carnetpsy.com>

- [1] Missonnier S., Les enjeux psychologiques et psychopathologiques du post-partum in Mimoun S., *Traité de gynécologie-Obstétrique psychosomatique*, Paris, Flammarion, 1999
[2] Bydlowski M., Devenir mère in *Gynécologie et psychosomatique* N°1, Edition Performance médicale, 1991
[3] Bydlowski M., La transparence psychique in *Etudes Freudiennes*, N° 32, novembre 1991
[4] Soulé M., Gourand L., Missonnier S., Soubieux M.J., *L'échographie de la grossesse : les enjeux de la relation*, Éres, Star film, 1999
[5] Missonnier S., Eloge de l'angoisse in *Grossesse et naissance : le passage*, Eres, 1997
[6] Guedeney A., Bungere C., Widlocher D., Le post-partum blues : une revue critique de la littérature in *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVI, 1, 1993, p. 329-354
[7] Fossey L., Le "blues" du post-partum, un syndrome clinique précurseur de la dépression post-natale in *Gynécologie et psychosomatique*, N° 15, Edition Performance médicale, 1996
[8] Winnicott D.W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1969
[9] Missonnier S., Boige N., "Je régurgite, donc je suis" Vers une approche psychosomatique du reflux gastro-oesophagien du nourrisson (RGO) in *Devenir*, Vol.11, n°3, 1999, p. 51-84

⁹ Missonnier S., Boige N., "Je régurgite, donc je suis" Vers une approche psychosomatique du reflux gastro-oesophagien du nourrisson (RGO) in *Devenir*, Vol.11, n°3, 1999, p. 51-84