

UNIVERSITE DE LIMOGES
Faculté de Médecine



ANNEE 1993

B-U LIMOGES SANTE



THESE n°

449/1

**LORSQUE LES FEES
NE SONT PAS AU RENDEZ-VOUS
Observations d'enfants nouveau-nés
hospitalisés en unité de néonatalogie**

T H E S E

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 1^{er} Octobre 1993

par

Florence THOMAS

épouse JOUPPE

née le 7 Mars 1963 à Viroflay (Yvelines)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur GAROUX	PRESIDENT
Monsieur le Professeur BOULESTEIX	JUGE
Monsieur le Professeur BOUQUIER	JUGE
Monsieur le Professeur LEGER	JUGE
Madame le Docteur BOURRAT	MEMBRE INVITE
Monsieur le Docteur RONAYETTE	MEMBRE INVITE

Exp 3

Silil

UNIVERSITE DE LIMOGES
Faculté de Médecine



ANNEE 1993

THESE n° 449

**LORSQUE LES FEES
NE SONT PAS AU RENDEZ-VOUS**
**Observations d'enfants nouveau-nés
hospitalisés en unité de néonatalogie**

T H E S E

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 1^{er} Octobre 1993

par

Florence THOMAS

épouse JOUPPE

née le 7 Mars 1963 à Viroflay (Yvelines)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur GAROUX	PRESIDENT
Monsieur le Professeur BOULESTEIX	JUGE
Monsieur le Professeur BOUQUIER	JUGE
Monsieur le Professeur LEGER	JUGE
Madame le Docteur BOURRAT	MEMBRE INVITE
Monsieur le Docteur RONAYETTE	MEMBRE INVITE

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD
ASSESEURS : Monsieur le Professeur PIVA
Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT

* PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ADENIS Jean-Paul	Ophtalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie infantile
ALDIGIER Jean-Claude	Néphrologie
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
BAUDET Jean	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BOUTROS-TONI Fernand	Biostatistique et informatique médicale
BRETON Jean- Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de chirurgie digestive
DARDE Marie-Laure	Parasitologie
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPROGES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUPUY Jean-Paul	Radiologie et Imagerie Médicale
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAINANT Alain	Chirurgie digestive
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
HUGON Jacques	Histologie, Embryologie, Cytogénétique

LABADIE Michel	Biochimie et Biologie moléculaire
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle
LASKAR Marc	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'adultes
LEROUX-ROBERT Claude	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique Médicale A
LOUBET René	Anatomie pathologique
MALINVAUD Gilbert	Hématologie et Transfusion
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
MOULIES Dominique	Chirurgie infantile
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et Cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude	Chirurgie orthopédique et Traumatologique
PERDRISOT Rémy	Biophysique et traitement de l'image
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépto-Gastro-Entérologie
PIVA Claude	Médecine légale
PRALORAN Vincent	Hématologie et transfusion
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie et Biologie moléculaire
ROUSSEAU Jacques	Radiologie et Imagerie Médicale
SAUTEREAU Denis	Hépto-Gastro-Entérologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie-Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VALLEIX Denis	Anatomie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique et Traitement de l'image
WEINBRECK Pierre	Maladies infectieuses

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

A Patrice,

pour ce qu'il est,

A Emmanuel, Antoine, Pierre-Olivier,

pour ce qu'ils sont,

avec l'amour infini que je leur porte.

A mes parents,

dont l'amour toujours constant, le soutien permanent au cours de nos études, ont permis que ce travail voit le jour.

Que cette thèse soit pour eux un cadeau.

A mes soeurs, Marie-Noëlle et sa famille,
Frédérique,

A mon frère, Hervé,

A mes grands-parents,

A toute ma famille,

avec toute mon affection.

A ma belle-famille, pour son accueil si chaleureux.

A mes amis, pour leur soutien et leur fidèle amitié.

Aux enfants et à leurs familles, qui ont accepté de participer à ce travail.

A Mademoiselle le Docteur M.M. BOURRAT,
Praticien hospitalier,

Tu nous as communiqué ta passion pour la Psychiatrie de l'enfant et surtout du bébé et tu nous y as initiée, nous faisant profiter de ta grande connaissance de ce domaine.

Tu nous as inspiré ce travail et permis, par ton soutien, tes conseils et ta disponibilité, de le mener à bien.

Trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de toute notre estime.

A Monsieur le Docteur D. RONAYETTE,
Praticien hospitalier.

Tu as accepté, avec ta disponibilité coutumière, de participer à la mise en place de ce travail.

Tes grandes qualités humaines sont pour nous un modèle.

Nous t'exprimons ici notre profonde reconnaissance pour ta constante gentillesse à notre égard.

A Monsieur le Professeur BOUQUIER,
Professeur des Universités de Pédiatrie,
Médecin des Hôpitaux,
Chef de service.

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger ce travail.
Nous garderons en mémoire la vitalité et la richesse de votre enseignement.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur BOULESTEIX,
Professeur des Universités de Pédiatrie,
Médecin des Hôpitaux,
Chef de service.

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Vous nous avez toujours accueillie dans votre service, au cours de notre internat, avec une très grande bienveillance.

Nous vous assurons de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Professeur LEGER,
*Professeur des Universités de Psychiatrie d'adultes,
Psychiatre des Hôpitaux,
Chef de service.*

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail.

Etudiante, puis Interne dans votre service, nous avons pu bénéficié de la grande richesse et de la rigueur de votre enseignement.

Nous vous remercions de l'accueil que vous nous avez réservé dans votre service.

Nous vous assurons de notre gratitude et de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur GAROUX,
Professeur des Universités de Pédopsychiatrie,
Psychiatre des Hôpitaux,
Chef de service.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de thèse.

Vous avez guidé nos premiers pas en Pédopsychiatrie, nous accueillant avec une constante bienveillance et une grande disponibilité. Votre érudition et votre compétence forcent notre admiration.

Nous vous remercions de la qualité de votre enseignement.

Nous vous assurons de notre gratitude et de notre profond respect.

PLAN

INTRODUCTION

ASPECTS THEORIQUES

- I - AUTOUR DE LA GROSSESSE
 - A - Désir d'enfant - Désir de grossesse
 - B - Enfant imaginaire, enfant fantasmatique
 - C - Mise en place de la maternalité
- II - APRES L'ACCOUCHEMENT - MISE EN PLACE DES INTERACTIONS
 - A - Accouchement
 - B - Investissement de la mère - Réponse du bébé
- III - LES INTERACTIONS PRECOCES
 - A - Le nouveau-né
 - B - Les trois niveaux d'interaction
- IV - LA NAISSANCE EST PATHOLOGIQUE - NOUVEAU-NE A RISQUES
 - A - Au niveau des parents
 - B - L'enfant
 - C - La relation parents-enfants
- V - L'EQUIPE SOIGNANTE AUTOUR D'UN NOUVEAU-NE A RISQUES ET DE SA FAMILLE
 - A - Evolution
 - B - Difficultés rencontrées
 - C - Perspectives actuelles - Place du psychiatre

OBSERVATIONS D'ENFANTS NOUVEAU-NES HOSPITALISES EN UNITE DE NEONATALOGIE

METHODOLOGIE

LES OBSERVATIONS

- Faustine : le bébé reconnu
- Ariane : le bébé morcelé
- Julien : l'enfant récupéré
- Théo : enfant de remplacement ?
- Les jumelles : Chloé et Audrey

DISCUSSION

CONCLUSION

«J'ai osé faire un jour le commentaire suivant : "un bébé, ça n'existe pas", voulant dire par là que si vous voulez décrire un bébé, vous vous apercevez que vous décrivez un bébé et quelqu'un d'autre. Un bébé ne peut pas exister tout seul ; il fait essentiellement partie d'une relation».

D.W. Winnicott

INTRODUCTION

Lorsque les fées ne sont pas au rendez-vous et que survient une difficulté, avec la naissance d'un "nouveau-né à risques", prématuré ou non, et une séparation néonatale, les premières interactions sont perturbées. De nombreux auteurs ont étudié l'évolution de ces interactions en cas de perturbation initiale, ainsi que la place que pouvaient avoir les différents facteurs (traumatisme, séparation, hospitalisation, histoire personnelle et structure psychique des parents, contexte socio-économique) dans le développement ou non d'une psychopathologie ultérieure.

Le bébé, après avoir été longtemps considéré comme une pâte à "modeler", une cire vierge, sur laquelle les expériences et les événements de la vie imprimaient leur empreinte au fur et à mesure, est maintenant reconnu comme un individu doté d'une compétence et d'une personnalité. Il est ainsi devenu un partenaire actif dans la relation, notamment avec sa mère.

De nombreux travaux ont, depuis, mis l'accent sur l'importance des premières relations, dès la période néonatale, tant pour l'enfant que pour la mère : "de la qualité de cette première relation dépend pour l'enfant la

constitution d'un self authentique, ou, au contraire, d'un sentiment d'insécurité fondamentale." (Carel (25)).

La grossesse représente, pour la mère, un processus, à la fois de régression et d'intégration psychique, l'amenant à devenir capable de s'adapter à son nouveau-né, afin de lui assurer cette continuité de l'existence qui lui est nécessaire. La présence de l'enfant aux côtés de la mère s'avère indispensable : elle constitue une épreuve de réalité effaçant les angoisses propres à l'enfantement et renforce sa confiance en elle, faisant s'accroître ainsi le processus d'attachement. Cette période néonatale apparaît donc comme une phase très sensible, pour les parents comme pour l'enfant.

Dans une étude préliminaire, nous avons essayé de montrer, à partir de cinq monographies longitudinales, de la naissance à 6 mois, la place que pouvait avoir l'évènement séparation ainsi que les mots prononcés à la naissance sur les représentations que ces mères avaient de leur enfant.

ASPECTS THEORIQUES



I - AUTOUR DE LA GROSSESSE :

A - Désir d'enfant - Désir de grossesse :

1 - Désir d'enfant :

Le désir d'enfant est un terme équivoque, renvoyant au moins à deux significations, l'une consciente, l'autre inconsciente (Bydlowski (18, 20)).

Si ce souhait conscient s'inscrit dans un plan de vie en relation avec des idéaux sociaux et familiaux, il est toujours infiltré de significations inconscientes. En fait, malgré ce que les méthodes modernes de contraception tentent d'occulter, la transmission de la vie échappe complètement ou partiellement à ceux qui la transmettent. "Les parents qui donnent la vie sont eux-mêmes porteurs de marques signifiantes qui seront transmises à leur insu, au même titre que le souffle biologique" (18).

"Tout enfant est issu d'une préhistoire, qui est l'histoire de ses géniteurs, elle-même inconsciente, dans le film de la différence des sexes et des générations" (86).

Pour M. Bydlowski, ces signifiants du désir inconscient, transmis à l'enfant à naître, sont divisés de façon un peu artificielle en deux groupes :

- les signifiants corporels : l'inconscient de chacun des parents prend corps dans un espace psycho-corporel neuf : l'enfant à venir
- les signifiants littéraires, immédiatement énonçables dans le champ de la parole : ce sont les lettres qui composent les noms des personnes, les nombres, les dates de naissance et de conception des enfants.

a - Les signifiants corporels :

Freud est peu disert sur le désir d'enfant : il en fait un désir d'obtenir du père le pénis, relayé par celui d'en avoir un enfant. L'enfant devient alors l'erzatz du désir de pénis. Ainsi, dans toute grossesse interviendrait un désir incestueux.

De plus, pour Bydlowski, s'il n'y a pas de désir d'enfant hors de l'inceste, ce désir incestueux se partage entre le père et la fille, avec acuité lors de la première gestation de celle-ci. Elle rapporte en effet (18) que, dans de nombreuses observations, on relève un décès subit du père au cours de la grossesse de sa fille ou l'annonce de celle-ci.

Mais l'oedipe n'est qu'un versant de la maternité, qui s'inscrit aussi sur le versant du même sexe. "En enfantant, une femme rencontre et touche sa propre mère, elle la devient, la prolonge en se différenciant d'elle". En effet, pour Bydlowski, il est nécessaire d'avoir ou d'avoir eu référence à une image maternelle pour enfanter. Pour elle, la clinique en témoigne, de même que les récits mythiques : la présence traditionnelle de femmes (sage-femme ou matrone) auprès des accouchées tente de l'instituer. L'ombre portée de la mère sur son enfant, devenue ou en voie de devenir mère elle-même, constitue cet arrière-plan, réel ou virtuel, sur lequel elle s'appuie par nécessité : celle qui prendra soin de l'enfant si elle-même vient à défailir, la seule femme à qui une mère puisse confier son enfant sans arrière-pensée, est sa propre mère idéalisée. Idéalisation, car souvent on voit s'établir cette confiance alors que d'intenses conflits ont marqué la relation mère-fille jusqu'à cette date.

Il n'y a pas seulement idéalisation de la mère, mais aussi identification : "Conduire une grossesse à terme sous-entend en outre assumer que le miroir narcissique se trouble, que l'image de la jeunesse que jusque là il reflétait se brise pour laisser entrevoir un autre reflet, le reflet identificatoire à la mère vieillissante, l'approche implicite de sa propre mort" (18).

Ainsi, dans ce désir d'enfant, viennent se superposer deux niveaux : l'un d'identification maternelle archaïque, l'autre de réalisation oedipienne. "A la fois, le corps de l'adolescente s'augmente de l'enfant désiré du père et la ressemblance au corps maternel flétri s'accroît" (18).

Pour Beetschen (9) cependant, le désir d'enfant n'est pas pure répétition du désir infantile, même s'il trouve ses racines dans l'enfance. Cet enfant qui va naître est aussi l'enfant d'un autre.

b - Les signifiants littéraux :

Ils ont la particularité de définir l'identité sociale du sujet, et de s'exprimer par des phonèmes ou des chiffres. Ils constituent l'enveloppe sur laquelle se trace l'identité du sujet. Cette identité est illisible pour l'enfant qui en est porteur, éventuellement lisible par ses propres parents, si toutefois les énoncés ne tombaient pas, habituellement, sous le coup du refoulement.

Ces signifiants littéraux ressortent de la prénomination et du calcul qui peut être fait de la date de naissance. De façon spectaculaire, comme le souligne Bydlowski, le terme calculé selon les règles de l'obstétrique est mis au défi par les effets d'une perte qui rattache clairement la naissance à la perte d'une personne aimée ou à une maladie significative.

Par exemple, cette femme, ayant eu un mort-né le 3 septembre, ne veut plus d'enfant et utilise une contraception. Trois ans plus tard, elle a la surprise d'être enceinte et son terme est calculé pour le 3 septembre.

c - La non saturation du désir d'enfant par l'enfant :

Si "désirer", c'est se représenter l'objet manquant, d'après Montrelay (citée par Bydlowski dans (18)), aucun objet réel, fût-il un enfant, ne peut venir satisfaire la représentation. A peine né, l'enfant réel est décevant. En effet, presque toutes les accouchées parlent déjà du prochain enfant qu'elle vont concevoir. C'est bien dire que l'enfant du désir manque encore à l'appel de la réalité. Fantasmer un "prochain" enfant, face à celui qui vient de naître, c'est avoir recours à un tiers séparateur, et laisser une place vacante, où l'enfant naissant pourra grandir.

2 - Désir de grossesse :

Beaucoup de grossesses n'ont d'autre finalité qu'elle-même. Le désir d'enfant en tant qu'être figuré et distinct n'y tient pas de place. C'est aussi parfois la volonté de vérifier un fonctionnement, mis en question par la contraception, une intégrité corporelle. Ce désir de grossesse peut renvoyer aussi au désir d'éprouver une plénitude, une complétude, le fait d'avoir quelque chose en plus. "Encore est-il difficile de dissocier dans quelle mesure cet "en plus" renvoie à un déni de castration féminine, ou, sur un versant plus archaïque, à la nostalgie d'une complétude narcissique". De telles grossesses peuvent conduire à des demandes d'avortement, voire à une contraception par avortements répétés (18, 19).

Pour Soulé (79), il existe, en début de grossesse, une période de "blanc d'enfant", pendant laquelle l'enfant est éliminé au profit du vécu et de la représentation d'"être enceinte". "Progressivement, l'image de l'enfant apparaît dans le psychisme maternel, mais l'objet ne sera réel qu'à une date ultérieure et qui n'existe pas pour le moment. Ceci donne au processus biologique actuel l'aspect d'un rêve" (Parques, cité par Soulé (79)).

B - Enfant imaginaire, enfant fantasmatique :

1 - Mise en place :

La notion d'enfant imaginaire recouvre, selon les auteurs, des concepts légèrement différents. Ainsi, Lébovici (54) fait une différence entre l'enfant imaginaire et l'enfant fantasmatique.

Pour lui, l'enfant imaginaire se décrit dans le champ du préconscient, fait de souvenirs mis en latence, et réactivés par les rêveries diurnes. Quand une grossesse débute, la mère est rapidement devant un enfant qu'elle imagine. C'est toujours le cas dès le début du troisième trimestre de la grossesse, moment à partir duquel la vie foetale, notamment les mouvements du

bébé, sont ressentis comme existant. La mère imagine les apparences de cet enfant qu'elle voudrait vite voir venir au monde. Elle parle assez facilement, pendant la grossesse et dans les jours suivant l'accouchement, de ces rêveries concernant son enfant.

Pour Bydlowski, cet enfant qui se développe dans le corps au cours d'une gestation, reste d'ordre imaginaire ; il n'est pas réel, il reste irreprésentable jusqu'au jour de sa naissance, tant dans son sexe que dans son apparence physique, aussi irreprésentable que l'enfant prématuré séparé immédiatement de sa mère et qui dans le discours de celle-ci, n'a pas de corps figuré (3).

L'enfant fantasmatique, décrit par Lébovici, est bien différent, et correspond à l'enfant imaginaire de Soulé : il prend ses racines dans l'enfance, et il est le produit des désirs anciens de maternité.

Soulé décrit deux stades de développement de l'enfant imaginaire :

1°) *Les composants prégénitaux de l'enfant imaginaire* : très précocément, la petite fille veut détruire le corps de sa mère, plus particulièrement le ventre et son contenu. Cette envie de détruire le corps de la mère réapparaît avec le désir de grossesse, sans être soumise au danger qui menaçait la mère. Il s'agit de vérifier la possibilité d'être enceinte, sans pour autant prévoir les enfants réels. Dans un second temps, la petite fille veut moins détruire que soustraire le contenu du corps de la mère ; elle souhaite garder un enfant pour elle.

L'investissement anal de l'enfant imaginaire provient des émois que l'enfant perçoit de cette époque. Ce fantasme est en effet destiné pour partie à lui apporter consolation de sa solitude face au couple parental.

2°) *L'enfant du désir oedipien a trois caractéristiques* :

α - l'enfant imaginaire est incestueux, mais caché.

Il est issu du conflit oedipien, de l'amour pour le père, non avoué à la mère. Il est issu du plaisir que la petite fille aurait eu avec son père, comme

sa mère. C'est donc un enfant secret, adulé, mais tû. Il est construit, dans l'inconscient de la mère, comme un enfant de son père. A l'égard de sa mère, la mère a donc une dette de vie à payer. Il en résulte que, sans en savoir les raisons, bien souvent, la jeune mère accepte les conseils de la grand-mère maternelle de son enfant, non seulement parce qu'ils lui sont utiles, mais aussi parce qu'elle doit payer ses sentiments inconscients de culpabilité et, en quelque sorte, remettre ce bébé à celle qui, seule, a droit d'être mère, à savoir la grand-mère maternelle (Lébovici, Bydlowski).

β - l'enfant imaginaire est omnipotent.

Il aura toutes les qualités, tous les pouvoirs ; il sera l'enfant supposé tout réparer, tout accomplir, tout combler : deuils, solitude, destinée, sentiment de perte.

γ - l'enfant imaginaire est l'enfant idéal, élevé par une mère idéale, de façon idéale.

Il aimera sa mère de façon idéale, car c'est la meilleure des mères. Il restitue à la femme son idéal du moi, et l'égalera ainsi à la mère idéale. Cette idéalisation de l'enfant imaginaire correspond à un remaniement défensif abolissant la différence des générations. C'est un enfant qui rend adulte, qui fait de sa mère l'alter ego de sa propre mère.

2 - Problème de l'échographie :

Les procédés modernes perfectionnent régulièrement les moyens d'exploration du ventre de la femme enceinte et permettent une audition et une visualisation du fœtus dans ses moindres détails.

Il nous a paru intéressant de parler ici de la place de l'échographie et de son impact sur l'enfant fantasmatique, l'enfant imaginaire.

Cette technique imparfaite peut rassurer ou inquiéter les parents. Ainsi, la nécessité d'interpréter les images en temps réel est une des principales difficultés de l'échographie (10). L'échographiste ne peut rester silencieux,

découvreur de l'image, il doit aussi en être le raconteur. Il est celui qui a vu, qui voit et qui sait. Il est inéluctablement l'objet de questions auxquelles il ne peut se soustraire. Chacun de ses mots est pris comme un message de vérité et il maîtrise mal des messages involontaires passés au-delà de ces mots :

- "vous avez un beau petit bébé" devient "on m'a dit qu'il était trop petit"
- "il a la tête en bas" devient "c'est un garçon"
- "je n'ai pas vu le sexe" devient "c'est une fille".

De même, l'échographiste est observé en direct par la mère, qui interprète les attitudes et les modifications de sa mimique comme des signifiants de l'état foetal. La "grimace" de l'échographiste est un message, volontaire ou non, complémentaire de ses paroles et de son compte-rendu.

Pour Soulé (79), cet examen peut être à l'origine de véritables avortements de fantasme, d'"interruption volontaire du fantasme". En effet, selon lui, l'évolution et la maturation fantasmatique qui exigent sans doute de suivre la durée d'une grossesse, se trouvent figées, bloquées. Courvoisier, pour sa part (30), a souvent remarqué un sentiment de malaise dans les jours suivant une échographie. Son hypothèse, en dehors du sentiment d'étrangeté intervenant par la substitution d'une image réelle à une image fantasmatique, est que l'ultra-son induit ce qu'elle a appelé un "fantasme de profanation". La sonde est souvent vécue comme un oeil qui va pénétrer le ventre maternel, le fouiller, parfois même le dépouiller de son contenu. Cette assimilation de la sonde à l'oeil est d'autant plus intéressante que la passation d'une échographie est un lieu d'échange de regards, comme nous l'avons déjà dit, avec toute la gamme de fantasmes que peut induire chacun de ces regards.

Ainsi, la visualisation à distance de l'intérieur de son corps par la mère peut provoquer des perturbations sur le plan narcissique, d'autant plus que la parturiente est déjà soumise à un constant remaniement de son image corporelle pendant la grossesse. De plus, sur le plan narcissique, Courvoisier se

demande ce qui intervient fantasmatiquement quand la mère peut se sentir regardée, vue par son foetus.

Pour Chadeyron (28), nous pouvons actuellement connaître les secrets du ventre de la mère : les voir par l'échographie et l'enregistrement des contractions utérines, les entendre à partir du cardiocotographe ou du Doppler. Voir le dedans des êtres et des choses est un désir existant dès la petite enfance : l'enfant éventre sa poupée ou ses jouets pour voir ce qu'il y a dedans. L'échographie n'est qu'un exemple de ce désir des hommes de "voir le dedans des autres". Selon les croyances infantiles, le ventre de la mère contient tout de qui a été mangé, dévoré, mordu, englouti. Avec l'échographie, on peut réellement voir l'intérieur du ventre d'une mère. "Toute technologie est domination de la nature. Malgré toute notre science anatomique, physiologique, biologique, le ventre de la femme enceinte enferme toute l'infinie puissance de la mère nature. L'échographie est une techniques qui nous permet de maîtriser, de domestiquer, de civiliser l'énorme ventre sauvage de la mère archaïque" (28).

Comme nous l'avons déjà dit, pour Bydlowski (19), l'enfant reste imaginaire jusqu'à la naissance ; il reste impossible à représenter, malgré les progrès audio-visuels. L'ouïe et la vision alimentent le moteur à fantasmes, mais rien ne remplace l'expérience du corps à corps qui s'instaure à la naissance. Cette expérience sensorielle prime les autres et donne seule son statut d'objet réel à l'enfant.

C - Mise en place de la maternalité :

1 - La maternalité comme phase de développement :

La maternité est une étape privilégiée dans la vie féminine. C'est une période de transparence psychique, de grande perméabilité aux représentations inconscientes, d'irruption de l'inconscient dans le conscient, sans que la femme, pour autant, ne bascule dans la psychose.

Racamier (70) est en accord avec Benedeck pour considérer la maternité comme une véritable phase de développement dans l'évolution affective de la femme. Racamier introduit à ce propos le terme de maternalité (néologisme proposé pour traduire *motherhood*), qu'il définit ainsi : "ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme lors de la maternité".

C'est le pouvoir réintégrateur de la maternalité qui lui vaut sa qualité de phase de développement. Au cours de cette période, les assises pulsionnelles et conflictuelles de la maternalité s'expriment, se remanient, y prennent une forme et une solution nouvelle, ceci dans le prolongement des phases antérieures.

Le processus de maternalité ne se développe pas toujours lors de la première maternité. Il peut se poursuivre sur plusieurs maternités successives. D'autre part, ce n'est pas parce qu'il y a maternité que s'engage aussitôt la maternalité : celle-ci peut se trouver différée, voire escamotée par le moi, qui s'en défend énergiquement. On voit aussi des femmes traverser la grossesse et le post-partum sans être affectées. De même, on observe que la puberté n'entraîne pas forcément le processus psychoaffectif de l'adolescence, celui-ci pouvant être défensivement différé ou escamoté, parfois pour éclater avec retard et violence.

La maternalité, par le mouvement qu'elle impose à la personnalité, pourrait en effet être comparée à l'adolescence : c'est une crise d'identité, au sens d'Erikson. Dans la maternalité, comme dans l'adolescence, on observe :

- des mouvements hormonaux de grande envergure,
- une vaste remise en question des conflits infantiles,
- un jeu complexe d'identifications, qui subissent une nouvelle mise au point,
- des virements massifs d'investissements instinctuels, libidinaux et agressifs,
- de grandes variations des états du moi,

- des variations amples de la représentation de soi, de son envergure, de son contenu et de son centre de gravité,
- des positions relationnelles nouvelles, et des réalisations concrètes socialement importantes.

De même que toutes les phases de remaniement de la personnalité, la maternalité dépend en gros de deux séries de facteurs (70) :

1°) des facteurs historiques : ce sont eux qui déterminent le maniement des pulsions et des images intérieures actives et mises en oeuvre dans la maternité, eux qui déterminent la souplesse et l'efficacité des fonctions adaptatives que mobilise largement la maternalité ;

2°) des facteurs actuels : la maternalité est pour la femme une phase de haute sensibilité aux situations extérieures réelles. Il s'agit (37, 71) de :

- * l'entourage conjugal (rôle et attitude du conjoint),
- * l'entourage de type parental : présence, rôle et attitude de la mère et du personnage maternel, qu'il est naturel de trouver auprès d'une accouchée ; attitude de l'accoucheur (image paternelle), qualité de l'entourage soignant,
- * l'entourage social (attitude et rôle de la société),
- * l'enfant lui-même (état somatique, sexe, mode d'activité propre),
- * la grossesse pour commencer, désirée, rejetée ou consentie.

Comme le dit Racamier : "il est bien clair que les soutiens que la future ou nouvelle mère reçoit de son entourage contribuent fortement à renforcer en elle sa "bonne" image de mère, et, partant, à faire pencher la balance dans le sens de l'intégration, à faire, tout simplement, que l'amour gagne".

2 - Structure relationnelle et économie libidinale du couple mère-enfant :

Bien que la vie du couple dyadique mère-enfant soit plus souvent décrite du point de vue de l'enfant que de celui de la mère (92), les besoins de l'un et de l'autre sont étroitement complémentaires : l'évolution psychique et biologique de la femme, durant et après la grossesse, est, normalement, telle que les besoins du fœtus et du nourrisson sont compris et associés, non seulement pour le bien de l'enfant, mais aussi pour l'équilibre affectif de la mère.

a - Evolution narcissique (37, 71) :

Durant la grossesse, le régime métabolique, hormonal et neuro-végétatif s'infléchit vers un anabolisme propice à la gestation. En même temps, et parallèlement, l'économie libidinale de la femme s'infléchit progressivement dans le sens narcissique : ainsi, dès la grossesse, les femmes se préparent psychiquement à la maternité en abandonnant, pour l'idée de l'enfant, tous leurs autres intérêts émotionnels, et créent ainsi le terrain d'un dévouement altruiste instinctif en faveur de l'enfant réel. La source, peut-être la plus puissante, d'amour maternel réside précisément en ce fait que le narcissisme de la grossesse fait disparaître les frontières entre le *je* et le *toi*. En fait, la grossesse est une phase où la femme a tendance à s'aimer plus fortement et à aimer indistinctement l'enfant qu'elle porte et son corps qui le porte. Beetschen (9) se demande si la régression intense, fusionnelle, quasi psychotique, qu'induit le crise narcissique, ne permettrait pas l'émergence d'états de conscience modifiée telle que le serait la préoccupation maternelle primaire de Winnicott après l'accouchement. Nous y reviendrons.

G. Lemoine (61) parle de "crise narcissique" de la grossesse, à propos de la survenue, lors de la grossesse, du manque narcissique, de la perte (qui n'est pas, ici, castration) et de son envers, la complétude.

Ce régime narcissique et fusionnel va être interrompu par la naissance, qui est vécue par la mère, comme par l'enfant, comme une rupture et un traumatisme.

b - Relation à la naissance, anaclitique (71,11) :

La séparation à la naissance n'est que corporelle, et n'est encore que partielle. En effet, en règle générale, les contacts corporels sont étroits et nourris, par la voie du maternage, entre la mère et l'enfant. Quant au contact "affectif", il reste encore plus étroit : l'enfant fait corps avec sa mère, dont il ne se distingue pas, et la mère vit avec son enfant selon un régime d'identification profonde et fusionnelle, tout en restant capable de relations évoluées. De cette relation intense, anaclitique, le père et les autres enfants peuvent se trouver exclus.

Cette relation prolonge le régime narcissique prénatal, "amortissant" ainsi le traumatisme de la naissance, pour l'enfant et pour la mère.

La mère va être capable d'entrer dans une relation très étroite avec son nourrisson, de s'identifier à lui, l'éprouvant psychiquement comme une partie d'elle-même. C'est à cette condition que la mère peut être, pour l'enfant, le moi qu'il va se construire sur les bases de cette relation.

Il s'agit, chez la femme, d'un processus normal de régression féconde, régression libidinale au plan oral et régression structurale au niveau pré-objectal. Elle n'est ni pathologique ni pathogène pour autant qu'elle est consentie, assumée et contrôlée par le moi. Cependant, ni la mère, ni l'enfant ne restent à ce niveau anaclitique. Normalement, grâce au maternage et à la poussée maturatrice, l'enfant, progressivement, entrera dans une relation objectale avec sa mère.

3 - Préoccupation maternelle primaire :

Cette période, immédiatement après la naissance, que Racamier estime anaclitique, Winnicott (91) la décrit comme un état très spécifique, une condition psychologique qu'il qualifie de "préoccupation maternelle primaire".

C'est un état de repli, de dissociation, qu'il compare à un état schizoïde. C'est un tableau fait de désintérêt, chez la mère, de tout ce qui n'est pas son enfant, dont elle pressent avec beaucoup de perspicacité les besoins. La mère doit être capable d'atteindre ce stade d'hypersensibilité, presque une maladie, et d'en guérir lorsque l'enfant l'en délivre. Winnicott parle alors de mère "ordinaire, normalement dévouée".

Dans certains cas, au contraire, dépendant de conditions internes à la mère ("fuite vers la santé") ou de situations de réalité (séparation mère-enfant néonatale par exemple), la mère "manque le coche au départ [...] se trouve obligée de pallier ce déficit et se voit imposer la nécessité d'une adaptation prolongée aux besoins de l'enfant, agissant alors en thérapeute et non en parent" (91).

4 - Epreuve de réalité (25) :

Le devenir de cette phase de régression dépend essentiellement de l'épreuve de réalité que représente la naissance d'un enfant normal, qui se développe bien. L'enfant, avec ses qualités et ses imperfections, est présent aux côtés de la mère qui, dès lors, peut confronter la représentation qu'elle avait de l'enfant et sa perception réelle. "C'est ce qui constitue l'épreuve de réalité, laquelle peut échouer sur la différence, jugée inacceptable par la mère, entre le corps imaginé de l'enfant et son corps réel." Au contraire, la naissance d'un enfant malade ou malformé vient réactiver le fantasme qu'a la mère d'être une mauvaise mère, incapable d'engendrer un enfant sain et bon.

En général, les premiers temps de l'enfant viennent confirmer à la mère sa confiance en elle-même : elle est capable de le nourrir, de prendre soin

de lui, de le faire grandir. Le processus normal du maternage entraîne donc un renforcement du narcissisme secondaire de la mère.

L'enfant est auteur et bénéficiaire de cette transformation, dans ce que Benedeck (cité par Carel (25)) appelle une "spirale de transaction entre parents et enfants". Il y a développement réciproque de la mère et de l'enfant au cours d'une identification à double sens : "la mère se vit comme une bonne mère grâce à un enfant qui se développe bien ; l'enfant se vit comme bon grâce à la bonne mère qui s'occupe de lui." Cependant, ces mouvements positifs peuvent s'inverser quand, pour une raison ou pour une autre, l'enfant devient frustrant (mal formé, malade, non conforme aux désirs de la mère). La mère est alors prise dans un sentiment d'ambivalence fait de composantes tendres et agressives, le plus souvent dirigées contre son enfant, sa propre mère, et contre elle-même. L'enfant finit inconsciemment par se percevoir comme mauvais.

On entrevoit les difficultés auxquelles vont être soumis les parents des "nouveaux-nés à risque". L'enfant malade ou venu avant terme, exposé à un avenir incertain, tend à être perçu, non comme un bon enfant gratifiant, mais comme un enfant source d'angoisse, de frustration et d'agressivité. La séparation imposée à la naissance va, de plus, "dissocier le premier développement de l'enfant et l'évolution de la maternalité, déjà perturbée par la réalité du danger pesant sur l'enfant."

5 - Grossesse et filiation :

Pour Beetschen, l'enfant imaginaire va progressivement laisser sa place à l'enfant actuel, enfant d'un couple, enfant qu'une femme donne à celui qu'elle aime.

Dans cette situation idéale, peuvent s'installer des phénomènes pathologiques :

- négation par la mère de l'autre géniteur : le père est rabaissé au rang de moyen, qu'il soit absent ou ignoré ;

- négation ou désaveu par les parents de leurs racines infantiles ou de leur histoire propre dans sa dimension généalogique : il peut y avoir rupture des amarres familiales et tout doit recommencer avec l'enfant. Nous retrouvons alors à son paroxysme cette image narcissique de l'enfant roi, vengeur du destin malheureux des parents ;

- impossibilité pour la mère ou le père d'imaginer une place future pour l'enfant. Ce dernier est sans inscription possible, "bouté hors d'une généalogie".

Cependant, souligner ainsi l'importance d'une inscription de l'enfant dans le désir et la généalogie n'a pas qu'une incidence théorique. Beaucoup d'auteurs, en effet, ont montré que la naissance de l'enfant, dans le langage, précède la naissance biologique et que cette antériorité, signe du désir parental, est gage d'un avenir vivant. Ceci permet de mesurer l'attention qui devrait être portée, par ceux qui ont en charge la surveillance de la grossesse, aux signes de difficulté ou d'impossibilité de parole chez une femme enceinte.

II - APRES L'ACCOUCHEMENT - MISE EN PLACE DES INTERACTIONS :

A - Accouchement :

"Voir un enfant nouveau-né [...] l'entendre, le toucher, le sentir, le renifler, le lécher, le porter, [...] émeut le corps, bouleverse le coeur, sidère d'une étrange manière. Les mots défont à supporter cette expérience, comme à en rendre compte. Cela surgit, envahit, dépossède. Cela rend caduques les repères habituels. C'est instantané et infini, hors du temps et hors espace : cela échappe au souvenir. On tente de reconstruire une histoire, on en fait un moment de désarroi, de grande excitation, où la fête et la misère se mêleraient. Quelque chose y est mort. Un mouvement intense de vie en a jailli, dans l'enfant et dans l'adulte : ils pleurent."

En quelques phrases, A. Godard résume la plupart des émotions qui règnent autour d'une naissance : joie, peur, séparation, mort, deuil.

1 - La castration :

Classiquement, l'accouchement est décrit comme une castration subie par la femme, qui y perdrait sa sensation de complétude. Elle se sent vide, privée d'un corps à corps entre le fœtus, ses mouvements et son propre organisme. Elle perd aussi cette situation "intéressante" socialement qu'est l'état de grossesse.

Douleur et angoisse y sont inséparables. La femme est obligée de se soumettre au fonctionnement imprévisible et incontrôlable de son utérus. De plus, les mécanismes biologiques de l'accouchement s'enclenchent, se succèdent sans qu'elle ne puisse rien maîtriser. Seul l'inattendu arrive. La femme est sous la dépendance d'un phénomène physiologique mystérieux venant du plus profond d'elle-même. L'individu devient passif et perd sa maîtrise devant l'accomplissement des forces de la nature. H. Deutsch (37) montre que certaines

femmes ne peuvent accepter cette attitude de passivité. Elles veulent s'occuper de la naissance par elles-mêmes, refusent de se soumettre aux forces intérieures et aux avis extérieurs. Ainsi que la plupart des activités excessives, ce comportement peut exprimer une défense contre la peur. D'un autre côté, une attitude trop soumise, trop passive, peut prolonger la phase de dilatation. Les contractions sont alors trop lentes, voire nulles, et l'accouchement s'en trouve arrêté.

La mort et le deuil sont présents : mort de la parturiente d'une part, comme si cette force en elle allait l'écraser. De plus, tout ce qu'elle a entendu sur les accouchements ne peut que l'inquiéter. "Tous les accouchements sont racontés par les "com-mères" comme une aventure où seul un miracle leur a permis d'échapper à la mort" (Soulé (79)). Le risque de mort pour l'enfant, d'autre part, n'est pas absent non plus : "la mort est présente à chaque coin de respiration, mais cette énergie la déborde, la repousse ..." (11).

Le vécu de l'accouchement a été décrit comme celui de la défécation, avec l'excitation d'une muqueuse érogène et le plaisir de la déplétion, de la détente, de la vacuité en même temps que de la maîtrise. De fait, de nombreuses femmes vivent comme honteux de ne pouvoir retenir leurs matières, surtout devant témoins. Il va y avoir, là aussi, un fossé entre l'accouchement idéal imaginaire et l'accouchement réel "fécalisé et sale". Cette dévalorisation narcissique et ce sentiment de honte qui naissent de cet accouchement sont contrebalancés par la valeur initiatique qu'il va prendre : toutes les femmes sont passées par là, et il faut subir cela pour pouvoir s'identifier à la mère. Le sentiment de supériorité par rapport à l'homme contrebalancera aussi cette blessure narcissique : "c'est une revanche prise sur le plan de la castration" (Soulé).

Une question reste posée quand au "traumatisme" éventuel de la naissance. Freud (cité par Winnicott (84)) émet l'hypothèse suivante : "il se

pourrait que la symptomatologie de l'angoisse ait un rapport avec celle de la naissance". Ainsi, Winnicott pose la question : "Arrive-t'il que la naissance soit normale ou le traumatisme fait-il partie de la naissance, en y étant inhérent, ou bien est-il une variable fortuite concomitante ?" Il répond partiellement dans ce même article en distinguant trois catégories d'expériences de la naissance :

"- la première, normale, c'est à dire saine, c'est l'expérience de la naissance qui représente une expérience positive, précieuse, d'une signification limitée.

"- deuxième expérience : est plutôt traumatique et se combine à divers facteurs traumatisants ultérieurs, issus de l'environnement, les uns renforçant les autres.

"- troisième catégorie : l'expérience de la naissance est traumatique à l'extrême."

2 - Les témoins de la naissance - Importance de ce qui est dit :

Pas plus que la conception, l'accouchement et la naissance ne sont de simples phénomènes naturels ou médicaux. Le champ de la naissance, de même que celui de la mort, sont les champs privilégiés de la rencontre entre nature et culture (35, 38). Les personnes qui se succèdent aux côtés d'une parturiente sont variables d'une culture et d'une époque à l'autre.

Dans notre culture, ce fut d'abord une histoire entre femmes, avec la matrone (sage-femme de l'époque), la grand-mère maternelle. Peu à peu, avec les progrès de la médecine post-natale, le rôle de l'accoucheur devient prépondérant. Le père est toujours exclu de la salle d'accouchement, considéré comme un intrus. Successivement, des théories viennent modifier l'entourage de la femme qui accouche et essaient de maîtriser les événements : ce sont les théories de "naissance sans violence" et d'"accouchement sans douleur".

De nos jours, la présence de son mari est le plus souvent désirée par la femme. C'est une présence complice, familière dans un univers hostile. Tolérée dans la plupart des maternités, il est des lieux où cette présence est quasi-obligatoire et où il est très mal vu que le père refuse d'assister à l'accouchement.

Durant cette période d'émotion très intense qui entoure la naissance, les parents sont particulièrement réceptifs à tout de qui leur est dit (35, 21, 67).

L'équipe médicale semble avoir là un pouvoir colossal, dont elle abuse souvent par ignorance. Ce pouvoir, cette toute puissance peuvent toutefois basculer très vite dans l'impuissance.

Il nous plaît ici de reprendre les mots de Delaisi de Parseval : "comment ne pas penser ici au pouvoir de ces fées, bonnes ou mauvaises, qui venaient en quelque sorte corriger la mise au monde de leur protégé(e), le (la) faire naître autrement, modifier son destin ; elles étaient les véritables mères, bien plus que la mère pondeuse ; elles étaient les «mères par la parole»".

Or les choses ne semblent pas avoir tellement changé. Citons un pédiatre (35) : "les réflexions que livrent aussi bien les puéricultrices que les sages-femmes à la jeune mère peuvent marquer très profondément la relation mère-enfant qui commence". De même, F. Dolto, citée par le même auteur : "ce que je voudrais vous dire, c'est l'impact qu'ont les paroles sur les mères, tout à fait au début, l'importance de la personne qui s'occupe du bébé [...] l'importance de la façon dont elle s'occupe et parle, la première fois, au bébé. J'ai vu beaucoup de femmes, ayant des enfants avec des problèmes graves, qui me disaient : "mais la sage-femme, quand j'ai accouché, me l'avait bien dit." Les paroles qui ont été dites s'écrivent comme un destin."

Les fées n'étaient peut être qu'un support littéraire aux paroles ambivalentes dites ou pensées autour du nouveau-né par la mère, le père et tous ceux que concernait la naissance. Delaisi de Parseval se demande si ces fées

n'ont pas été remplacées par l'équipe médicale, et les contes de fées par la littérature sur l'enfant, la puériculture notamment.

3 - La nativité :

Les angoisses et les blessures narcissiques vécues par la mère lors de son accouchement la contraignent à de rapides aménagements réparateurs, qui seront plus ou moins rapides et plus ou moins efficaces. L'accouchement passé, l'enfant séparé, nettoyé et revêtu d'une identité, le refoulement va reprendre ses droits. Oubliées, ces réactions de terreur-désir (ou dégoût-formation réactionnelle), souvent éprouvées par la mère quand on lui présente ou qu'on pose sur son ventre son nouveau-né, corps étranger encore humide, chaud et glissant, non civilisé. C'est l'amnésie de l'après-coup de l'accouchement, l'expérience maternelle initiale, qui devient *a posteriori* une période blanche ou idéalisée. Soulé propose l'image idéale d'une nativité.

4 - Le nouveau-né : l'étranger à demeure :

a - L'enfant réel :

Pour Godard (11) : "le nouveau-né, en tant que partie du corps de la mère, évoque toute la problématique de la position féminine par rapport à la castration et les réponses qu'elle trouve à y donner au décours de son histoire oedipienne."

Le nouveau-né, cet enfant réel, est confronté à l'enfant imaginaire, dont il ne peut être qu'une copie réductrice et décevante. Il renvoie donc la mère face à son incapacité de faire un enfant à la hauteur de ses espérances. La mère doit faire le deuil de l'enfant imaginaire sous la poussée de l'enfant réel. Parfois, il est trop décevant, trop infidèle à son idéal, et elle n'y parvient pas et élabore des aménagements pathologiques. Soulé (79) prend pour exemple la peur de la substitution d'enfant dans les maternités. Il faut, d'après lui entendre cette crainte, parfois obsédante, dans toutes ses ambivalences : peur,

mais aussi souhaite qu'on lui ait changé son enfant. Devant l'écart qui sépare l'enfant imaginaire et l'enfant réel, la mère en vient à souhaiter que celui-ci soit échangé, ce souhait entraînant une grande culpabilité et une grande angoisse.

b - Séparation et continuité :

Les effets de la séparation dus à l'accouchement vont être compensés par la mère par une continuité (pulsionnelle et généalogique) à condition que l'enfant puisse être reconnu comme tel.

Continuité pulsionnelle : il y a déplacement de l'objet de la pulsion, du corps de la femme enceinte au corps de l'enfant (9). Pulsions scopiques, tout d'abord : la déformation corporelle de la fin de la grossesse "avait commencé déjà à dépendre la femme de la capture de son propre regard". L'enfant, lui, sera dévoré des yeux. La mère s'emplit longuement de cette image ; ainsi le vide corporel est-il comme comblé par une soif de représentation. Quand l'enfant, aussitôt né, doit être éloigné de sa mère (prématurité par exemple), cette dévoration scopique laisse un creux de souffrance. Le père, lien entre la maternité et le service de pédiatrie, apportera souvent une photo à sa femme, qui, près du lit maternel, aidera à supporter l'absence du berceau. Cette photo aussi, comme nous le verrons dans une de nos observations, permet à la mère de se faire une idée de l'aspect de son enfant et l'aide dans son acceptation de ce bébé différent.

Puis le contact corporel s'établit progressivement. Leboyer montre combien le contact précoce favorise la relation, le contact ultérieur mère-enfant.

Continuité généalogique : elle est d'abord de l'ordre du langage, nom donné à l'enfant (9, 18), inscription au registre de l'état civil, rites autour de la naissance : visites, lettres, annonces, qui pérennisent "la filiation instituée". Continuité aussi dans cette sorte de "précipitation" (des parents, des grands-parents, n'ayant pas eu de participation réelle à l'accouchement) à reconnaître,

sur le corps de l'enfant, tel signe, telle ressemblance, qui le fait sans nul doute appartenir à telle ou telle lignée, rétablissant ainsi une filiation. Cette précipitation indique la nécessité d'une reconnaissance précoce, afin que le nouveau-né ne demeure pas une chose étrange, innommée. L'inscription généalogique installe l'enfant dans cette continuité rassurante des générations.

c - Le nouveau-né persécuteur :

La mère vit avec son enfant une relation plus proche qu'avec aucun autre être, cependant le nouveau-né, sitôt paru, persécute sa mère. Winnicott (88) donne la liste des raisons qu'une mère peut avoir de haïr son nourrisson :

"- l'enfant n'est pas sa propre conception

"- l'enfant n'est pas celui du jeu de l'enfance, l'enfant du père, l'enfant du frère...

"- l'enfant n'est pas produit par magie

"- l'enfant est un danger pour son corps pendant la grossesse et à la naissance

"- l'enfant représente une interférence dans sa vie privée, un défi à l'occupation antérieure. Dans une plus ou moins large mesure, une mère a le sentiment que sa mère à elle exige un enfant, de sorte que son enfant est produit pour se concilier sa mère.

"- l'enfant blesse ses mamelons, même en tétant, car téter, c'est mâcher

"- il est cruel, la traite comme moins que rien, en domestique sans gage, en esclave

"- elle doit l'aimer, lui, ses excréments et tout, au moins au début, jusqu'à ce qu'il ait des doutes sur lui-même

"- il essaye de lui faire mal, il la mord de temps à autre, tout cela par amour

"- il montre la désillusion qu'il ressent à son égard

"- son amour brûlant est un amour de garde-manger, de sorte que, lorsqu'il a ce qu'il veut, il la rejette comme une pelure d'orange

"- au début, il faut que l'enfant fasse subir sa loi, il faut qu'il soit protégé des coïncidences, il faut que la vie se déroule à son rythme. Et tout cela exige de sa mère un travail minutieux et constant. Par exemple, il ne faut pas qu'elle soit anxieuse quand elle le tient;

"- d'abord, il ne sait pas du tout ce qu'elle fait, ou ce qu'elle sacrifie pour lui, et surtout, il ne peut pas laisser place à la haine de sa mère."

Dans cette longue liste de Winnicott, nous retrouvons beaucoup des thèmes que nous avons développés jusqu'à présent. Soulé complétera cette liste : le nouveau-né persécute sa mère par ses besoins proclamés bruyamment, de façon périodique et inextinguible. Il y a, ici aussi, des évènements automatiques et inexorables qui s'imposent à la mère.

Le regard du nouveau-né sur sa mère peut aussi être vécu comme persécuteur : "plus jamais elle ne sera seule, mais, au contraire, toujours regardée." Et parfois, elle croit trouver dans les yeux de son enfant la regardant un témoin qui la contemple, mais aussi qui la juge. Il peut devenir juge, sévère et persécuteur, car il est le témoin gênant de la passivité maternelle, de ce qu'elle a vécu.

B - Investissement de la mère - Réponse du bébé :

Comme nous avons essayé de le montrer, les évènements que doivent traverser un père et une mère lors de la mise au monde d'un enfant apportent des bouleversements dans leur économie psychique. Ainsi, l'engagement d'une relation entre une mère et son enfant ne se fait pas sur un mode univoque et résolument optimiste tel qu'on l'a souvent décrit ou supposé. Actuellement, avec ces progrès de la puériculture, la pratique des méthodes de contraception, la société semble avoir édicté des règles impitoyables. "Tous les nouveau-nés doivent vivre et toutes les mères sont priées de les aimer" (Soulé). "La naissance doit être heureuse" (Beetschen).

Certaines mères ne peuvent se soumettre à ces règles ou le font de façon superficielle, sans adhésion profonde. Ainsi, pour Soulé, la prise en considération actuelle des souhaits de mort et des difficultés d'investissement par les mères est le corollaire des progrès considérables qui ont réduit à presque rien la morbidité et la mortalité néonatales.

En effet, jusqu'il y a peu dans nos pays, et encore actuellement dans certains pays sous-développés, les femmes avaient de très nombreux enfants, dont beaucoup mourraient. Soulé émet l'hypothèse qu'outre les infections et les erreurs diététiques, le manque d'investissement par la mère intervenait aussi dans le décès de ces enfants.

En fait, il faut que le nouveau-né apparaisse à la mère comme un objet suffisamment aménageable, pour qu'elle puisse, par identification projective, le rendre dépositaire de suffisamment de qualités de l'enfant imaginaire. La méthode Leboyer (cité par Soulé (79)), avec ce qu'elle propose comme temps intermédiaire, est la reconnaissance du besoin qu'a la mère de disposer de temps, après tout ce qu'elle vient de vivre, pour aménager sa rencontre avec l'enfant. On conçoit que, lorsque la naissance se fait dans l'urgence, avec risque vital pour l'enfant et séparation, ce temps initial manque et que l'investissement soit plus difficile.

Nous pouvons citer d'autres facteurs extérieurs intervenant de façon plus ou moins favorable dans l'établissement de cette rencontre : conditions de vie pendant la grossesse, fatigue ou disponibilité, étapes dans l'exercice professionnel, situation financière, dépendance ou autonomie par rapport aux parents, maturité du couple, espacement depuis la dernière naissance, qualité du mode d'accueil des aînés, confiance que les parents ont en eux-mêmes.

Ces conditions font que la grossesse et la naissance s'intègrent harmonieusement dans l'évolution du couple. Importantes aussi, répétons-le, sont les relations de la mère à ses propres parents, non seulement actuellement, mais dans son enfance, ainsi que la qualité des relations avec le père de l'enfant.

L'enfant jouera aussi un rôle dans l'établissement de cette relation. Il peut avoir une action sur sa mère, la "traiter", la "guérir", en tout cas, il la transforme. Certains réussissent à conquérir la place qu'occupait l'enfant imaginaire en séduisant leurs parents.

III - LES INTERACTIONS PRECOCES :

Une interaction suppose deux partenaires. L'interaction mère-nourrisson est aujourd'hui conçue comme un processus au cours duquel la mère entre en communication avec son bébé, en lui adressant certains "messages", tandis que le nourrisson répond à l'aide de ses propres moyens. Longtemps conçu comme un objet passif, façonné par les diverses influences parentales, le bébé n'apparaît que depuis la fin des années 60 comme un être capable d'influencer son entourage, au même titre que lui-même est sous l'influence de cet entourage (58, 72).

Nous nous intéresserons au bébé, partenaire actif dans cette interaction, bébé présentant des compétences, des capacités, qui font que les comportements de la mère à son égard ne sont pas seulement des "soins", mais les fondements initiaux des premières situations interactives.

A - Le nouveau-né :

1 - Capacités sensorielles et interactionnelles :

- *La vision* : Le nouveau-né se révèle dès la naissance capable de suivre des yeux un objet de couleur vive. Certains vont même jusqu'à tourner la tête pour faciliter le mouvement de poursuite oculaire. Il semble de plus exister une préférence pour les formes complexes, proches du visage humain (55). Les mères qui affirment que, dès la période néonatale, leur bébé les regarde sont maintenant prises en compte, et le regard du nourrisson apparaît comme un moyen qu'a le bébé pour développer la force du lien affectif entre sa mère et lui.

D'autre part, le nouveau-né est capable de se couper des stimuli visuels perturbateurs, ce qui lui permet de ménager son énergie pour répondre à des besoins physiologiques (16).

- *L'odorat* : Dès l'âge de 2 jours, le nouveau-né se révèle doué de capacités olfactives. Les études de Mac Farlane (cité par Lébovici (55)) montrent qu'un nouveau-né de 6 jours peut discriminer l'odeur du cou et du sein maternel par rapport à l'odeur homologue d'une autre mère. L'olfaction doit ainsi faciliter la recherche et la prise du sein maternel.

- *L'audition* : lorsqu'un nouveau-né est dans un état de vigilance calme et attentive, la présentation d'un son, par exemple celui d'une clochette, à droite ou à gauche, déclenche de manière très fréquente des réactions d'orientation. Non seulement, le nouveau-né entend, mais il est capable de discrimination entre les stimuli sonores. Dès les premiers jours, il montre une préférence pour la voix humaine, et essentiellement pour la voix de sa mère.

2 - Etats de vigilance et leur relation avec l'interaction mère-nourrisson :

Les états de vigilance, suivant la classification de Wolff (cité (16, 55)), sont au nombre de six : les états 1 et 2 correspondent au sommeil, l'état 3 à la somnolence, les états 4 à 6 à l'éveil. Ils présentent deux caractéristiques essentielles du point de vue de l'interaction :

-- l'état de veille calme et attentif (état 4) est celui où les performances du bébé sont maximales et où le bébé est le plus disponible. D'abord faible, la proportion d'état 4 va augmenter régulièrement pendant les premières semaines.

-- le bébé exerce un contrôle sur ses niveaux de vigilance, qu'il peut utiliser à des fins défensives en réponse à des stimuli excessifs (52, 13). C'est ce que Brazelton décrit sous le nom de phénomène d'habituation : si l'on expose un bébé à un stimulus répété, les amplitudes de réactions, hautes d'abord, vont aller en décroissant jusqu'à ce que l'enfant s'endorme, échappant ainsi au stimulus. Il s'agirait là d'un emploi défensif du changement du niveau de vigilance, où l'on peut reconnaître la marque d'une organisation adaptative précoce, mettant en jeu activement des pare-excitation internes.

3 - Evaluation du comportement néonatal :

Le nouveau-né intervient dans l'interaction mère-bébé, mais chaque enfant n'intervient pas de la même manière. Il existe des différences importantes entre les nouveau-nés, non seulement en ce qui concerne les caractéristiques physiques (qui, en elles-mêmes, jouent un rôle dans l'interaction dans la mesure où elles affectent les représentations que les parents se font de leur enfant), mais également des différences concernant des conduites proprement interactives, telles que : la capacité à être apaisé, l'irritabilité, les états de vigilance, notamment la faculté à adopter et maintenir un état d'éveil calme et attentif, condition optimale de l'interaction mère-bébé.

Balleyguier (4) montre par exemple qu'il existe une relation étroite entre l'irritabilité de l'enfant et la sensibilité maternelle. Les mères d'enfant très irritables en viennent à les désinvestir, réduisant la sensibilité de leur réponse aux signaux de l'enfant, ce qui entraîne à un an un attachement anxieux.

Parallèlement à la mise en évidence de différences individuelles, se sont développées des méthodes d'évaluation des comportements et de leur mode d'organisation précoce. La plus connue, la "*neonatal behavioral assessment scale*" (NABS ; échelle d'évaluation néonatale) (13, 15) a été mise au point par Brazelton : "échelle psychologique applicable au nouveau-né humain, elle permet une évaluation des capacités du très jeune enfant selon des dimensions en rapport, à notre sens, avec sa capacité à développer des relations sociales". Cette échelle, utilisant des stimulations variées, est destinée au nouveau-né de 3 jours à 1 mois. Elle permet de caractériser chaque bébé, entre autres quant à l'irritabilité, la capacité de s'auto-apaiser, l'activité motrice, l'organisation des états de vigilance et les réactions aux stimuli.

Brazelton, en intégrant la NABS à l'examen pédiatrique dans une interaction avec la mère et le bébé, a un but préventif. Il fait une "démonstration" à la mère des compétences de son enfant, lui permettant de

mieux le connaître et le comprendre. Quand les parents ont des problèmes avec leur enfant, il leur montre que ceux-ci peuvent provenir des caractéristiques du bébé et non pas d'une mauvaise compréhension de leur part.

B - Les trois niveaux d'interaction :

"Insister sur le fait que le nouveau-né est compétent ne veut pas dire que le milieu est sans importance pour lui, mais, au contraire, cela souligne qu'il lui est sensible dès sa naissance et qu'il est donc près, très précocement, à établir avec lui des relations transactionnelles" (Cosnier (29)).

Nous différencierons trois niveaux d'interaction : les interactions comportementales, affectives et interactives. Nous traiterons chacun des aspects des interactions en rappelant que ce qui la caractérise justement "c'est d'être la résultante de nombreux paramètres indissociables" (29).

1 - Interactions comportementales :

Kreisler et Cramer parlent d'interactions réelles ; c'est ce qu'on observe en consultation, c'est à dire les échanges entre la mère et l'enfant, traduits par des gestes, des vocalisations, des attitudes, des échanges visuels.

a - Les interactions corporelles :

De nombreux travaux portent sur la manière dont le bébé est porté. Winnicott (92, 90) introduit les termes de *holding* et de *handling*. *Holding* pourrait être traduit par "maintien", ou "soutien" selon les traducteurs, et s'étend, ici, non seulement au fait que la mère porte littéralement le nourrisson, mais aussi à l'ensemble des soins du milieu. "En d'autres termes, cette notion de soutien se réfère à une relation spatiale à trois dimensions, à laquelle s'ajoute progressivement le temps" (Winnicott (92)). "Dans "maintien", il y a surtout le fait qu'on porte physiquement l'enfant, ce qui est une forme d'amour. C'est

peut-être la seule façon par laquelle une mère peut montrer à son enfant qu'elle l'aime" (Winnicott (90)). *Handling* se traduit par "manipuler".

Pour Robin (72), la posture paraît être l'élément par lequel la relation mère-enfant s'exprime dans ce qu'elle a de plus intime et de plus fondamental. La situation de nourrissage illustre l'importance des interactions corporelles. Cukier-Memeury (33) montre comment posture de la mère et posture de l'enfant interagissent pour aboutir, soit à un repas détendant, dans le cas d'un bon ajustement postural, soit à une interruption fréquente du contact bouche-mamelon, l'adaptation réciproque ayant échoué : "c'est sur un mode tonique que s'établissent les premières relations" (33). Pour Ainsworth (1), actuellement, on accorde une place importante au contact corporel dans la théorie de l'attachement. En effet, une étude récente suggère que l'interaction en contact corporel étroit est au moins aussi importante que l'interaction en face à face, surtout dans les premiers mois de la vie.

b - Les interactions visuelles :

Le regard représente un des modes privilégiés de communication entre la mère et le bébé. Beaucoup d'observations ont souligné l'importance des temps de regard réciproque.

Pour Robson (cité par Soulé (55)), "quand on recherche le moment où la mère a éprouvé de l'amour pour la première fois, le moment où a disparu le caractère étranger de son enfant, et celui où il est devenu une personne pour elle, la réponse à ces questions implique souvent le fait que le bébé regarde, comme s'il les reconnaissait, certains objets de son environnement. Un petit nombre de mère dit spécifiquement que le regard mutuel est à l'origine de sentiments positifs intenses. Les sentiments sont liés au fait d'être "reconnue", d'une manière hautement personnelle et intime."

Le regard mutuel est un des modes principaux de communication non verbale. Il est intimement lié à un autre mode qu'est le sourire. Ainsi, pour Lébovici (58), "regard et sourire du nourrisson ont ceci de commun qu'ils donnent à la mère le sentiment que ses efforts sont reconnus par le bébé, comme si ces manifestations étaient les prototypes primordiaux des sentiments de gratitude, et, à tout le moins, étaient interprétés comme tels par la mère."

Lébovici soulève l'hypothèse que le regard mutuel favorise la constitution d'une image de soi du nourrisson, différenciée de celle de sa mère. Ceci car le visage maternel est le lieu unique et entier où peuvent s'intégrer en un même espace des états affectifs différents (58, 55).

c - Les interactions vocales :

Les cris et les pleurs sont le premier langage du nourrisson. La plupart des adultes sont très sensibles aux cris du nourrisson et éprouvent généralement une émotion assez vive et souvent pénible en les entendant. Pour Bowlby (12), ils jouent un rôle important dans l'attachement, constituant au début le seul moyen dont dispose le bébé pour signaler son besoin de soin, et favoriser ainsi le rapprochement spatial entre sa mère et lui. Les cris forment l'équivalent d'un "cordon ombilical acoustique" (Sander et Julia, 1966, cité par Lébovici (55)).

Il existe des différences individuelles entre les nourrissons. Certains bébés pleurent fréquemment, sont difficiles à apaiser, et peuvent créer des tensions parfois importantes chez leurs parents, ainsi que des questions et des doutes quant à leurs capacités parentales. Ces variations individuelles peuvent aussi être associés à des facteurs de risque tels que la prématurité. Lester et Zenskind (1978, cités par Lébovici (55)), formulent l'hypothèse que les nourrissons à risques signalent leur état de souffrance par la durée et la fréquence plus élevées de leurs cris.

- chez le bébé, des réponses qui pourraient faire penser qu'il comprend sa mère, alors qu'il réagit probablement à des tensions affectives qui modifient le tonus, la mimique, et les intonations de la mère auxquelles il est très sensible.

- chez l'observateur, une empathie qui charge sa pensée et ses "rêveries" de valeurs métaphoriques bien propres à imaginer ces interactions fantasmatiques.

IV - LA NAISSANCE EST PATHOLOGIQUE - NOUVEAU-NE A RISQUES :

La plupart des études qui ont été faites sur les nouveau-nés à risque l'ont été sur des enfants prématurés. Nous n'avons retrouvé que peu de littérature sur les nouveau-nés à terme ayant une pathologie et nécessitant une hospitalisation en unité de néonatalogie. La prématurité, il est vrai, reste la première cause d'hospitalisation de l'enfant à la naissance et de séparation d'avec la mère.

Les études sur ce sujet sont nombreuses depuis une trentaine d'années, et il faut attendre les années 70 pour voir apparaître des modifications dans la prise en charge des nouveau-nés à risque et de leurs parents. Progressivement, en effet, les unités de néonatalogie s'ouvrent aux parents, qui peuvent s'occuper de leur enfant, alors que, jusque là, la séparation était totale, de la naissance jusqu'à ce que l'enfant pèse un poids suffisant et que son état ne présente plus de danger. Il y a donc là une évolution capitale.

Nous observons, non exceptionnellement, chez des mères primipares dont la grossesse a été programmée, ayant donné naissance à un enfant à terme dans de bonnes conditions, des phénomènes anxieux, une maladresse, des difficultés d'adaptation à l'allaitement, un retard au déclenchement de l'attachement. Il est aisé de comprendre alors que les circonstances qui entourent la naissance et la survie des prématurés, et plus généralement des nouveau-nés à risques, favorisent des difficultés importantes à plusieurs niveaux : la mère, l'enfant, l'interaction nécessaire à l'établissement d'une relation satisfaisante entre les deux partenaires (32).

Le "nouveau-né à risques", qu'il soit prématuré ou non, est au centre d'un "drame", dont les autres protagonistes sont les parents et les soignants. Nous pouvons déjà distinguer trois axes principaux autour desquels va se jouer l'histoire de chaque enfant : la séparation parent-enfant précoce et prolongée, la menace de perdre l'enfant ou de lui voir garder des séquelles, la

substitution temporaire de l'équipe soignante au couple parental. De tels évènements ont un très grand impact, en raison de la très haute vulnérabilité psychique parentale à cette période néonatale. Quand la grossesse s'interrompt prématurément, les effets de ces évènements se conjuguent aux conséquences de l'arrêt avant terme du processus de maturation psychique que constitue la parentalité (26).

A - Au niveau des parents :

Nous parlerons essentiellement de l'impact d'une naissance prématurée, et nous verrons que certaines réactions peuvent être étendues à la plupart des nouveau-nés à risques.

1 - La mère :

En 1960, Caplan (24) désigne la naissance d'un enfant prématuré comme une crise pour la mère et pour toute la famille. La même année, Kaplan et Masson (47) assimilent la réaction maternelle à une naissance prématurée à "un désordre émotionnel aigu". Pour eux, il y a "stress", c'est à dire une "situation qui déborde la mère indépendamment de son état antérieur physiologique et psychologique".

Par la suite, divers auteurs écrivent sur ce problème, notamment Gutierrez-Mimeur, Soulé, Kreisler, Carel (25, 39, 27, 53, 81).

Lors d'un accouchement prématuré, il y a une rupture brutale dans le développement de la fantasmatique maternelle, empêchant que se poursuive le travail d'élaboration fantasmatique de la future mère, laissant ainsi la maternalité à l'état d'ébauche. Pour Carel (26) "la mère et, conjointement, le père n'ont pu parcourir jusqu'à son terme le chemin qui permet au futur enfant d'être inscrit dans l'univers symbolique de la famille et dans le champ de leur désir". La mère n'est donc préparée ni physiologiquement, ni psychologiquement à cet

accouchement (42, 26,84). Soulé (80) parle de grossesse se poursuivant à "ventre plat".

Des sentiments intenses et multiples vont se bousculer dans la tête de ces mères. L'anxiété semble être, d'après une étude de Pederson (1987 (68)), être un dénominateur commun dans toutes les naissances prématurées. D'après ces auteurs, elle est maximale lorsqu'on informe les parents pour la première fois de la santé de leur enfant.

Devant cet enfant qu'elle aura peu ou pas senti, à peine entrevu, rarement touché et présenté, jamais reconnu, parti avant même d'être arrivé, se mêleront chez la mère la déception, le sentiment d'échec, de frustration, la blessure narcissique. Déception et frustration devant ce bébé qu'elle espérait beau, réussi, "objet réparateur de ses souffrances" (81), et qui est mal venu, avorton, malingre, étrange, emmené ailleurs, loin d'elle, pour punition, car inachevé ; on le place dans une couveuse et un *holding* mécanique et humain s'empare du nouveau-né, s'interpose entre elle et son enfant, semblant lui signifier son insuffisance et l'accuser. Un sentiment de culpabilité surgit aussi, culpabilité de n'avoir pas su, de n'avoir pas pu faire son enfant jusqu'au bout. Ce sentiment de culpabilité sera d'autant plus intense que la grossesse n'aura pas été désirée, qu'il y ait eu acte ou simplement volonté abortive, ou que la mère n'aura pas suivi les conseils médicaux (arrêt du tabac, alcool, activités physiques ou professionnelles...).

La naissance prématurée inflige à la mère une blessure narcissique constante, liée à ce sentiment d'incompétence, de culpabilité, à l'absence auprès d'elle du fruit inachevé de sa grossesse, que d'autres vont être chargés de parfaire, ainsi qu'à l'absence de contexte social gratifiant : faire-part différés, de même que les visites à la clinique, félicitations remplacées par des consolations, ambivalence du père "plus consolateur que gai" (80, 42).

De plus, la mère va être aussi confrontée à un double et douloureux travail de deuil : deuil de cet enfant qui vient de lui être brutalement retiré et deuil de l'enfant imaginaire. Pour Andrau (3), à cet instant, "toute identification devient impossible, tout au moins suspendue. L'enfant ne peut être imaginé, représenté, car il est absent et devient à la limite persécuteur". La mère ressent un grand vide, dans son corps et autour d'elle. Elle sort de la maternité avec rien dans les bras, et cette "grossesse à ventre vide" se poursuit ailleurs (80). Parfois, il y a même deuil anticipé de l'enfant, perçu par la mère, dans ses fantasmes, comme déjà mort et pour lequel elle ne peut élaborer aucun projet, auquel elle évite de s'attacher.

La peur que leur enfant meure est un sentiment commun à tous les parents de prématurés dans l'étude de Pederson (68). En cas de nouveau-nés à risques, prématurés ou non, atteints de graves malformations ou d'anomalie chromosomiques, des souhaits de mort peuvent être exprimés, soit d'une manière très directe, soit de façon plus camouflée, mais toujours dans une grande culpabilité. C'est souvent au père qu'incombe le dialogue avec les médecins. Cette décision prise par le père ou le couple peut peser lourd ensuite sur leur entente, et une aide psychologique devrait alors être proposée (80).

Un autre aspect de cette naissance prématurée est l'anachronisme qu'elle provoque. Nous citerons ici Gutierrez-Mimeur (42) : "durant cette période, la mère n'a pas de contact avec son nouveau-né : elle ne lui apprend rien et, dans cette période néonatale où les phénomènes physiologiques, aussi bien que l'évènement psychologique, lui rendent une sensibilité particulière, tout à fait adaptée au bébé, où elle a ce sens qui la pousse vers lui, elle ne l'en fait pas profiter : elle non plus n'en profite pas et c'est peut-être le plus grave. Elle n'apprend pas à le connaître, n'apprend rien de lui ; peu à peu, son instinct maternel, ravivé par la naissance, s'atténuera et, quand son bébé lui reviendra, elle sera non seulement inexpérimentée et éprouvée, mais elle sera éloignée de un

ou deux mois de l'acmé sensible de la naissance ; cette sensibilité destinée à un enfant qui vient de naître se sera émoussée, alors que le bébé, lui, aura un âge (corrigé) de naissance, donc un degré de maturation réclamant ce sens particulier de la mère..."

Il y a donc, déjà à la naissance, un anachronisme ; comme le dit Kaplan (47), elle ressent l'impression de vivre une expérience irréelle ; c'est davantage une opération qu'une naissance. Anachronie au retour de l'enfant, où elle a déjà reporté ses investissements ailleurs, où l'évolution physiologique, corporelle, est accomplie vers l'état d'avant la grossesse. Il faut réapprendre cette préoccupation maternelle primaire, et les investissements demandent du temps.

Ce que nous venons de décrire ne se retrouve pas évidemment au premier plan chez toutes les mères de prématurés et peut être, au contraire, très rapidement compensé chez certaines d'entre elles par les satisfactions qu'elles trouvent à s'occuper de leur enfant, qui ressemble rapidement à un nouveau-né normal. Elles peuvent aussi trouver d'immenses satisfactions et gratifications à mener à bien le maternage et les soins à donner à un enfant démuné qui a tant besoin d'elles (80).

Actuellement, l'entrée des parents dans les unités des néo-natologie, la "levée de l'interdiction de la rencontre parents-enfants", tend à modifier le profil de cette "histoire d'une prématurante", qui est assez fréquemment peu différente de celle d'une mère ayant accouché dans des conditions normales (26, 27). Nous citerons brièvement les deux tableaux classiques de troubles psychologiques décrits par Carel (26, 27, 25), qui peuvent se rencontrer dans toute parturition, mais semblent beaucoup plus fréquents quand le nouveau-né est affecté d'un risque important.

1°) *la confusion existentielle* : il s'agit d'un discret syndrome confusionnel avec sensation de flou, de vide, de bizarerie, de malaise

indéfinissable, accompagné d'une légère désorientation temporo-spatiale, disparaissant lorsque la mère s'occupe de l'enfant.

Ce tableau est interprété par Carel comme la simple majoration d'un état normal, celui de la maternalité du post-partum : structure psychotique pour Racamier (71), maladie normale pour Winnicott (91). Mais ce qui en majore les manifestations pour lui donner les apparences de la pathologie, c'est tout d'abord l'absence de l'épreuve de réalité qui constitue pour la mère le travail parturient et la présence à ses côtés du nouveau-né, évènements dont la banalité avait fait oublier le rôle structurant.

2°) *la maternalité blanche* : elle donne l'impression que l'enfant n'a pas eu le temps de s'inscrire dans le corps de la mère. La mère s'adapte d'emblée à l'absence d'enfant et paraît ne pas souffrir de ce manque. Elle est peu exigeante vis à vis de l'équipe soignante et ne laisse filtrer aucune anxiété. Tout donne l'apparence d'une normalité rassurante, si ce n'est l'absence d'affect. Pour Carel, il s'agit d'une pseudo-normalité, d'une "fuite vers la santé". Il y a deux issues à cette maternalité blanche lors du retour à domicile de l'enfant : soit la mère se sent rapidement débordée par un rôle dont elle avait, à la limite, dénié l'existence, celui d'être en relation par les soins avec le bébé ; soit il y a pérennisation sous forme d'une rationalisation des soins, la mère se comportant à l'égard de l'enfant non en mère, mais en thérapeute ou en éducatrice qui assure la sécurité biologique, mais non la chaleur affective.

2 - Le père :

Le père, qui se trouve normalement au second plan lors de la naissance, va jouer dans ces circonstances un rôle primordial. Il sera en effet le trait d'union entre la mère et l'enfant tant que celle-ci ne peut se déplacer. Il devra mettre en oeuvre toute sa sensibilité et sa maîtrise de soi afin de moduler les informations recueillies en néonatalogie, en un message aussi vrai, précis et rassurant que possible.

Le père se trouve confronté aux mêmes sentiments d'échec, d'impuissance et de blessure narcissique que sa femme. Il peut être confronté à des mouvements agressifs qui sont dus "à la peur et au recul devant le produit inachevé du ventre de sa femme, à la blessure narcissique due au mauvais état du produit de leur couple, à son inquiétude pour le développement et l'avenir intellectuel de cet enfant" (80).

Après l'accouchement, le père se trouve devant un rôle imprévu, reconnaître l'enfant, non pas comme la femme l'aurait fait au corps à corps, mais à distance, par la vue, et au travers du discours médical. Cette reconnaissance de l'enfant par le père emprunte en outre la voie du symbolique : par quelques traits de ressemblance déchiffrés sur le visage de l'enfant, il inscrit ce dernier dans la généalogie familiale. Cette inscription dans l'ordre familial, grâce à la parole du père, confère à la mère l'assise sur laquelle, à défaut de présence corporelle, s'édifie son attachement.

Le père ne trouve parfois d'issue à son angoisse que dans une identification maternelle prolongée. Présent dès les premiers instants auprès de son enfant, il suit pas à pas ses progrès et cette "préoccupation paternelle primaire" (27) suscitée par les événements va se développer au retour de l'enfant au domicile.

Un autre mécanisme de défense, l'identification au médecin, paraît répondre au même besoin d'activité et de réparation.

B - L'enfant :

Le nouveau-né en bonne santé, au sortir du "cocon" maternel, prolonge sur d'autres modes la communication entreprise *in utero* avec sa mère. Qu'il pleure ? Il voit sa faim assouvie par le lait tiède du sein ou du biberon. Il tète jusqu'à satiété, enveloppé par les bras protecteurs de sa mère. Puis le voilà bercé, agrippé au doigt glissé dans sa main ; ses paupières se ferment, un

sourire fugace s'inscrit sur son visage et l'odeur, la chaleur, la voix de sa mère l'accompagnent jusque dans son sommeil (36).

Pour le prématuré, il en est tout autrement. La naissance constitue une "rupture du continuum sensoriel que le reliait à sa mère" (81). Il est perfusé, parfois intubé, sondé, placé en incubateur, où il est le plus souvent attaché (quoique actuellement la technique des "moufles" lui évite parfois cette dernière contrainte). Ses comportements d'attachement, succion, grasping, pleurs, sourires, perdent toute signification. "Il graspe, mais n'accroche qu'un champ stérile, il écoute et n'entend que le doux ronron de l'incubateur, il flaire, mais ne sent que le désinfectant, il crie, mais il n'y a personne dans sa couveuse" (78).

Il est classique de dire que les prématurés sont à la fois hypo et hyperstimulés et que leur conditions de vie sont marquées par l'inadéquation (50, 39, 7, 53). Ils sont hyperstimulés par l'éclairage, le bruit, les vibrations permanentes, les stimulations nociceptives des soins ou des explorations ; hypostimulés par l'absence ou le peu de caresses, de bercement, de mobilisation, l'absence de succion. L'inadéquation se retrouve dans le mode d'alimentation quand elle se fait par gavage, dans les rythmes imposés et fabriqués par les soins et les nécessités du service. Une relation se noue pourtant avec les soignants, mais ce sont ces derniers qui décident de l'interaction sans idée d'harmonie.

Comme le dit Lézine (cité par Kreisler (53)), "il s'agit à la fois d'une expérience de déprivation sensorielle et d'une expérience de sollicitations aberrantes par leur qualité et la continuité. Or, la discontinuité est par elle-même essentielle pour l'organisation du développement."

Nous évoquerons brièvement le devenir de l'ancien prématuré, en citant notamment le travail de Berges et coll. en 1969 (8, 62). Ces travaux, poursuivis sur une période de 10 ans et utilisant une perspective longitudinale,

mettent en évidence la fréquence et l'importance des troubles du comportement (troubles alimentaires et du sommeil, décharges orales, agressives et auto-offensives) qui persistent au-delà de 6 ans, alors que des retards dépistés sur le plan intellectuel se résorbent, le plus souvent entièrement, même chez des grands prématurés, dès l'âge de 4 ans. Après cette étude, on a parlé de "syndrome de l'ancien prématuré".

Kreisler et coll. (51) ont étudié le devenir psychique des nouveau-nés traités en unité de soins intensifs. Il s'agit en majorité d'enfants nés à terme ou près du terme, et ayant présenté une détresse néo-natale. 48 enfants ont été étudiés avec un recul de 6 ans. La moitié des enfants ne garde pas d'anomalie apparente, l'autre moitié a une évolution psycho-pathologique variable, mais où la dominante névrotique, mais fortement dominée par les troubles névrotiques. Une atteinte neurologique ne se retrouve que dans 6 cas. Les auteurs soulignent aussi le rôle fondamental de la durée du séjour hospitalier initial, et les caractéristiques familiales psychologiques ou sociales. Les troubles sont d'autant plus fréquents et graves que l'hospitalisation est longue. En revanche, on ne note pas de relation particulière avec la nature des soins donnés, même particulièrement éprouvants.

C- La relation parents-enfants :

L'interaction de l'enfant à haut risque néo-natal, essentiellement le prématuré, avec ses parents a fait l'objet de nombreuses études depuis une vingtaine d'années. La séparation précoce et prolongée est une expérience traumatique réelle que subissent les parents, en particulier la mère, en cas de prématurité ou de problèmes graves à la naissance. L'ouverture progressive des services de néonatalogie aux parents a eu une influence importante sur leurs relations avec leurs enfants.

Précurseurs dans ce domaine, des pédiatres américains, Klaus et Kennell, en 1970 (49), développent le concept de "période critique", ou de

"période sensible" dans le processus d'attachement mère-enfant. Cette période représente la période néonatale précoce. Ils estiment que la séparation précoce de la mère d'avec son enfant, normal ou prématuré, a des répercussions importantes, aussi bien sur les comportements maternels, de maternage, pendant de long mois, que sur le développement de l'enfant. Klaus (5) démontre la possibilité, sur le plan infectieux, de faire entrer les parents dans les unités de néonatalogie. Dans cette étude, les mères qui pouvaient s'occuper de leur enfant s'attachaient plus à lui, avaient plus confiance dans leurs capacités maternelles que les mères qui en étaient totalement séparées. D'autres études vont dans le même sens (60). A partir de ces travaux, les services de néonatalogie s'ouvrent progressivement aux parents, qu'ils peuvent encourager à s'occuper des enfants. Malgré tout, la séparation existe toujours et, si, actuellement, beaucoup d'auteurs (41, 64, 65) mettent en doute cette notion de "période critique", décrite par Klaus et Kennell, il est évident que des parents dont l'enfant est hospitalisé ont moins d'opportunité pour établir une relation avec lui, et que l'expérience que vivent les parents d'enfants prématurés n'est en aucun cas comparable à ce que vivent les parents d'enfants à terme (41).

Nous allons reprendre quelques études observant des parents et enfants prématurés en interaction.

Les travaux de Minde (64) ont permis de montrer qu'une période d'adaptation d'environ deux semaines était nécessaire à beaucoup de parents, comme s'ils avaient à commencer le deuil de cet enfant imparfait avant de s'y intéresser vraiment. Le même auteur classe les mères en trois catégories selon leur degré d'activité par rapport au prématuré : nombre et durée de leurs visites à l'hôpital et intensité de leur interaction avec leur enfant (sourire, toucher, regard en face, vocalisation). Ainsi, 20 % des mères étaient classées d'emblée dans la catégorie "activité élevée", 25 % dans la catégorie "activité basse" et 55 % dans la catégorie moyenne. Il est important de noter que les

mères demeuraient dans la même catégorie au cours des trois mois suivant le retour à la maison. L'interaction mère-enfant ne semblait pas liée aux complications médicales de l'enfant, mais plutôt au passé de ces mères, au type de relation qu'elles avaient avec leur propre mère et qu'elles avaient avec le père de l'enfant, comme si la qualité des relations antérieures ou actuelles permettait une plus grande sensibilité aux signaux de l'enfant. Notons un détail intéressant de leurs observations : le toucher de l'enfant par la mère a plus de chance de se produire une fois que l'enfant commence à ouvrir les yeux ; d'autre part, l'enfant a plus tendance à ouvrir les yeux quand la mère est présente et le touche.

La même équipe, en 1985 (65), observant des interactions mère-prématuré et mère-enfant à terme lors d'un repas à 1 mois, puis durant les trois premiers mois, trouvèrent des différences : à 1 mois, les mères de prématurés sourient moins et touchent moins leur bébé, mais ces différences avaient disparu à 3 mois. Mais cette étude montra aussi que, si la moyenne des mères d'enfants prématurés essaye de s'occuper de leur enfant de façon plus intensive (plus de verbalisation, de regard en face), elles semblent délivrer ces soins avec moins d'affects. Cependant, les mères dont les prématurés auront vraisemblablement des séquelles montrent également moins d'affects, moins de stimulations dans les soins qu'elles donnent à leur enfant, indiquant peut-être une attitude fataliste, ou une adaptation à un organisme ayant moins de capacité à répondre aux stimulations. Les mêmes auteurs, en 1988, montrent que des mères de prématurés ayant un retard de développement dont le diagnostic n'a pas été encore porté, stimulent leur enfant (leur parlent plus, les touchent plus), comme si elles avaient le pressentiment d'avoir un bébé inhabituel ; après l'annonce du handicap, elles s'en occupent beaucoup moins, puis, progressivement, leur comportement s'ajuste au retard de développement, et, à 1 an, on estime qu'elles sont aussi satisfaites que les mères d'enfants non retardés. Toutefois, les mères

bénéficiant d'un soutien psycho-social sont plus à même de percevoir et de répondre aux signes précoces de leur enfant ayant un retard de développement.

Goldberg (41) résume des études qui se sont attachées à comparer de manière systématique la structure de l'interaction dans des dyades où le bébé est né à terme, à celle de dyades où le bébé est prématuré. Au moment de leur sortie de l'hôpital, les bébés prématurés sont moins capables d'avoir un état de vigilance calme et attentif et moins capables de répondre aux signaux de l'environnement que les bébés nés à terme. L'organisation de leur coordination motrice et de la modulation de leurs états de vigilance est plus médiocre ; leurs mouvements sont saccadés, trop amples, ils passent très facilement du sommeil aux pleurs et vice-versa. Tout à fait au début, les parents de prématurés paraissent moins activement engagés dans les soins aux bébés que les parents des nouveau-nés à terme. On observe moins de contacts corporels entre eux et leurs bébés, il y a moins d'épisodes d'interaction en face à face, moins de sourires et ils parlent moins aux bébés. Cependant, plus tard, les parents paraissent engagés plus activement dans les soins aux bébés qui ont présenté davantage de problèmes de santé. De plus, alors que les parents, à ce stade, déploient davantage d'efforts pour entrer en interaction avec leurs bébés prématurés, ces derniers répondent plus difficilement et moins activement que les bébés nés à terme. L'étude de Wille (1991 (87)) va dans le même sens.

De ces études, se dégage l'image d'un bébé moins gratifiant, avec qui la communication est plus difficile à établir, qui répond moins aux messages qu'il reçoit, et qui exige plus d'efforts de la part des parents. Ceux-ci doivent plus fréquemment l'apaiser et/ou le stimuler pour le réveiller et doivent surmonter les craintes fantasmatisques liées aux conséquences de la prématurité sur l'avenir de l'enfant (58). De même, M. Le Blanc (57) met en évidence la complexité du problème des interactions mère-enfant prématuré, en montrant que les stimulations adressées par la mère à son enfant sont différentes de celles adressées à l'enfant à terme, non seulement dans leurs modalités, mais aussi

dans le contenu qu'elles lui soumettent. Le trait le plus caractéristique semble être une absence d'anticipation de l'enfant en tant qu'être autonome et un état de symbiose liant la mère à son enfant, comme si tous deux poursuivaient la gestation au sein d'une "enveloppe commune". Ceci peut être envisagé comme la capacité des mères à s'ajuster à un enfant présentant des compétences différentes de celles d'un enfant à terme, dans la mesure où un enfant prématuré est, au départ, le plus souvent, un partenaire moins actif, donc peut-être moins stimulant dans la relation qu'il a avec sa mère.

Calame (23) étudie des mères d'enfants prématurés, ne présentant ni pathologie, ni complications, mêmes modérées ou mineures, avec une évolution favorable et un développement normal. Il les compare à un groupe contrôle d'enfants nés à terme, normaux. Il se demande si, dans ces conditions, de prématurité "simple", les mesures habituellement prises sont suffisantes ou s'il est nécessaire de les compléter par un programme de soutien périnatal et post-natal. Voici ses résultats : dans le groupe de mères contrôle, 80 % ont établi une relation mère-enfant parfaitement normale et 20 % présentent des difficultés, essentiellement sous forme d'une fatigue durable, rendant difficile la réalisation des tâches qu'elles avaient à assumer. Pour le groupe de mères d'enfants prématurés, plus de la moitié (57 %) présentent des difficultés durables entraînant des problèmes dans le développement de la relation mère-enfant. Les symptômes le plus souvent rencontrés étant une anxiété persistante, avec des phénomènes de surprotection, des difficultés de maternage, rendant difficiles les soins et l'alimentation de l'enfant, des troubles de l'attachement dans lesquels la mère a de la peine à reconnaître l'enfant comme étant le sien, ainsi que des symptômes de dépression, non pas seulement dans le post-partum, mais durables, tout au long de la première année de vie, gênant la dynamique familiale et le développement de la relation mère-enfant. Il n'a pas retrouvé de différence significative dans les facteurs environnementaux (familiaux, sociaux, économiques) susceptibles de perturber le développement de cette relation. Devant ces

résultats, et à la suite de plusieurs centres de périnatalogie en Europe et aux USA, l'hôpital de Lausanne a adopté ce que l'on appelle couramment des *périnatal coaching programs*, c'est à dire des programmes destinés à soutenir les parents dont l'enfant doit être hospitalisé à la naissance (22, 45).

Dans un autre travail (23), Calame a comparé, en plus des deux premiers groupes, des enfants nés à terme, mais avec un retard de croissance intra-utérin, ayant aussi évolué favorablement. Les symptômes retrouvés, tous persistant au cours de la première année de vie, sont répartis en trois catégories de gravité. Dans la première figurent des signes légers, tels que : regret d'une activité professionnelle, déception, ennui devant la nouvelle organisation familiale, fatigue, anxiété persistante quant à l'avenir de l'enfant. La deuxième catégorie comprend des difficultés de maternage, essentiellement des problèmes chroniques d'alimentation, et des difficultés conjugales apparues ou révélées dans la nouvelle situation parent-enfant. La troisième catégorie comporte les symptômes les plus graves, à savoir les troubles de l'attachement, dans lesquels la mère dit ne ressentir son enfant que comme un étranger, et les symptômes dépressifs chroniques. Dans le groupe contrôle, les différents symptômes décrits peuvent se rencontrer, à l'exception de la dépression. Leur incidence est cependant faible, sauf pour la fatigue, qui gêne durablement une mère sur cinq. Cette fatigue chronique se rencontre particulièrement lorsque sont réunis certains facteurs d'environnements, tels que le non désir de la grossesse, le travail à temps plein durant la gestation, l'appartenance à un niveau socio-économique bas. Dans le groupe des enfants nés à terme, avec un retard de croissance intra-utérin, la plupart des symptômes se retrouvent plus fréquemment que dans le groupe contrôle, particulièrement les problèmes d'attachement mère-enfant (10 %, contre 2,5 %). Dans le groupe des prématurés, ce sont l'anxiété, les difficultés de maternage, les troubles de l'attachement et les symptômes dépressifs qui sont significativement plus fréquents. Contrairement au groupe contrôle, dans aucun des deux autres groupes, les

facteurs de milieu ne semblent jouer un rôle déterminant dans la genèse des troubles relationnels mère-enfant. Il semble plutôt que se soit l'interruption du processus normal de maturation affective en cours de grossesse et la séparation mère enfant qui soient importantes.

Le sourire néonatal, spontané et réflexe, est plus fréquent chez le prématuré que chez le nouveau-né à terme, et ceci d'autant que la prématurité est plus importante. Rufo (74) montre que le sourire est précocement investi par les parents et que c'est un signal perçu comme positif. Alors que certains signaux habituels sont absents du fait de la séparation (odeur de l'enfant, ajustement postural, contact, poids du bébé dans les bras, bruits), certains signaux comme les pleurs et le sourire peuvent avoir une importance accrue dans le dialogue entre les parents et l'enfant. Quand l'enfant est en couveuse, le sourire peut permettre aux parents d'attendre. Au fur et à mesure que l'enfant grossit, à partir du moment où les parents peuvent avoir un contact plus intime, où l'enfant va sortir de couveuse, tous les autres signaux prennent une place de plus en plus importante. Barrat (6) montre aussi que les prématurés sont très attentifs aux canaux vocaux et affectifs.

Les travaux de Davis (34), en 1988, sont assez pessimistes et en contradiction avec d'autres études, notamment celles de Parmelee et Goldberg (cité par Gauthier (40)). Pour Davis, les mères de prématurés (sur une étude jusqu'à cinq semaines de vie) laissent plus leur enfant seul, les changent moins, les manipulent moins souvent, leur parlent moins, les regardent moins, et les tiennent moins dans les bras que les mères dont les enfants sont à terme. Pour Parmelee, au contraire, il semble que l'immaturité de l'enfant prématuré, ses déficits nombreux (dans sa capacité d'éveil, d'émettre des signaux, ou de répondre aux signaux, son tonus), loin de conduire à une interaction systématiquement moindre avec la mère, peuvent conduire plutôt à une activité beaucoup plus grande de la mère, à une interaction intensifiée, en somme à des activités compensatrices de la part des parents. De plus, il semble que ces

comportements parentaux ne se retrouvent pas seulement à l'âge d'un mois, mais aussi plus tard, à deux ans, qu'il s'agit d'une réaction durable et non seulement réactionnelle aux évènements traumatiques.

V- L'EQUIPE SOIGNANTE AUTOUR D'UN NOUVEAU-NE A RISQUES ET DE SA FAMILLE :

A - Evolution :

A la fin du XIXème siècle, P. Budin, (cité par Joly (46)), entreprend de faire participer la mère aux soins de son nouveau-né hospitalisé, et encourage l'allaitement au sein à la recherche d'une meilleure relation mère-enfant. Quelques années plus tard, cette attitude se révèle inapplicable et même dangereuse. La mortalité par infection intra-hospitalière est en effet alors effrayante. Pour la combattre, les efforts se concentrent pendant de nombreuses années sur les problèmes infectieux. Le strict isolement est recommandé, l'alimentation et l'élevage sont soumis à la rigueur de la technique des soins et des manipulations aseptiques. Ces efforts considérables permettent enfin de réduire les épidémies. Mais à quel prix ? Le centre de néonatalogie est devenu un lieu fermé, à air conditionné, stérilisé, en surpression, dont les ouvertures sont étudiées pour éviter au maximum les circulations microbiennes. L'obligation de revêtir dans un sas un vêtement spécial limite le nombre de personnes admises à pénétrer. La mère se trouve tout naturellement exclue de cet univers technique et aseptique.

Après les travaux de Klaus aux Etats-unis, notamment, les services de néonatalogie s'ouvrirent peu à peu aux parents. Cette évolution s'est faite de manière à ne pas bousculer les vieilles habitudes d'asepsie, les vieux rôles médicaux (76). Les mères et les pères (parfois alternativement) commencèrent à entrer dans les services, pour commencer au secteur des convalescents, puis progressivement dans les services techniques.

Ce qui a changé au début, c'est la possibilité pour les parents de voir, de toucher, de parler à leur bébé, puis de le faire boire. Pour Sapriel (76), l'entrée des parents dans l'unité avait créé une dynamique de vie. Une deuxième

étape s'est faite par la parole, celle qui questionne, qui démystifie, qui répond en mettant en place un véritable accueil des parents. Inclure cette dimension de la parole, de l'échange, amène des relations toutes différentes avec les médecins, les infirmières. La place de l'enfant change elle aussi : il est personnalisé par le visage, le discours de ses parents.

Ceux-ci peuvent alors reconnaître dans le médecin, non plus un personnage tout-puissant, mais un homme avec sa compétence, ses possibilités, ses limites. L'infirmière n'est plus uniquement une rivale trop parfaite, mais une aide, un soutien. Quant à l'enfant, il n'est plus mis à une place d'objet fascinant et terrifiant, dès lors que la mère peut le toucher, le voir réagir, s'éveiller, lui donner à boire, lui parler. Il reprend sens pour elle.

B - Difficultés rencontrées :

1 - Importance des lieux :

Les unités de néonatalogie sont très souvent divisées en plusieurs secteurs : réanimation, prématurés, convalescents, assignant ainsi à chaque degré de gravité de l'enfant un endroit particulier. Les parents repèrent vite cette notion : le service de réanimation sera plus inquiétant que le service des prématurés et chaque transfert de l'enfant d'une unité à l'autre sera source d'inquiétude ou au contraire de soulagement (75, 17). Ainsi, Bremond (17) montre que le choc de la première visite a été plus important lorsque l'enfant a été vu pour la première fois dans le service de réanimation, que lorsqu'il a été vu dans le service des prématurés.

2 - Importance des mots et des personnes :

L'information à donner aux parents est capitale. L'idéal serait bien sûr qu'elle soit donnée par une seule personne (81). Bien souvent, les parents se trouvent devant une équipe de soins structurée sur le plan technique, homogène pour le médecin ou l'infirmière qui y travaille, mais hétérogène et

difficile à saisir pour eux. En effet, les responsabilités médicales passent de mains en mains du fait de la continuité des soins. Les parents qui s'attendent à parler à un seul médecin, ont affaire à plusieurs sources d'informations. Les membres de l'équipe médicale ne peuvent pas toujours être disponibles à n'importe quel moment pour renseigner des parents angoissés et l'attente majore l'angoisse. De même, si toute l'équipe se mobilise pour soutenir les parents et harmoniser leurs relations avec l'enfant, il est fréquent de voir des parents amplifier de légères discordances de point de vue, nourrir leur angoisse du moindre signe, et ne pas manquer de décharger leur agressivité par voie directe ou détournée (75).

Pour Soulé (81), devant un nouveau-né en détresse vitale, rien d'autre n'intéresse les parents que la réponse à trois questions : va-t'il vivre ? s'il survit, gardera-t'il des séquelles ? quelle maladie a-t'il ? A aucune de ces trois questions le médecin ne peut répondre avec certitude, du moins durant les premières heures, où même les premiers jours. Le risque est alors qu'il ne masque son incertitude, ou son ignorance derrière une masse d'informations et de détails que les parents oublient, ou ne les comprennent pas, demandant à chaque visite qu'ils soient interprétés et répétés, cherchant parfois à mettre leurs interlocuteurs en contradiction.

Ce poids des mots se retrouve dans certains pronostics médicaux, hâtivement donnés à la naissance. Des paroles prononcées au moment de l'accouchement et dans les premiers instants de la vie de l'enfant, par des médecins, des infirmières, des sages-femmes prennent valeur de sentence ou de prédiction. Ils reviennent dans la pensée des parents comme des paroles maléfiques, attachées au corps de l'enfant, installant une angoisse entre eux et lui.

3 - Notion de deuil anticipé :

Nous parlerons ici du deuil anticipé qui existe chez des parents dont la vie de l'enfant est menacée, ce qui peut être le cas chez des enfants nés prématurément ou en état de détresse vitale. Ces parents évitent alors de s'attacher à l'enfant, ou, si l'attachement était déjà constitué, présentent des réactions de deuil anticipé, se préparant à la mort de leur enfant au lieu de l'investir de vie. Cela peut se traduire par le refus des visites, de s'occuper de l'enfant, de le toucher. Ce deuil anticipé peut avoir des effets très néfastes dans la mesure où, quand l'enfant survit, les parents peuvent éprouver de la peine à réinvestir un enfant mort dans leur fantasmes. Ce bébé qu'ils recueillent est un corps vers lequel ne se dirigent plus leurs affects (25).

Un des effets du deuil anticipé, décrit par Solnit et Green (cités par Carel (25)), est une série de symptômes que les auteurs regroupent sous le nom de "syndrome de l'enfant vulnérable". L'enfant ne peut se séparer de sa mère jusqu'à un âge avancé, se comporte de façon régressive, ou au contraire s'expose en permanence aux risques.

4 - Vécu et rôle de l'équipe soignante :

Les infirmières et auxiliaires de puériculture jouent un rôle primordial au sein de l'unité de néonatalogie, tant au niveau des soins dispensés à l'enfant qu'à celui de la prise en charge des parents. Leur situation est délicate et nécessite une attention particulière quant aux répercussions sur l'attitude parentale de leur intervention auprès de l'enfant. Le plus souvent, elles s'investissent dans une relation avec l'enfant qui leur est confié : mères de substitution, mères auxiliaires, mères provisoires vouées à l'abnégation, combien est ingrate, mais nécessaire leur tâche lorsqu'il s'agit de piquer, d'attacher, de gaver l'enfant. Leur présence est également essentielle pour l'établissement de la relation parents-enfant. Elles doivent, à cette période cruciale, partager avec modestie leur savoir et permettre ainsi aux parents de découvrir leurs

compétences et de recouvrer peu à peu leur place auprès de l'enfant (8). Quel que soit la réaction des parents (indifférence, agressivité, envie ou jalousie) au rôle substitutif qu'elles occupent auprès de l'enfant, il est important d'éviter projections et jugements hâtifs à leur égard. Ils ont avant tout besoin d'aide et de compréhension. Lorsqu'elles remettront l'enfant dans les bras de parents détendus, prêts à l'accueillir, elles pourront mesurer le chemin parcouru et seront en mesure "d'adopter" un nouveau venu. Comme nous l'avons déjà dit, le médecin, sans doute moins impliqué dans la relation parent-enfants, a la tâche difficile de dispenser précautionneusement des informations médicales accessibles qui peuvent avoir un impact important sur le processus d'attachement, et d'expliquer les attitudes thérapeutiques adoptées.

C - Perspectives actuelles - place du psychiatre :

Actuellement, la nécessité d'un contact précoce parent-enfant est admise partout. Les recherches actuelles, notamment américaines, visent à essayer d'améliorer la prise en charge des parents, le développement de leurs compétences (94, 77, 43, 93).

Depuis de nombreuses années, les psychiatres d'enfants se sont intéressés à la prévention des troubles du développement des enfants hospitalisés à la naissance, la prématurité représentant, nous l'avons vu, une situation à risque. Cette pénétration des psychiatres dans les services de nouveau-nés s'est faite de différentes manières. Certains pensent que le rôle du psychiatre est surtout d'avoir une réflexion avec l'équipe soignante (Sapriel, cité par Rufo (73)), d'autres, comme Berger (7), pensent que tous les parents doivent être vus en consultation psychiatrique, ou du moins ceux qui sont particulièrement traumatisés.

Des équipes comme celle de Marseille (73, 81) font de la sortie du service un moment très important : elle représente en quelque sorte une "nouvelle naissance". Elles ont organisé des consultations de sortie, pédiatrique

et pédopsychiatrique, destinées à répondre à l'éventail des questions parentales en harmonisant les réponses médicales et psychologiques. Cette consultation représente un "sas" de transition entre l'hôpital et la maison.

D'autres prises en charge expérimentales sont organisées : ainsi, cette "unité kangourous" (85), à l'hôpital Antoine Béclère, permet à la mère de garder son enfant prématuré auprès d'elle, maintenant la famille dans les conditions normales de la naissance, autorisant notamment les visites des frères et soeurs.

Aux Etats-unis, des expériences de prise en charge des prématurés "peau à peau" ont vu le jour depuis deux à trois ans (2). Ces mères portent leur enfant contre elles, comme un kangourou. D'après les auteurs, cette méthode apporte de nombreux avantages : les enfants pleurent moins, grossissent bien, sortent plus tôt de l'hôpital, et la mère a plus de lait et pendant plus longtemps.

Des groupes de parents d'enfants prématurés existent aussi aux Etats-unis (93), et il semble que les parents "vétérans" établissent rapidement une relation, avec de nouveaux parents, les aidant à prendre confiance en eux.

De tout ce qui précède, il ne serait pas justifié de conclure que toutes les dyades mère-prématuré présentent des difficultés interactionnelles. Au contraire, la grande majorité parvient à établir une interaction harmonieuse, car le bébé comme la mère mettent en oeuvre des mécanismes capables de lutter contre les difficultés initiales. Cependant, la prématurité reste un facteur de risque de difficultés interactives.

**OBSERVATIONS D'ENFANTS NOUVEAU-NES HOSPITALISES
EN UNITE DE NEONATALOGIE**



METHODOLOGIE



1) Hypothèse de travail :

Nous avons comme hypothèse de départ que ce qui se passait dans le temps suivant l'accouchement, notamment les mots prononcés par le pédiatre quand il y a nécessité d'hospitalisation à la naissance, pourraient avoir un impact sur les représentations que la mère a de son enfant. Nous voulions de plus étudier l'évolution de ces représentations maternelles.

2) méthode :

Le recrutement des enfants s'est déroulé d'avril à septembre 1992 dans le service de pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges.

Nous avons décidé de ne travailler qu'avec un seul pédiatre (Docteur Ronayette) dans le but d'avoir une certaine unité dans le type de discours.

Les conditions pour qu'un enfant et ses parents soient inclus dans l'étude étaient : outre que ces derniers acceptent d'y participer, que le pédiatre qu'ils avaient rencontré et qui leur avait parlé de l'état de leur enfant en premier soit le docteur Ronayette, et que nous puissions les revoir à 6 mois. Le service de néonatalogie draine en effet une assez grande région, et nous nous sommes limités aux familles habitant le département. D'autre part, le pédiatre,

après avoir vu les familles, devait noter sur le dossier médical, (ou mieux enregistrer s'il le pouvait), ce qu'il avait dit aux parents.

Le médecin nous signalait quand il avait vu une famille, et nous la rencontrions le plus rapidement possible. Nous avons pris contact avec les parents le plus souvent dans le box de leur enfant, dans l'unité de néonatalogie, et nous leur avons expliqué succinctement le but de cette recherche. Parfois nous sommes allés rencontrer les mères à la maternité. Nous avons pu contacter sept familles, deux ont refusé de participer à l'étude.

La méthode de travail a consisté en trois entretiens d'une durée de trois-quarts d'heure à une heure. Chaque entretien était enregistré avec l'accord des parents. Le premier entretien, réalisé au cours de l'hospitalisation de la maman, avait lieu dans un bureau du service, en présence parfois (deux fois sur cinq) du papa. Deux autres entretiens étaient prévus, à 1 mois et à 6 mois. Le terme de 6 mois avait été fixé de façon arbitraire en raison du temps qui nous était imparti pour réaliser ce travail. Ces deux derniers entretiens ont été réalisés à domicile, sauf pour une famille, la maman préférant revenir nous voir à l'hôpital.

Il s'agissait d'entretiens semi-directifs, où nous avons essayé de recueillir des informations concernant le vécu de la grossesse, de l'accouchement, des premiers contacts avec l'enfant. Les deux derniers entretiens étaient moins directifs. Nous leur avons demandé à chaque fois s'ils se souvenaient de ce que leur avait dit le pédiatre la première fois qu'ils l'avaient rencontré, si cela les avait inquiétés, comment il le vivaient maintenant. Pour certaines mères, l'entretien était mené au fil de leurs associations, guidé par elles. Nous n'étions pas vraiment neutre, mais plutôt bienveillante, assez proche des parents.

Parallèlement aux entretiens nous avons fait passer un questionnaire. L'entretien "R", méthode d'évaluation des représentations maternelles, mis au point par l'équipe de Stern (83) nous a paru être un outil

intéressant, dans la mesure où il nous permettait de suivre, de façon relativement objective, les représentations qu'avaient ces mères de leur enfant, de leur mère, d'elles-mêmes en tant que mère. Nous avons supprimé des questions qui s'éloignaient de notre travail : le questionnaire tel que nous l'avons utilisé se trouve en annexe. Il devait être passé 1) peu après la naissance et le premier entretien, durant l'hospitalisation de la maman et 2) à 6 mois lors de notre dernière visite. Par deux fois, pour des raisons d'organisation, il n'a pu être réalisé à l'hôpital, et l'a été lors de l'entretien du premier mois.

Nous avons retranscrit tous les entretiens pour les analyser et les travailler avec plus de facilité. Les questionnaires ont également été dépouillé et analysé.

Nous présenterons chaque observation commentée, avec une tentative d'interprétation des mécanismes mis en cause. Le discours des parents sera largement utilisé dans la présentation du travail.

Une seule famille a été perdue de vue, car elle a déménagé. Avec toutes les autres nous avons pu maintenir le contact, et elles ont accepté sans hésitation de nous revoir à 6 mois, après un appel téléphonique. Ces parents, d'une façon générale, ne semblent pas avoir vécu cette enquête comme quelque chose de difficile.

=====

LES OBSERVATIONS



Observation n° I

FAUSTINE : LE BEBE RECONNU

A - OBSERVATION :

1° - Observation médicale :

Faustine est une petite fille qui naît à terme, par voie basse, dans le service de maternité du CHU. Elle pèse 3 kg 360. A la naissance, le score d'Apgar est à 3, avec notamment une fréquence respiratoire à 1. Elle est intubée rapidement avec aspiration trachéale. Elle est transférée dans le service de réanimation néonatale du CHU.

A l'admission dans le service, il est noté essentiellement des téguments jaunâtres, et l'examen pulmonaire retrouve des sous-crépitations bilatéraux. L'aspiration trachéale est très productive et ramène du liquide méconial. Le reste de l'examen est normal, notamment sur le plan neurologique, avec une bonne réactivité et un bon tonus.

Sous O₂ à 60 %, Faustine retrouve rapidement une bonne coloration. Elle est mise sous antibiothérapie à titre préventif.

L'évolution dans le service sera très rapidement favorable, avec extubation au bout de 3 jours. Après une perte de poids initiale, il y aura une reprise pondérale régulière.

A la sortie du service, après six jours d'hospitalisation, Faustine pèse 3 kg 320. L'examen viscéral est normal, elle a un très bon comportement neurologique.

2° - Observations infirmières :

Nous n'avons pas retrouvé, malheureusement, dans le dossier, de feuille de liaison, de relations. Il semble que ce document, qui existe dans l'unité des prématurés du CHU depuis quelques années, n'existait pas encore à l'époque

dans l'unité de réanimation néo-natale. Pas encore, puisque, pour l'une des enfants de notre étude, hospitalisée 4 mois plus tard dans ce même service, cette observation infirmière existe.

Nous n'avons donc aucun renseignement côté infirmier quant à la fréquence des visites des parents, à leur attitude vis à vis de Faustine. Nous savons seulement qu'elle est sortie en même temps que sa maman de l'hôpital.

3° - Discours du pédiatre :

Le pédiatre a rencontré Mme B..., le jour même de l'accouchement, dans l'après-midi. Nous retranscrivons ici ce qu'il pense avoir dit, comme il l'a inscrit dans le dossier médical.

"L'accouchement a été très rapide, ce qui a entraîné comme une noyade (de liquide amniotique et de méconium). Il y a un risque de surinfection et de difficultés respiratoires pendant plusieurs jours.

"Le cerveau n'a pas souffert. Elle est bien réactive.

"Il faut l'aider pour respirer pendant plusieurs jours. On va la garder 10 à 15 jours."

B - ENTRETIENS :

Nous rencontrons Mme B..., pour la première fois en entretien, 4 jours après la naissance de Faustine. Nous avons pris contact avec elle dans sa chambre à la maternité le lendemain de la naissance pour lui demander si elle acceptait de participer à notre étude, ce qu'elle a fait avec enthousiasme. Nous nous reverrons un mois plus tard à son domicile en compagnie de Faustine ; le premier questionnaire est rempli à cette occasion. Faustine a 6 mois quand nous revenons les voir chez elles pour une dernière visite. Mme B... répondra alors au second questionnaire. Nous ne rencontrerons jamais le papa.

Faustine est la deuxième enfant de la famille, son frère aîné, Hugo, a deux ans. Mme B... a 31 ans, elle est caissière, son mari est routier.

Dès le début de sa grossesse, les relations avec son bébé sont émaillées de difficultés qu'elle nous décrit en restant très détendue et souriante, sans inquiétude apparente lors des deux premiers entretiens.

Elle a vécu cette deuxième attente comme très différente de la première. Les premiers mois ont été marqués par des saignements et, nous dit-elle, *" cela a mal débuté ; il y avait deux cellules et j'ai perdu un oeuf. Je ne sais même pas si c'était au stade des jumeaux."* Elle ne paraît pas très affectée et ne reviendra pas sur cet épisode initial au cours de nos entretiens. *"La grossesse était différente car cela bougeait énormément ; depuis décembre c'était un véritable casse-tête ; cela m'en agaçait même [...] je le supportais moins bien que pour une première grossesse."* Nous notons que l'enfant n'est pas encore nommé ; c'est une chose ("cela") sans vraiment d'existence réelle.

Des difficultés, insatisfactions et inquiétudes, ont aussi marqué la période de son accouchement ; elle les abordera toujours sur le même ton détaché et décontracté.

Le travail s'est déclenché assez rapidement en milieu de nuit, son mari étant absent. Elle a attendu un peu avant d'appeler ses parents, qui devaient garder Hugo. Ces derniers, habitant à 30 km, ont mis, d'après elle, beaucoup de temps à arriver.

"Il sont arrivés à 6 heures ; le temps d'arriver (à l'hôpital), il était 6 heures et quart, et Faustine est née à 6 heures et demie. Alors, il était temps que j'arrive !"

Après cet accouchement éclair, le premier souvenir qu'elle a de sa fille peut paraître assez décevant, mais elle ne le commente pas : *"je ne l'ai pratiquement pas vue, il me l'ont prise aussitôt. Je ne savais pas si c'était un garçon ou une fille ; j'ai demandé et puis c'est tout [...] Je ne l'ai pas entendue."* Elle n'a pas pu faire connaissance avec sa fille, ni la reconnaître. L'urgence médicale a fait que l'on n'a pas pu lui donner le temps de faire cette

reconnaissance. Elle sera obligée de le faire un peu plus tard, en s'aidant d'une photo.

Malgré les vagues explications médicales qu'on lui fourni à ce moment, elle ne s'inquiète pas : *"c'est vrai que, cela avait été rapide, je ne savais pas très bien où j'en étais, et puis, je faisais confiance."*

Mme B... va voir seule Faustine dans le service de réanimation néonatale, dans l'après-midi qui suit l'accouchement. Elle est très impressionnée par la technicité du service (*"quand je l'ai vue dans la couveuse, branchée de partout..."*), et reste très peu de temps auprès de sa fille. Elle part du service avec une photo de Faustine, prise par les infirmières. Cette photo joue un rôle important dans les premières relations entre Faustine et sa mère, et plus tard dans l'histoire de Faustine. Elle a permis à Mme B... de s'adapter à cette image de sa fille, premier lien entre elles : *"j'y suis remonté quand même dans la soirée, et cela allait bien ; j'avais la photo : j'avais eu temps de me faire à l'idée."*

Mme B... nous reparlera de cette photo à 6 mois, trace qu'il s'est passé quelque chose à la naissance de Faustine, dont elle peut, à ce moment-là, parler : *"j'ai gardé la photo que j'avais eue [...] je la mettrai dans l'album. Il n'y a pas de raison de la détruire ou de la cacher. Il s'est passé des choses [...] je lui montrerai, je lui dirai ce qui s'est passé, le départ qu'elle a eu [...] de toute façon, cela ne pourra pas s'oublier."*

Au cours du premier entretien, peu de temps après la naissance, Mme B... ne nous reparle essentiellement que d'un mot, que lui a dit le pédiatre : *"il m'a dit qu'elle s'était noyée"*. Elle avoue avoir été surprise, inquiète, perturbée par cette expression et, très vite, nous dit : *"maintenant, avec le recul, c'était bénin."* (Faustine a 4 jours). L'inquiétude et les pensées qu'elle a laissées poindre quand elle a évoqué cette "noyade" et ses conséquences éventuelles semblent rapidement mises à distance.

Mme B... fait, trois jours après son accouchement un "baby blues", minime semble-t-il, qu'elle banalise également, nous expliquant qu'ayant de bonnes nouvelles de Faustine, elle va beaucoup mieux. Effectivement, à partir du quatrième jour, elle peut s'occuper de sa fille et la faire téter et *"cela se passe bien apparemment."*

Mme B... a eu du mal, au départ, à reconnaître sa fille comme une personne à part entière : *"au premier abord, j'ai trouvé que c'était la même tête qu'Hugo. Le premier jour, j'avais l'impression de voir Hugo deux ans avant. Et puis maintenant, non, ce n'est pas du tout la même tête, il n'y a pas de problème."* Elle reparlera de cette différence, comme pour la confirmer, dans le questionnaire à 6 mois (2ème question sur les caractéristiques de son enfant) : *"elle est très différente de son frère, ce ne sont pas du tout les mêmes enfants."*

Elle nous dira qu'elle trouve sa fille jolie, sans commentaire, renforçant ce terme lors du premier questionnaire (1ère question) : *"belle, bien sûr quand c'est les siens."* Ce discours, un peu plaqué, stéréotypé, répondant aux règles conventionnelles de l'amour maternel dans notre société, elle va être capable de le reprendre, de le critiquer à 6 mois, après avoir pu exprimer sa culpabilité envers sa fille et reparler de ce qui s'était passé : *"Maintenant, je la trouve plus jolie que quand elle était bébé. Hugo, je l'ai toujours trouvé beau, tandis que là, c'est vrai, à moment donné, je ne la trouvais pas très belle [...] quand on est mère, on trouve toujours son bébé beau [...]. C'est vrai que maintenant, j'aime sa petite tête, elle est marrante."*

Dans cette première entrevue, nous percevons aussi une certaine discordance entre le discours conscient de Mme B... à propos des visites qu'elle a reçues au cours de son hospitalisation et ce que nous percevons d'inconscient à ce sujet. Mis à part les quelques visites de son mari (quand il pouvait se libérer de son travail), personne n'est venu la voir, ni elle, ni Faustine. Hugo n'est pas venu : *"La grand-mère n'en parle pas. Il sont à 30 km, alors..."* A la

question "vous avez des visites ? Comment cela se passe ?", elle répond : "*non, mais cela ne me dérange pas. Je ne suis pas dérangée par les visites, mais cela ne me dérange pas.*" Nous ressentons une certaine amertume dans le ton, ainsi qu'une grande ambivalence.

Il va y avoir une évolution au cours des deuxième et troisième entretiens.

A 1 mois, Faustine est une petite fille éveillée ; elle commence à regarder partout, recherche la source d'un bruit, d'une voix. De récentes régurgitations, importantes, après les biberons, inquiètent sa mère ; un traitement a été instauré. Depuis, Mme B... nous dit être un peu crispée lorsqu'elle fait boire sa fille. De fait, nous assisterons à un repas de Faustine, au cours duquel cette maman semble un peu tendue. Surtout, elle retire très souvent la tétine de la bouche de Faustine. Cette tétée ne paraît pas très satisfaisante pour l'enfant, alors que, par ailleurs, le contact entre la mère et la fille paraît bon, avec notamment beaucoup d'échanges visuels.

Malgré ces inquiétudes pour les régurgitations, à ce moment précis, aucun lien ne semble pouvoir être abordé entre ces dernières et les problèmes de Faustine à la naissance, cette "noyade". Au contraire, il existe un déni de ce qui a pu se passer, une mise à distance. Quand nous lui demandons, si, avant les régurgitations, tout se passait bien : "*oui, mais il n'y a pas de raison, il faut que cela se passe*". A la question : "*êtes-vous inquiète depuis qu'elle a été hospitalisée, y repensez-vous ?*", elle répond laconiquement : "*pas du tout, non.*" Le fait le plus marquant est quand nous lui demandons si elle se souvient de ce qu'a dit le pédiatre quand elle l'a vu la première fois : "*oui, oui.*" C'est très bref, et nous ne nous sentons pas, alors, le droit de lui poser plus de questions. Elle ne pouvait visiblement pas aborder à nouveau le problème, ni prononcer les mots du pédiatre.

Elle renforce cette mise à distance. A la question : "cela (ce qui s'est passé à la naissance) ne vous inquiète-t'il pas par rapport au fait qu'elle

régurgite maintenant ?", elle répond : *"non, bien sûr, c'est embêtant, mais c'est des petites choses, qui vont passer avec le temps. Non, je n'ai pas stressé."*

Nous retrouvons cette banalisation aux questions n° 4 et 5 du premier questionnaire : les évènements qu'elle nous cite comme ayant pu être importants pendant sa grossesse sont la présence d'Hugo, le fait que "cela" bougeait beaucoup, et qu'elle était inquiète car à la dernière visite on lui a dit à l'échographie que le bébé était petit. A la question n°5 elle nous répond que ces évènements n'ont eu aucune influence sur sa façon de penser ou d'agir avec sa fille. Par contre, à la question n° 8 sur ses traits personnels comme mère, elle s'estimera plus inquiète et plus soucieuse qu'au 6ème mois (planche n°1).

Par ailleurs, au cours de cet entretien, elle commence à évoquer, à l'occasion du questionnaire, notamment des questions concernant sa mère (questions n° 9 - 10 - 11 -12), les difficultés avec cette dernière, qu'elle ne fait qu'aborder, mais qui semblent l'affecter beaucoup. *"Elle n'est pas pour les familles nombreuses, un enfant, c'est très bien, la venue du deuxième, elle n'était pas pour"*, répond-elle à la question n° 9. Sur les échelles analogiques (question n° 12 sur les traits personnels de sa mère), elle la considère plutôt comme soucieuse, insatisfaite dans son rôle de mère, et concevant son rôle de mère comme difficile. Il y aura peu de changement à 6 mois.

Le début du 3ème entretien, tournera autour des difficultés alimentaires de Faustine, qui refuse de manger à la cuillère. Il y a semble-t'il une épreuve de force entre la mère et la fille à chaque repas : *"on a une certaine habitude : quand je mets la cuillère, elle repousse systématiquement ; ou bien, dès qu'on voit que c'est le moment du repas, on se met le pouce dans la bouche et on me regarde."*

De plus, Faustine est constamment enrhumée depuis que son frère va à l'école.

Nous ferons le questionnaire en début d'entretien et nous remarquons qu'elle considère sa fille de façon plus positive à 6 mois (planche

n°2). Aux questions n° 4 et 5, elle est maintenant capable de parler de cet accouchement très rapide, du "départ" plus difficile de Faustine, et de reconnaître que ces deux évènements ont eu une grande influence sur sa manière d'agir avec sa fille et, nous dira-t'elle en substance, *"cela restera toujours ancré."*

Les questions sur sa mère seront l'occasion pour Mme B... de nous parler des grandes difficultés qu'elle a eu avec elle depuis la naissance de Faustine. Cette dernière n'avait pas été "reconnue" par sa grand-mère : pas de visite à l'hôpital, pas ou peu de visite à la maison et, nous dit Mme B... *"la petite avait 4 mois, elle ne l'avait jamais prise dans les bras."* Ne supportant plus cette situation, elle provoquera un peu sa mère : *"je le lui ai fait remarqué devant tout le monde. Elle a reconnu que c'était vrai, et puis c'est tout... Je lui ai même fait dire quelque chose qui m'a fait du mal : si elle n'avait pas eu d'enfant, cela ne l'aurait pas gênée du tout... Finalement, j'étais contente qu'elle le dise. Maintenant ça va, elle regarde la petite, elle la prend."* Ce conflit se retrouve aux échelles de la question n° 12, où, par rapport au premier questionnaire, elle pense moins à sa mère, est plus négative envers elle, ainsi qu'aux questions n° 15 et 16 des deux questionnaires. A la question n° 15 (désirs les plus forts pour votre enfant), elle répond : *"qu'elle soit heureuse, satisfaite de ses parents, que j'aie de bons contacts avec elle quand ce sera à son tour d'être mère. J'essaierai de ne pas réagir comme ma mère."*, et, à la question n° 16 (plus grandes craintes pour votre enfant) : *" pas de dialogue"*.

Après avoir parlé de ses difficultés avec sa mère, elle est capable de retrouver les mots du pédiatre, et de les répéter, de façon plus complète même que lors du premier entretien : *"qu'elle s'était noyée. Il m'a expliqué avec une radio. Cela pouvait durer 8 à 15 jours. Mais, << se noyer>>, <<comme une noyade>>, ça, ça restera."*

affectueuse	<u>6</u> _____ <u>1</u>	peu affectueuse
tolérante	<u>6</u> _____ <u>1</u>	rejetante
confiante	<u>6</u> _____ <u>1</u>	inquiète
disponible	_____ <u>16</u> _____	occupée ou préoccupée ailleurs
mère-poule	_____ <u>6</u> _____ <u>1</u> _____	détachée
patiente	<u>6</u> _____ <u>1</u>	impatiente
permissive	_____ <u>6</u> _____ <u>1</u>	autoritaire
enjouée	<u>6</u> _____ <u>1</u>	sérieuse
insouciante	<u>6</u> _____ <u>1</u>	soucieuse
satisfaite dans son rôle de mère	<u>1</u> _____ <u>6</u>	insatisfaite dans son rôle
rôle de mère facile	<u>1</u> _____ <u>6</u>	rôle de mère difficile

PLANCHE N° 1

Question n° 8 : traits personnels : vous comme mère

1 : marque à 1 mois

6 : marque à 6 mois

actif	<u>6</u> _____ <u>1</u>	inactif
calme	<u>6</u> _____ <u>1</u>	agité
accepte le contact	<u>6</u> _____ <u>1</u>	refuse le contact
gai	<u>6</u> _____ <u>1</u>	triste
facile	<u>6</u> _____ <u>1</u>	difficile
beau	<u>6</u> _____ <u>1</u>	laid
calin	<u>6</u> _____ <u>1</u>	distant
réceptif	<u>6</u> _____ <u>1</u>	peu réceptif
vif	<u>6</u> _____ <u>1</u>	éteint
affectueux	<u>6</u> _____ <u>1</u>	peu affectueux
peu inquietant	_____ <u>1</u> _____ <u>6</u>	inquiétant
observateur	<u>6</u> _____ <u>1</u>	indifférent

PLANCHE N° 2

Question n° 3 : traits personnels de l'enfant

1 : marque à 1 mois

6 : marque à 6 mois

Observation n° II

ARIANE : LE BEBE MORCELE

A - OBSERVATIONS :

1 - Observation médicale :

Mme I... accouche à terme par voie basse, dans une clinique de Limoges, d'une petite fille hypotrophique. Ariane pèse à la naissance 2 220 g pour une taille de 43 cm. Elle présente en outre, comme malformation évidente, une malposition des pieds. Il n'y a pas de signe de souffrance foetale aigüe. Elle sera transférée dans le service des prématurés du CHU en raison de cette hypotrophie et de cette malformation.

Mme I... obtiendra sa mutation en maternité au CHU pour être aux côtés de sa fille.

A l'admission d'Ariane, il est noté essentiellement un phénotype particulier avec implantation basse des oreilles, microrétrognatisme, microphthalmie, racine du nez saillante, narines larges et horizontales, fentes palpébrales obliques en bas et en dehors, aspect de front fuyant, mamelons anormalement écartés et abaissés. Il existe donc une malposition des pieds (pied bot varus équin à droite et pied métatarsus varus à gauche) pour laquelle le chirurgien prescrit de la kinésithérapie quotidienne ainsi que le port de plaquettes.

L'examen clinique retrouve essentiellement un souffle cardiaque systolique et, au niveau neurologique, un tonus médiocre au niveau de la tête, un tonus passif des membres normal, une bonne réactivité et une motilité spontanée satisfaisante. Il existe aussi un purpura pétéchial en rapport avec une thrombopénie.

De nombreux examens seront entrepris à la recherche d'une étiologie. Il sera réalisé notamment un caryotype.

Une étiologie virale sera tout d'abord suspectée en raison d'une grippe qu'a eue Mme I... à 3 mois et demi de grossesse. L'échocardiographie montrera des calcifications mitrales et endocardiaques compatibles avec une foetopathie.

Cependant le caryotype montrera une monosomie 21 avec extra-chromosome. Le syndrome malformatif et la thrombopénie sont compatibles avec cette aberration chromosomique.

L'évolution d'Ariane dans le service sera médiocre. Les tétées sont très laborieuses, imposant le recours au gavage de façon intermittente. Après une perte de poids initiale de 140 g et une courbe de poids ascendante, il se produit un net fléchissement de la prise pondérale.

Le jour de sa sortie à 19 jours, Ariane pèse 2 390 g.. Elle présente une hypotonie globale, active et passive. Les réflexes archaïques sont présents, mais incomplets et il n'y a pas de bonne poursuite oculaire.

2 - Observations infirmières :

Parmi les enfants de notre étude, hospitalisés dans l'unité des prématurés, Ariane est celle qui paraît avoir été le plus investie par l'équipe infirmière. En effet, nous avons retrouvé à son sujet des feuilles de relations extérieures très complètes et détaillées. Nous avons le sentiment, au travers de ces documents, que les parents d'Ariane et surtout sa maman, ont été pris en charge, maternés par l'équipe (une infirmière a noté, par exemple : "maman a fait tété sa puce").

Le père vient voir sa fille dès son arrivée dans l'unité. Son épouse l'accompagne le soir même et ils rencontrent alors le pédiatre. Le médecin traitant de la famille appelle rapidement le service et il se tiendra régulièrement au courant de l'évolution d'Ariane et des résultats des examens.

La maman est restée hospitalisée aussi longtemps que sa fille (3 semaines). Elle est sortie la veille du départ d'Ariane. Elle vient voir sa fille très

régulièrement, à toutes les tétées (9, 12, 15, 18 et 21 heures), accompagnée très souvent par son mari. Elle s'occupe presque entièrement de sa fille, la change, la fait téter. Trois jours après la naissance, il est noté que les parents semblent préoccupés, mais qu'ils évitent de le montrer. Ils posent beaucoup de questions et se tiennent très au courant des examens pratiqués. L'entourage familial et amical paraît important et très présent (en effet, beaucoup de personnes se succèdent derrière la vitre du box d'Ariane pour faire sa connaissance). Au huitième jour, la grand-mère maternelle va voir une infirmière pour lui dire que sa fille est effondrée, mais ne le montre pas.

Les parents rencontrent plusieurs fois le pédiatre. Les résultats des examens pratiqués sont annoncés progressivement. Notamment, on ne leur parle du caryotype demandé que quatre jours après la naissance d'Ariane. Une semaine après, il est noté que la maman est très impatiente de connaître le résultat de l'électroencéphalogramme et du caryotype et que le pédiatre ne l'a pas alarmée quant au résultat de l'EEG et est resté très modéré.

3 - Le discours du pédiatre :

Ariane est la seule pour laquelle nous avons un enregistrement de ce qu'a dit le pédiatre à ses parents quand ils l'ont rencontré pour la première fois. Nous retranscrivons ici ses paroles :

"Votre petite fille pose des petits problèmes : un problème de pied; On a le pied droit bien tordu, le pied gauche un peu moins. On va faire de la kinésithérapie, cela va se réparer. Il faut suivre cela jusqu'à ce que cela se refasse bien et qu'elle marche bien. Là on y arrivera, pas de problème.

Autrement, vous avez vu, elle est menue. Elle a une toute petite taille, et à un petit poids par rapport à son terme. Je ne sais pas pourquoi, je ne peux pas vous le dire comme ça. On va faire des examens pour essayer de comprendre ce qui s'est passé.

On entend un petit souffle au niveau du coeur, qui ne m'inquiète pas beaucoup.

Donc c'est l'ensemble, ce petit souffle, le fait qu'elle soit petite, les pieds qui sont mal posés, tout cet ensemble fait qu'il faut faire des examens pour voir ce qui c'est passé pendant la grossesse. Y a-t'il eu une maladie qui est restée inaperçue chez vous ? Parce que cela fait partie des petites malformations.

Il n'y a rien de grave, il faut faire un bilan complet pour pouvoir répondre avec certitude, on ne peut pas en dire plus pour le moment. Elle a les pieds, le coeur, le poids, elle a aussi des petites tâches sur la peau qui s'appelle un purpura ; c'est parce qu'elle manque de plaquettes. C'est peut-être parce que vous avez fait une maladie virale.

B - ENTRETIENS :

Nous rencontrons Mr et Mme I... pour la première fois dans le box d'Ariane. Après nous avoir demandé beaucoup de renseignements sur notre enquête, ils acceptent finalement d'y participer. Le papa souhaitant être présent, nous fixons un rendez-vous quatre jours plus tard pour le premier entretien. Nous les reverrons une semaine plus tard pour le premier questionnaire. A 1 mois, nous irons les voir à domicile. Le papa est toujours présent, mais il ne participera pas ou peu à l'entretien, car il fait téter sa fille. Nous ne pourrons les rencontrer à 6 mois, car Mr et Mme I... ont quitté Limoges 2 mois avant.

Nous nous trouvons devant un couple très inquiet, et qui le demeurera tout au long de ces entretiens. C'est un jeune couple (Mme I... a 26 ans, son mari 27 ans) ; ils travaillent tous les deux, lui est enseignant et chercheur, elle a un poste de responsabilités dans un secteur industriel. Ils ont tous les deux un bon niveau intellectuel leur permettant une certaine intellectualisation face à leurs réactions émotionnelles avec mise à distance devant les difficultés qui vont survenir.

Mme I... est une jeune femme un peu frêle, de présentation toujours impeccable. C'est elle essentiellement qui prend la parole pendant nos conversations, Mr I... intervenant parfois, sur un ton professoral. Les deux premières fois où nous les voyons ensemble, il "couve" sa femme du regard, semblant à la fois la soutenir et la protéger.

Tout au long de ces deux entretiens, l'impression qui est la notre est celle d'une enfant morcelée, d'évènements successifs toujours en décalage avec l'image qu'en a la maman. De plus, on retrouve en filigrane de ces entretiens, une inquiétude, une absence de certitude, des interrogations sans réponse, qui ne feront que confirmer d'une certaine manière ce sentiment d'éclatement et de rupture.

Cette incertitude, elle existait bien avant la naissance d'Ariane, puisque la maman nous dit : *"Il y avait cette inquiétude au départ pour savoir si je pouvais avoir un enfant. Même avant de l'avoir, je disais à mon mari [...] oui, mais si on peut en faire, on ne sait pas"*.

Dès le début de la grossesse, Mme I... est inquiète, et déçue par ce qui se passe. Pour elle, attendre un enfant est un phénomène physiologique : *"un des actes les plus instinctuels [...], le plus naturel que l'on ait encore."* Dans son cas au contraire, il y aura une médicalisation d'emblée. En effet, le taux de β HCG ne correspondait pas au terme déterminé par la première échographie. Elle nous dira plus tard, lors du premier questionnaire, qu'il y avait d'autres signes inquiétants, notamment des pertes, et que les médecins avaient conclu à un décollement placentaire. *"Ils craignaient un avortement"*, nous dit-elle à cet instant. Cette incertitude persiste tout au long de la grossesse : elle fait cette grippe qui l'ennuie un peu. A 6 mois, on découvre un retard de croissance, qui se confirme à 7 mois et reste stable. *"Je crois qu'il y avait toujours cette histoire de décalage."*

Elle ponctue son discours, tout au long de l'entretien, de "je ne sais pas", et son incertitude va être confortée par celle du corps médical : *"ils*

étaient perplexes, ils n'avaient pas d'explication rationnelle. "Alors que Mme I... ne savait pas si elle pouvait faire un enfant, la plupart des événements autour de la grossesse, de l'accouchement, et de la découverte des difficultés de sa fille, seront placés sous le signe du non-savoir des médecins.

La première image qu'elle a de sa fille après l'accouchement (qui s'est déroulé très vite) sera aussi une image morcelée : *"ça s'est passé tellement vite [...] ils me l'ont mise, mais il y avait les draps, donc j'ai vu la tête [...] j'ai regardé s'il n'y avait rien [...] alors j'ai vu son pied justement."* L'attitude des accoucheurs qui lui parle des pieds de sa fille avant de lui annoncer le sexe de son enfant, accentue cet éclatement, ce non-savoir : *"donc, ils m'ont dit pour le pied, et puis, ils m'ont dit que c'était une fille [...] et puis sur le moment, Mr X... [l'obstétricien] a dit "eh bien, finalement, elle n'est pas hypotrophique, on s'est trompé" et puis en fait, quand ils l'ont pesé, si. Elle donnait l'impression d'être beaucoup plus grosse."*

Ariane est donc transférée dans le service des prématurés au CHU et sa mère obtiendra de la suivre. Paradoxalement, cette séparation donne l'occasion à Mme I... de faire connaissance avec sa fille. En effet, l'infirmière des prématurés qui est venue chercher Ariane la pose dans les bras de sa mère quelques minutes avant le départ : *"ce que j'ai apprécié, c'est quand l'infirmière est venue la chercher, elle me l'a mise deux minutes. C'était important, j'avais toute son odeur avec moi. Parce que vraiment, c'est frustrant."*

Mr et Mme I... rencontreront le pédiatre le soir de l'arrivée d'Ariane. Elle nous rapporte ce que ce dernier lui a dit (à un mois elle nous redira exactement la même chose) : *"il y avait son pied, ses plaquettes déjà étaient basses, elle avait peut-être un petit souffle au coeur, et le fait qu'elle soit petite, enfin... pas assez grosse... Il fallait voir ce qui s'était passé."* Ce discours ne les a pas rassurés, c'est l'incertitude et le questionnement qui domine encore. Mr I... dira : *"on était inquiets "* et sa femme renchéra encore : *"on ne sait pas encore. On pensait encore qu'elle pouvait avoir une maladie*

immunologique... je ne sais pas comment ça se traduit ; je ne sais pas si, sur un bébé comme ça, on le voit tout de suite ou pas... On ne dit peut-être pas ce que l'on craint, on n'ose peut-être pas. On parle des examens, et, en même temps, il y a plein d'autres choses, des choses peu connues. Il y a peut-être des choses pour lesquelles ils sont inquiets, on ne sait pas."

De nouveau, elle évoque ce décalage entre l'idée qu'elle se faisait d'avoir un enfant, d'accoucher, et la réalité : *"il y a d'autres gens autour de moi qui ont des enfants. Ca s'est toujours passé avec un côté très naturel, mais moi, depuis le début, j'ai eu une grossesse avec beaucoup d'exams, et puis maintenant pour elle... C'est vrai que c'est un acte avec énormément de joie, et puis c'est vrai que j'en avais une idée de femme qui accouche..."*

Cependant, malgré l'image morcelée, au travers de tous ces exams, que la médecine lui renvoie de sa fille, malgré ce bébé réel avec toutes ses difficultés, nous avons le sentiment, lors de ce premier entretien, que l'enfant qui est dans la tête de Mme I... est encore l'enfant imaginaire, idéalisé : *"moi, je la trouve toute mignonne... quand je suis avec elle, à la limite, cela me rassure, cela me calme."*

Au contraire, chez son mari, nous avons l'impression que cet enfant idéal a disparu. Evoquant l'impression qu'il a eu en la voyant à la naissance, il ne peut la nommer, et dit : *"c'est très harmonieux de corps"*. De même, nous parlant de la chambre d'Ariane, qu'ils ont bien préparée, il nous dit : *"qui l'attend d'ailleurs toujours."* Derrière ce "toujours", il nous a semblé entendre : *"malgré ce qui arrive"*.

Ces parents, malgré ces difficultés, et surtout cette maman, nous paraissent très à l'écoute des besoins de leur fille. Mme I... nous confirme qu'elle vient à toutes les tétées, ce qu'elle fera jusqu'à la sortie d'Ariane. Elle tire son lait et essaye de la mettre au sein, ce qui est un échec au début. Elle nous dit quand même : *"ce n'est pas bien grave, je vois bien qu'il lui faut une tétine spéciale. Et puis, comme je la tiens contre moi, du moment qu'elle grossit et*

qu'elle va bien..." Elle s'identifie même parfois aux difficultés de sa fille et à ce qu'elle peut ressentir de douloureux dans ce milieu très médicalisé : "comme elle a eu tous ces examens, l'un dans l'autre, elle a été embêtée presque tous les jours... Et puis, quand c'est tout petit, le fait qu'on lui fasse des trucs à chaque fois, même si c'est trois fois rien, c'est vrai que pour elle, c'est quand même douloureux."

Ils expriment aussi en plein entretien, une inquiétude quant aux conséquences possibles de cette hospitalisation précoce, de cette séparation : *"je ne sais pas si il y a des études sur les enfants qui ont quelque chose (= qui sont hospitalisés à la naissance), cela nous inquiète un petit peu, je crois qu'il n'y a rien de grave, ni d'irréversible. Ce que l'on craint toujours, c'est qu'il y ait des choses qui se passent. C'est un peu secondaire, et je crois qu'après avec une vie normale..."*

En résumé de ce premier entretien, nous avons le sentiment de nous trouver devant un couple désorienté (surtout Mme I...). L'incertitude qu'elle exprime avant la grossesse va être relayée et confortée par celle des médecins. Ils essaient de constituer une unicité face à l'image morcelée de leur fille que leur renvoie la médecine. Pour Mme I..., le bébé idéal n'a pas encore disparu et elle s'appuie sur cette image. Cependant la distorsion entre ses attentes et la réalité la gêne.

Ce que nous retenons de l'unique questionnaire que nous avons est la très grande similitude entre les échelles analogiques des questions n° 8 et n° 11, sur ses traits personnels en tant que mère, ainsi que sur ceux de sa mère. (planche n°3). L'image maternelle paraît importante et lui sert visiblement de modèle.

Lors de notre seconde rencontre, Ariane est rentrée chez elle depuis 15 jours, ainsi que sa maman. Elles se rendent quotidiennement à l'hôpital pour

affectueuse	<u> m_v </u>	peu affectueuse
tolérante	<u> v_m </u>	rejetante
confiante	<u> m_v </u>	inquiète
disponible	<u> m_v </u>	occupée ou préoccupée ailleurs
mère-poule	<u> m_v </u>	détachée
patiente	<u> mv </u>	impatiente
permissive	<u> v_m </u>	autoritaire
enjouée	<u> v m </u>	sérieuse
insouciante	<u> m_v </u>	soucieuse
satisfaite dans son rôle de mère	<u> vm </u>	insatisfaite dans son rôle
rôle de mère facile	<u> v m </u>	rôle de mère difficile

PLANCHE N° 3

Question n° 8 et 11 : traits personnels : vous comme mère / votre mère.

v : vous

m : votre mère.

les séances de kinésithérapie. Nous voyons très peu Mr I..., occupé à faire téter sa fille dans sa chambre. Mme I... nous paraît à ce moment très déprimée et l'exprime d'ailleurs un peu : *"au début, j'avais l'impression de ne pas sortir du tunnel, je me disais que je ne m'en sortirais jamais."*

D'emblée ou presque, elle nous parle du diagnostic de monosomie 21, qu'ils connaissent depuis peu : *"maintenant, on sait de toute façon, pour Ariane. Heureusement, ne pas avoir cela en plus."*

Elle enchaîne sur le pressentiment qu'elle avait au cours de la grossesse, qu'il se passait quelque chose, et sur sa rancune envers les médecins : *"je n'aime pas que les médecins soient passés à côté. Quand on n'est pas dans la normalité, qu'on voit qu'il y a quelque chose qui déconne, après, il y a plusieurs façons, donc ils auraient pu... alors, je ne sais pas... si on l'avait diagnostiqué plus tôt. Je ne sais même pas, à l'époque, si on avait dit "monosomie"... comme on ne sait pas trop à quoi cela correspond. Maintenant, on ne sait pas du tout ce que l'on va faire."* Qu'auraient-ils fait s'ils l'avaient su plus tôt ? Il nous semble qu'à mots couverts, Mme I... envisage rétrospectivement l'avortement. Elle ne sait pas...

Mme I... nous décrit longuement les difficultés qu'elle rencontre avec Ariane, pour la faire téter, pour la faire dormir, pour lui donner un certain rythme. Elle qui paraissait assez à l'aise avec sa fille à l'hôpital, soutenue il est vrai par l'équipe infirmière, semble maintenant déconcertée, désamparée devant sa fille : *"des fois, on ne sait pas trop, au niveau des tétés, s'il faut la réveiller... c'est vrai qu'avec l'hôpital... c'est vrai qu'elle tète lentement, des fois elle a du mal."*

De fait, elle nous propose d'aller voir Ariane, que son père fait boire dans la chambre. D'emblée nous sommes frappée par l'absence d'harmonie entre le père et la fille. Ce repas est visiblement un "combat". Ariane paraît dormir, la bouche fermée et son père essaie, par tous les moyens, de lui mettre la tétine dans la bouche. Cette chambre d'enfant est entièrement blanche (murs,

portes, lits, armoire, avec de petits tableaux pastels au mur), un peu comme une chambre d'hôpital. la vie d'Ariane paraît concentrée entre ces quatre murs ; il y a là tout le nécessaire (table à langer, chauffe-biberons). La maman nous confirme qu'ils lui donnent tous ses biberons dans sa chambre : *"en général, on lui a toujours donné là-haut, parce qu'il n'y a rien d'autre, nous, on ne peut faire rien d'autre."* Leur vie est aussi entièrement centrée sur leur fille. Bien qu'Ariane dorme peu, Mme I... dit qu'elle ne savait pas qu'elle pouvait mettre sa fille dans un "transat" près d'elle et elle ajoute : *"parce que, du coup, on la met dans son lit, au milieu, mais elle n'a pas grand chose à voir : elle voit le mur blanc, l'armoire blanche, ce n'est pas très animé ; et puis, des fois, elle se met contre les barres, on met des trucs, donc elle ne doit pas bien voir."* Nous avons l'impression d'une enfant que l'on protège, que l'on met à l'abri, que l'on cache peut-être...

Il existe toujours une certaine amertume, un décalage entre ce qu'elle vit et ce qu'elle avait imaginé : *"ça va à peu près. Enfin, c'est ce que je disais à mon mari, on n'a jamais été pleinement, vraiment heureux, par rapport à beaucoup de gens... Quand même, quand il n'y a pas cette espèce de point d'interrogation... C'est vrai qu'il n'y a pas la même joie, fatalement, que quand ce n'est pas l'inconnue... Même si, finalement, on a un enfant."* C'est la première fois qu'elle parle de son "enfant", mais est-ce le sien totalement?

En effet, elle nous avoue qu'ils sont toujours dans l'incertitude, malgré le diagnostic annoncé. C'est une incertitude, maintenant sur le pronostic. *"De toute façon, comme on ne sait pas... D'un côté, il y a l'extra-chromosome, souvent ça ne fait rien, et il y a le chromosome 21 en moins.:j'ai demandé à quoi correspondait le chromosome 21, on ne sait pas non plus la proportion de cellules qui sont concernées... Elle, elle a une monosomie et une mosaïque... Tout ce que l'on sait, c'est qu'il y a quelque chose au coeur [...] son corps fonctionne, apparemment."* Si, dans le premier entretien, les médecins morcelaient sa fille, dans le discours et par les multiples explorations, nous

avons le sentiment qu'à présent, c'est elle qui la décompose : tout au long de l'entretien, elle parle des problèmes digestifs, des régurgitations importantes, des progrès au niveau des pieds, qui s'assouplissent. A cet instant, il paraît cohabiter chez elle plusieurs représentations du bébé. Il reste toujours un peu de l'enfant imaginaire ; elle trouve toujours sa fille "mignonne" et elle ne comprend pas quand on lui parle d'"étrangeté dans le visage" : *"on m'a parlé de petite tête, de visage étrange, mais moi, je ne l'ai jamais trouvé... quand on m'a appris qu'elle avait quelque chose aux oreilles, un petit menton... moi, je ne vois pas les ressemblances, mais ils y en a qui trouvent qu'elle a le visage de mon mari, le menton, un peu comme moi, les gens ne la trouvent pas étrange, au contraire, ils trouvent en général qu'elle est mignonne."* A côté de cette petite fille, jolie, il y a un bébé handicapé physiquement, avec ses problèmes de pieds, de coeur, d'estomac, même si *"son corps fonctionne, apparemment."* Elle nous dit d'ailleurs à ce propos : *"il y a toujours une espèce de disjonction entre l'image que l'on a d'elle et l'image à travers les examens, la projection que l'on peut en avoir. Elle est là ; pour l'instant, elle a l'air assez normal, elle est mignonne."*

Comme au premier entretien, elle s'identifie à sa fille, à sa souffrance supposée : *"quand elle est comme ça, à pleurer, ça me fait mal au coeur, compte tenu du contexte. je me dis qu'elle n'est pas bien. Si ça se trouve, elle est malheureuse. Et là, je vois tout en noir. J'ai l'impression que, si je la voyais calme et souriante, compte-tenu des incertitudes, je me dirais "elle, au moins elle va bien"."*

Observation n° III

JULIEN : L'ENFANT RECUPERE

A - OBSERVATIONS :

1 - Observation médicale :

Julien naît au terme de 37 semaines, par voie basse, en urgence après rupture de la poche des eaux à domicile, avec une procidence du cordon. Il fait 3 kg 700 g et mesure 53 cm.

A la naissance, Julien est en état de mort apparente ; il est réanimé. Le score d'Apgar, nul à 1 minute, est à 5 à 10 minutes. En fin de réanimation, il est toujours inerte et aréactif. Il est transféré immédiatement dans l'unité de néonatalogie. Une heure après la naissance, l'impression neurologique reste mauvaise, avec une hypotonie importante et une absence de mobilité spontanée. A 6 heures de vie, il est extubé sans problème et récupère un peu sur le plan neurologique.

L'EEG, 12 heures après la naissance montre un tracé de souffrance diffuse. En raison du contexte et malgré l'absence de convulsion, il est mis sous Gardéнал. L'examen neurologique est un peu amélioré, avec une bonne réactivité à la douleur, une petite motilité spontanée, mais il persiste une hypotonie globale et une absence des réflexes archaïques.

Il fera, durant ces deux premiers jours, plusieurs épisodes d'apnée, avec bradycardie importante, dont un nécessitera une réanimation.

A partir du quinzième jour, l'état neurologique s'améliore nettement, avec un meilleur tonus passif au niveau des membres. Les réflexes archaïques sont toujours absents, sauf la succion. Il y a peut-être un début de poursuite oculaire.

Les EEG au deuxième et cinquième jours se restructurent. Cependant, celui réalisé au vingt-septième jour traduit une encéphalopathie

anoxique. L'IRM cérébrale réalisée montre de nombreux petits saignements thalamiques.

Sur le plan alimentaire, Julien est perfusé les deux premiers jours puis nourri par gavage. A partir du cinquième jour, la courbe de poids est régulièrement ascendante. Malgré une succion très médiocre, les gavages sont arrêtés au bout de 12 jours. A partir de ce moment, Julien prend très lentement du poids.

Il sort du service après un mois d'hospitalisation. Il pèse 4 kg 030 et mesure 54 cm. L'examen viscéral est normal ; il persiste une hypotonie globale, marquée au niveau de la tête. Les réflexes archaïques sont incomplets : seuls existent la marche automatique et la succion.

2 - Observations infirmières :

La maman reste peu hospitalisée et, trois jours après la naissance de Julien, il est noté qu'elle ne manifeste pas d'inquiétude en ce qui concerne son fils. Ce même jour, Mr et Mme M... rencontrent le pédiatre. Il sont mis au courant du pronostic réservé et l'infirmière note "que les parents ne voient que le fait de récupérer Julien vivant." Ils demandent par ailleurs que leur fils soit ondoyé s'il y a une aggravation.

Après la sortie de la maman, ils viennent voir Julien pratiquement tous les jours, en fin d'après-midi en général. La maman ne conduisant pas, c'est tous les deux qu'ils viennent le plus souvent, parfois, le papa vient seul, parfois ils sont accompagnés de leur fille aînée. Il est remarqué que les visites sont relativement courtes. Une semaine après la naissance de Julien, ils trouvent que leur fils va mieux, qu'il est plus calme. L'infirmière présente, leur montre combien Julien est hypotonique et leur explique que cette hypotonie est inquiétante. Dès que les gavages sont terminés, ils participent à la tétée et au change de leur fils quand ils sont là au bon moment. Cela semble bien se passer.

Ils n'apporteront pas les feuilles d'examen du huitième jour et du premier mois du carnet de maternité, bien qu'elles leur aient été demandées plusieurs fois. Ils prétendent ne pas avoir eu ce carnet, alors que la feuille concernant la naissance a été remplie.

3 - Le discours du pédiatre :

Nous n'avons pas retrouvé dans le dossier ce que le pédiatre avait dit exactement aux parents de Julien. Il est noté cependant, au troisième jour de vie, qu'ils sont au courant du pronostic réservé.

B - ENTRETIENS :

Nous avons rencontré Mr et Mme M... à trois reprises. La première rencontre a lieu à l'hôpital, une semaine après la naissance de Julien, Mme M... est venue avec son mari. Ils ont accepté sans aucune réticence de participer à cette étude. Les deux entretiens suivants seront réalisés à la maison, avec la maman de Julien uniquement;

Nous nous trouvons devant un couple paraissant très chaleureux, solidaire, la maman s'effaçant un peu derrière son mari. Ils sont un peu frustrés tous les deux ; Mme M... ne travaille pas. Nous remarquerons ultérieurement avec surprise qu'elle n'a que 26 ans : elle en paraît 10 de plus. Julien est leur quatrième enfant ; ils ont deux filles, Angélique, 6 ans Aurélie, 4 ans, qui est trisomique, et un garçon, Fabien, âgé de 2 ans et demi.

Le premier entretien est assez court. Ils répondent succinctement aux questions que nous leur posons, ne prenant pas ou rarement la parole spontanément.

Il est peu question de Julien lors de cette première entrevue. En revanche, Angélique et surtout Aurélie ont une place importante.

Angélique est l'aînée ; elle est le seul enfant que Mme M... ait allaité : *"mais elle a tellement pleuré que je n'ai pas recommencé avec les autres. Elle a pleuré pendant un an."* Elle rapproche le fait que sa fille ait beaucoup pleuré, la nuit surtout, du fait qu'elle l'ait nourrie. *"Je n'avais peut-être pas assez de lait."* Elle n'a donc pas eu l'intention de nourrir Julien au sein.

Aurélie occupe une grande place dans le discours de ses parents, et ceci au cours des trois entretiens. Elle paraît très investie et chaleureusement entourée. *"Elle va commencer à aller à l'école. Une heure pour commencer, le samedi matin, et après on verra. Elle commence samedi."* nous disent-ils ; *"On en a tellement entendu à sa naissance, et puis finalement, cela ne se passe pas si mal."* Suit toute une série de commentaires sur le comportement d'Aurélie à la maison.

Concernant Julien, nous sommes frappée d'emblée par l'absence d'inquiétude importante qu'ils paraissent avoir à son sujet. Ceci rejoint les observations des infirmières. Bien sûr, ils ont été inquiets : *"le lundi, quand le coeur s'est arrêté ; mais maintenant, ça va, il est reparti."*

Cette absence d'inquiétude majeure, ce détachement vis à vis d'une situation somme toute assez dramatique se retrouve dans le récit que fait la maman de l'accouchement : *"Cela s'est passé tellement vite ; ils me l'ont emmené tout de suite, mais comme les autres, ils me les avaient emmenés tout de suite aussi [...] Quand la sage-femme est revenue, elle ne m'a pas dit qu'il était mort à la naissance et qu'il avait fallu le réanimer, mais je crois qu'elle m'a dit qu'il avait un coeur plus petit que la normale et qu'il aurait peut-être du mal à respirer, mais qu'il y avait bon espoir. [...] Sur le moment, je ne me suis pas trop inquiétée, car je ne savais pas où ca en était. Je n'ai rien vu, je suis revenue dans ma chambre et j'ai dormi tout le matin. Comme je ne savais pas ce qui se passait, qu'on n'a pas voulu me le dire, je ne me suis pas inquiétée plus que ça. [...] Mon mari était monté, il devait en savoir un peu plus... [...] Ce n'est que le lendemain que j'ai vraiment su ce qui s'était passé, et encore, le*

dimanche, comme il était bien reparti, je ne me suis pas inquiétée. Mais le lundi, quand ça s'est encore arrêté, je me suis dit qu'il se passait quelque chose de grave."

A la question : "vous souvenez-vous de ce que vous a dit le pédiatre la première fois que vous l'avez vue ?", Mr et Mme M... sont un peu hésitants : *"que ce n'était pas trop bon, qu'il ne pouvait rien nous dire, que le coeur s'était arrêté plusieurs fois, mais que maintenant, ça devrait aller, qu'il faut attendre."* Ceci est exprimé sans émotion apparente.

A la fin de l'entretien, les parents de Julien nous disent quand même (preuve qu'ils ont compris qu'il y aura des séquelles, que leur fils ne sera pas normal) qu'ils *"ne recommenceront pas comme pour Aurélie."* qu'il le feront prendre en charge plus tôt : *"Aurélie, si on l'avait fait suivre plus tôt, elle aurait peut-être fait encore plus de progrès ; pour Julien, on sait."*

Il ne sera pas possible de faire passer le premier questionnaire pendant l'hospitalisation de la maman, ni pendant le séjour de Julien en néonatalogie. Il sera réalisé à 1 mois, lors de notre visite à domicile.

Nous allons donc rencontrer Julien chez lui pour le second entretien. Il a tout juste 1 mois et est sorti de l'hôpital depuis cinq jours. La famille habite dans un village, aux alentours de Limoges, au fond d'une impasse, un appartement dans une ancienne ferme, très vétuste. Il y règne une atmosphère d'un autre temps.

A notre arrivée, Julien dort contre sa mère, dans un sac kangourou. C'est toujours un beau bébé assez rond, mais paraissant très hypotonique, très "mou". Pendant toute la durée de notre visite, il ne bougera pas, il ne se réveillera pas, "affalé" plutôt que blotti contre sa mère. Ce qui est assez remarquable dans cette séquence d'observation, c'est le comportement de Mme M... avec son fils. Elle porte Julien contre elle, il semble faire corps avec elle. Elle s'en préoccupe peu, le soutient rarement, ne le caresse pas, et ne le regarde presque pas. Elle fait ce qu'elle a à faire, notamment s'occuper

d'Aurélié, comme s'il n'était pas là. Elle nous donne l'impression de porter un sac inanimé.

Dans son discours, on retrouve une banalisation, une mise à distance des problèmes de Julien. Elle paraît peu inquiète, et considère son fils de façon plutôt positive. Maintenant, il tète bien *"il n'y a pas à se plaindre."* Elle nous explique que *"au début, il ne pleurait pas du tout, après, il tétait, petit à petit, et après, il pleurait pour réclamer sa tétée."* Le fait que Julien pleure semble très important pour elle, signe qu'il est vivant ? *"Il a été quinze jours où il ne disait rien... Il fallait qu'il pleure, de tout façon, mais bien quinze jours après, c'était un lundi, il a commencé à se manifester, et ça c'était bon signe."*

Elle parle de son fils de façon neutre, répondant uniquement aux questions que nous lui posons : *"on est content qu'il soit là. Il regarde partout... Il tourne la tête, il n'est pas toujours en train de dormir... L'autre jour, il regardait la télé, il regardait les images, les frères et soeurs aussi."* Nous avons le sentiment, au travers du discours de Mme M..., que Julien n'a pas encore sa place dans sa tête. Il paraît peu investi. Elle nous dit d'ailleurs, à la question n° 2 (pourriez-vous me décrire votre enfant ?) : *"on ne le connaît pas encore, ça ne fait que cinq jours."* Le mois passé à l'hôpital ne compte visiblement pas pour elle, dans l'attachement qu'elle développe envers son enfant. Aurélié tient toujours une très grande place dans l'entretien, à la fois physiquement (elle passe une partie de l'entretien sur nos genoux) et dans les paroles de sa maman. Cette dernière nous entretiendra un long moment sur l'intégration scolaire actuelle d'Aurélié, son devenir...

Si le mois que Julien a passé à l'hôpital n'a pas permis à Mme M... de faire sa connaissance, il semble en outre qu'elle lui rendait visite plus par devoir que par plaisir : *"c'était plutôt fatigant ; on y allait le soir, il fallait tomber à l'heure d'une tétée... Il fallait coïncider, entre aller chercher Angélique à l'école, amener les petits chez la belle-mère, repartir, revenir, cela nous prend deux bonnes heures... Y rester le temps de la tétée, ensuite parler aux*

infirmières. Il faut bien une heure, si on veut savoir ce qui se passe." Ne conduisant pas, Mme M... est tributaire de son mari pour les allées et venues et l'on conçoit qu'une telle organisation tous les jours puisse être rapidement un peu lourde. Malgré cela, elle garde un bon souvenir du service (*"il faut dire qu'on connaissait déjà, avec Aurélie."*) Cela ne paraît pas être une évocation très douloureuse *"quand on voit qu'ils sont bien entourés, c'est déjà rassurant"*.

Malgré la somme des traumatismes que cette femme a vécu avec deux de ses enfants, elle paraît calme, sans inquiétude majeure, envisageant ce qui lui arrive avec une apparente sérénité. Elle n'exprime aucun affect dépressif.

Elle se souvient de ce qu'a dit le pédiatre la première fois qu'il la vue, mais de façon un peu imprécise : *"ce n'était pas trop bon apparemment. Et qu'on pouvait le perdre à tout moment. Après, ce n'est pas arrivé, mais au début, ce n'était pas trop ça."* Elle est par contre très précise sur les dates, et ceci pendant tous les entretiens *"la toute première fois, c'était le lundi matin. Enfin, moi je l'ai vu l'après-midi ; le matin, je ne montais pas. C'est la première fois où je l'ai vu."*

Nous revoyons Julien à 7 mois. Entre temps, il a été hospitalisé deux fois dans le service de pédiatrie : à 2 mois pour crise convulsive généralisée et à 6 mois et demi pour difficultés alimentaires. Julien est un bébé inquiétant : il n'a pris qu'un kilogramme environ, depuis sa naissance. Il est très chétif. Il ne tient pas sa tête, ne suit pas des yeux. Il a de plus des pleurs impressionnant, évoquant plus une sorte de jappement que des pleurs véritables. Nous avons l'impression, dès notre arrivée, que notre visite ne tombe pas très bien. En effet, Mme M... nous dit d'emblée que Julien ne grossit pas, qu'ils ont passé la matinée à l'hôpital où il devait avoir un transit gastro-duodéal ; cet examen n'a pu être réalisé, car il n'était pas à jeûn. Personne ne leur avait précisé qu'il devait l'être ; ceci est dit avec une certaine agressivité envers le corps médical.

Notre entretien se déroule de façon très mouvementée, hachée. Aurélie et Fabien sont présents pendant tout l'entretien, très turbulents, jouant avec tout ce qu'ils peuvent attraper (notamment questionnaire et magnétophone). De plus, la kinésithérapeute qui vient voir Julien deux fois par semaine arrive peu de temps après nous et fait travailler Julien dans un coin de la pièce. Mme M... répond de façon rapide à nos questions, visiblement plus préoccupée par ce que font ses enfants. De même, elle ne refuse pas de répondre au questionnaire, mais le remplit de façon machinale, automatique. A la fin de notre visite, après le départ de la kinésithérapeute, elle a Julien sur les genoux, et notre impression est la même qu'à l'entretien précédent : elle le tient sur les genoux, sans jamais le regarder, le caresser ; elle le manipule comme un objet.

Le début de l'entretien, concerne, comme les deux autres, Aurélie. Ils sont en attente d'une décision concernant son orientation et elle nous en parle longuement. Nous sommes obligée de recentrer la conversation sur Julien et elle nous dit d'abord que tout se passe bien : *"il dort bien, [...] il mange bien, il n'a plus du tout de biberon (ce qui nous surprend un peu à 7 mois) [...], cela se passe bien, il mange comme il faut."* Ce discours est démenti peu après dans le questionnaire, où elle qualifie son fils de "difficile", car *"ce n'est pas toujours évident pour le faire manger."* et plus tard, dans la conversation : *"il recrache un peu, mais il en avale beaucoup, quand même."* Parlant de l'hospitalisation pour le problème de poids, elle nous avoue son inquiétude : *"cela nous inquiète quand même un peu, parce qu'il n'est quand même pas trop gros."* elle paraît s'inquiéter depuis que les médecins se préoccupent du poids de Julien : *"peut-être qu'ils se sont dit qu'il a du mal à démarrer et qu'il va s'y mettre après, apparemment, avant, cela ne posait aucun problème."*

Cette inquiétude réapparaît à propos du développement de Julien : il fait des progrès, mais... *"L'autre jour, il a tenu assis tout seul. Enfin, il avait ses mains de chaque côté pour se tenir, mais il a tenu tout seul. Il commence à sourire, à dire des arreh... Mais, au niveau développement, ce n'est pas*

normal." Nous retrouvons ce discours à la question n° 1 (comment décririez-vous votre enfant?) : *"il a des problèmes d'éveil, il n'attrape pas les jouets."* Il est curieux de constater qu'aux deux questionnaires, sa première réponse cette question est : *"il est capricieux, il aime être dans les bras, quand on le couche, il pleure."* Nous retrouvons cette préoccupation, qui n'existait pas à 1 mois, à la question n° 3 (planche n° 4) : *"Julien est plus difficile, plus inquiétant"* et à la question n° 14, elle ressent plus de tristesse, d'anxiété et de peurs qu'au premier mois, avec un équilibre entre les émotions ressenties déplacé vers les émotions négatives (planche n° 5).

A notre question de savoir si elle se souvient de ce que le pédiatre lui a dit, elle répond par la négative, se rappelant en revanche des épisodes plus récents, moins inquiétants : *"c'est vieux, maintenant. Non, la première fois, je ne me rappelle pas trop. Il était au huitième, il était branché. Non, je ne me rappelle plus."* Nous avons le sentiment d'un véritable déni de ce qui s'est passé, de ce qu'on a pu lui dire, notamment que Julien pourrait mourir : *"Après, oui, on s'est vu plusieurs fois ; il a eu un problème de convulsions au mois de janvier, il a été hospitalisé ; depuis, c'est réglé."*

Leur inquiétude est parallèle aux interrogations des médecins. Ils ne paraissent pas avoir de préoccupation propre, tout comme Julien n'a pas encore, à leurs yeux, d'existence propre : *"oui, (il a été hospitalisé) parce qu'il a eu des convulsions. Donc, il est sous Kaneuron et depuis, ça à l'air de se passer pas trop mal. C'est vrai, le poids, peut-être qu'ils auraient dû s'en inquiéter avant. Comme ils ne nous en avaient pas parlé, ça ne nous avait pas inquiétés. C'est vrai que cela fait maintenant un mois que cela dure."*

Pour conclure cette observation, au travers des entretiens que nous avons eu avec Julien, sa maman, son papa, nous avons les sentiment qu'à 6 mois, Julien n'est pas encore investi, par sa mère notamment (c'est avec elle que nous avons le plus dialogué). Sa façon de maintenir son fils, de le manipuler, nous

donne l'impression d'une poupée de son sans vie. De même, dans son discours, il y a peu de place pour Julien, Aurélie occupant toujours, et de façon très importante, le devant de la scène. Depuis peu de temps, elle commence à être inquiète pour lui, il commence à exister, car les médecins lui ont dit qu'ils étaient préoccupés par les difficultés de croissance de Julien. Ce dernier n'est reconnu qu'au travers le regard, la démarche des autres, des médecins essentiellement.

Il nous semble, en outre, que ce non investissement de son fils par cette mère est multifactoriel : il y a eu, certes, la séparation à la naissance, avec toutes les difficultés de Julien, la peur de le perdre et une réaction de deuil anticipé, les difficultés matérielles pour venir le voir. Mais y avait-il déjà un investissement ou une amorce pendant la grossesse ? Plusieurs détails nous laissent à penser que non : l'absence du carnet de maternité, relevée par les infirmières, et non élucidée par les parents, affirmant n'en avoir jamais eu, l'attitude de la mère à la naissance, sans inquiétude apparente, sans savoir ce qu'il est advenu de son fils.

A 6 mois, ce qui s'est passé à la naissance, ce qu'on a pu lui dire, est complètement refoulé.

actif	<u>6</u> <u>1</u>	inactif
calme	<u>1</u> <u>6</u>	agité
accepte le contact	<u>6</u> <u>1</u>	refuse le contact
gai	<u>6</u> <u>1</u>	triste
facile	<u>1</u> <u>6</u>	difficile
beau	<u>1</u> <u>6</u>	laid
calin	<u>1</u> <u>6</u>	distant
réceptif	<u>6</u> <u>1</u>	peu réceptif
vif	<u>6</u> <u>1</u>	éteint
affectueux	<u>1</u> <u>6</u>	peu affectueux
peu inquietant	<u>1</u> <u>6</u>	inquiétant
observateur	<u>6</u> <u>1</u>	indifférent

PLANCHE N° 4

Question n° 3 : traits personnels de l'enfant

1 : marque à 1 mois

6 : marque à 6 mois.

joie
pas du tout 1 _____ 6 beaucoup

tristesse
pas du tout 1 _____ 6 beaucoup

anxiété - peur
pas du tout 1 _____ 6 beaucoup

curiosité
pas du tout _____ 1 _____ 6 beaucoup

culpabilité
pas du tout _____ 6 1 _____ beaucoup

fierté
pas du tout 1 _____ 6 beaucoup

honte
pas du tout 1 6 _____ beaucoup

dégoût
pas du tout 16 _____ beaucoup

équilibre entre les émotions
émotions positives 1 _____ 6 émotions négatives

PLANCHE N° 5

Question n° 14 : émotions suscitées par l'enfant.

1 : marque à 1 mois

6 : marque à 6 mois

Observation n° IV

THEO : BEBE DE REMPLACEMENT ?

A - OBSERVATIONS :

1 - Observation médicale :

Mme P.... accouche par voie basse, dans une clinique de Limoges à 34 semaines d'aménorrhée, après un échec de tocolyse. Théo pèse 2,750 Kg à la naissance, il n'y a pas de signe de souffrance foetale aigue. Il est cependant transféré dans le service de néonatalogie du CHU pour prématurité et détresse respiratoire. A son arrivée, Théo sera d'abord hospitalisé dans le service des prématurés, puis le lendemain transféré en réanimation néonatale. Il y restera 10 jours, avant d'être de nouveau admis aux prématurés.

A l'arrivée au CHU, il n'y a pas de malformation extériorisée, il a une bonne coloration, de bonnes conditions hémodynamiques, un bon comportement neurologique. Il existe par contre un tableau de détresse respiratoire du à une maladie des membranes hyalines à minima. Il bénéficiera d'une supplémentation en O₂ sous hood jusqu'au 7ème jour avec arrêt total au 9ème jour.

L'alimentation se fera par cathéterisme central le premier jour puis au lait maternel a partir du deuxième jour. Il y aura une première tentative de mise au sein le cinquième jour , mais la succion est médiocre. Par la suite, Théo sera alimenté de façon mixte, moitié tétée, moitié gavage avec lait maternel et complément. La courbe de poids est régulièrement ascendante.

Théo aura un bon comportement neurologique durant toute son hospitalisation. Il sort du service au bout de 20 jours, l'examen viscéral est normal.

2 - Observations infirmières :

Nous retrouvons, pour Théo, une succincte feuille de liaison lors de son passage en réanimation néonatale. Le Papa accompagnera son fils avec le SAMU lors de son transfert de la clinique au CHU. Les parents rencontrent le pédiatre le lendemain de l'admission. Au sixième jour de vie, il est noté que la maman paraît très fatiguée et dépressive. Deux jours après, Mme P... met Théo au sein, au deux tétées de l'après-midi. Il boit mal, tandis que sa maman semble aller mieux. Elle accompagne son fils lors de son transfert aux prématurés, et vient le voir très régulièrement, l'après-midi, pour les deux tétées. A ces moments-là, elle s'occupe de lui entièrement. Le papa est présent de temps en temps. Trois jours avant la sortie définitive, Mme P... vient faire prendre le bain à son fils le matin. Le premier jour, par manque de transmission, la toilette est faite quand elle arrive, le deuxième jour, elle se contente de regarder faire l'infirmière ; le troisième jour, veille de la sortie, elle fait elle-même la toilette de Théo.

3 - Le discours du pédiatre :

Nous retrouvons ce que le pédiatre a dit au papa, semble t'il quand il est arrivé avec son fils de la clinique :

"Il a des problèmes respiratoires, car il est né trop tôt.

"Ce n'est pas grave, il faut que la maturation pulmonaire se fasse, et il va falloir l'aider à respirer pendant quelques temps. Cela peut durer trois à quatre semaines."

B - Entretiens :

Nous rencontrons Mme P... quatre fois, toutes les fois à l'hôpital, dans le service de pédiatrie. Théo a 8 jours lors du premier entretien, et 13 jours quand nous revoyons sa maman pour le premier questionnaire. Mme P... revient nous voir quand Théo a 1 mois et 5 mois. Nous ne verrons jamais Mr

P..., sa femme venant seule aux entretiens. Nous ne verrons non plus jamais Théo, sauf quand nous sommes allée le voir, dans le service de réanimation, avec ses parents, pour leur demander s'ils acceptaient de faire partie de l'étude. Pour les deux derniers entretiens, Mme P..., qui nous avait dit, en prenant le rendez-vous, qu'elle l'amènerait, est venue seule. La première fois, il faisait trop froid pour le sortir ; la seconde fois, il dormait. Mais elle nous avait amené des photos !...

Théo est le premier enfant du couple. Mme P... a 31 ans ; elle enseigne les mathématiques, ainsi que son mari. Au moment de la naissance de Théo, leur situation est un peu mouvementée. Ils viennent de quitter Paris pour La Rochelle, où son mari a commencé l'année scolaire. Mme P... se trouve chez son père, en périphérie de Limoges. L'accouchement était prévu à Limoges, mais pas si tôt, bien sûr. Mme P... a perdu sa maman d'un cancer, il y a 3 ans, dans des conditions pénibles ; comme elle nous le dit : *"ce n'est pas encore guéri."* Théo est le premier petit-enfant de son père.

Ce qui va dominer ces entretiens, surtout les deux premiers, c'est le deuil de la grand-mère maternelle, deuil non fait, réactivé semble t'il par la naissance de Théo. Mme P... est une femme qui parle énormément, sans qu'on ait besoin de lui poser de question et nous avons l'impression de servir de "dévidoir" à un trop-plein longtemps contenu. Quand nous la rencontrons lors des deux premiers entretiens, elle est très dépressive. A 6 mois, elle va peut-être un peu mieux, elle est plus souriante et arrive à prendre du recul, notamment par rapport à la mort de sa mère.

Elle nous parle tout d'abord de cette grossesse, qui est arrivée sans qu'il y ait eu un véritable désir conscient, au contraire : *"la grossesse n'était pas planifiée, je ne me sentais pas prête. Le jour où je l'ai su, j'ai été effrayée ; j'avais peur de la grossesse, peur de grossir."* De fait, elle a très mal vécu les quatre premiers mois, avec des nausées importantes, et la fin, où elle n'a pas supporté la déformation de son corps (au moment de l'accouchement, elle

avait pris 12 kg). Dans les deux questionnaires, à la question n° 4, sur les événements qui ont pu marquer la grossesse, cette prise de poids revient les deux fois : *"c'était dur d'avoir pris trop de poids, qu'on me le dise ; cela m'inquiétait pour moi."* Elle reprend ce thème à 6 mois, mais en le critiquant : *"je vivais mal de grossir, mais maintenant, je me dis que ça valait la peine, et je me culpabilise un peu d'avoir pensé cela."*

A 7 mois et demi de grossesse, sans aucune menace d'accouchement prématuré, elle perd brutalement les eaux, alors qu'elle est en train de faire des courses pour le bébé. Elle est amenée directement à la clinique, où elle accouche dix heures plus tard, après un échec de tocolyse. On peut se demander si ce refus de la grossesse, de grossir n'entre pas dans le déterminisme de cet accouchement si soudain, prématuré.

Elle fait connaissance de son fils à la naissance : *"on me l'a mis sur le ventre, pas longtemps. [...] Il a pleuré tout doucement, il était tout plié. [...] Cela fait une impression très drôle d'avoir le ventre qui se vide d'un seul coup."* Elle a essayé de le mettre au sein. Théo est transféré le lendemain au neuvième étage, dans le service des prématurés. Elle ne suit son fils à l'hôpital que 24 heures plus tard. Quand elle téléphone pour prendre des nouvelles, elle apprend qu'il est passé en réanimation. Ce changement l'a beaucoup inquiétée. Elle rencontre le pédiatre pour la première fois 48 heures après la naissance de son fils et, nous dit-elle : *"je me souviendrai toujours, il m'a dit "je ne suis pas inquiet", qu'on pouvait le toucher, le prendre.[...] Mon mari l'avait déjà vu, il lui avait parlé de maladie des membranes hyalines, et qu'il n'y aurait aucune séquelle."* A 1 mois, c'est ce "je ne suis pas inquiet" dont elle se souvient très bien. A 6 mois, en revanche, elle nous parle, quand nous lui posons la question, de sa très grande inquiétude quand elle a appris en téléphonant que son fils avait été transféré du neuvième au huitième étage. Ce changement de lieu signait un danger, une gravité potentielle. Il faut noter ici que Mme P... connaissait le

pédiatre ; cette connaissance a peut-être joué dans la réassurance et l'absence d'inquiétude majeure qu'elle montrera par la suite.

Lors du premier entretien, elle commence à aborder les difficultés qu'elle a du fait de la mort de sa mère : *"c'est très dur de venir à l'hôpital, traverser le hall, voir toutes ces personnes malades, c'est très dur."* A sa sortie de l'hôpital, elle revient chez son père, son mari étant à La Rochelle. Elle vient voir Théo tous les après-midi et se trouve dans une situation difficile : *"c'est moi qui fait tourner la maison. Tout le monde se repose sur moi, c'est comme si je n'avais pas accouché."*

Au deuxième entretien, Théo est sorti de l'hôpital depuis quinze jours et elle est toujours à Limoges ; ils doivent partir à La Rochelle le lendemain. Elle parle d'abord longuement de sa vie qui s'est organisée autour de son fils depuis qu'il est sorti de l'hôpital, de la grande place qu'il tient : *"un bébé, c'est plein de richesse.[...] C'est amusant comme on apprend à le connaître très vite.[...] Moi, il me satisfait, je ne lui reproche rien, je le regarde, j'en profite bien."* Nous avons le sentiment que ce flot de paroles, comme cet enfant, vient combler un vide, une perte. Spontanément, après nous avoir parlé du bonheur que lui apporte son fils, elle nous parle des déceptions qu'elle a avec son entourage : *"je suis fatiguée, il y a des choses qui me déçoivent, mais à côté, ce n'est pas lui.[...] C'est les gens, je ne me sens pas trop aidée par mon entourage. Je me suis rendu compte qu'il faut être solide dans la vie, il ne faut pas se laisser aller."* Puis nous apprenons que, quinze jours après la naissance de Théo, elle a perdu son grand-père paternel et que, finalement : *"ce n'est pas évident, moi j'ai ressenti beaucoup de cafard après la naissance de Théo.[...] Il y a mon grand-père, donc c'est quand même la perte qui domine, et maman qui n'est pas là.[...] Il y a des moments où j'ai beaucoup ressenti cette perte de ma mère."* Suit un long monologue, nous racontant tout ce qu'elle a vécu, avec force détails, pendant la maladie de sa mère, les difficultés à accepter l'amie de son père, l'incompréhension des personnes qui l'entourent, son mari à qui elle ne

peut plus en parler : *"il ne veut plus. Il ne veut plus que je pleure, à cause de Théo, maintenant."* Devant cette réaction vive à l'évocation de sa mère, nous ne nous sentons pas à mesure de lui poser les questions du questionnaire en rapport. Elle répond tout de même à la question n° 9, dans le premier questionnaire, qu'elle se souvient de sa mère triste, dépressive, de moments d'angoisse intense (sa mère a fait un syndrome dépressif à la naissance de son frère).

Elle termine sur sa crainte d'aller s'installer à La Rochelle, où elle ne connaît personne.

Quand nous la revoyons pour le troisième entretien à l'occasion d'un séjour dans sa famille, son humeur s'est un peu améliorée. Elle est toujours logorrhéique et nous sommes toujours submergée par son flot de paroles. Elle n'a aucune inquiétude vis à vis de son fils, se posant juste des questions au sujet des répercussions éventuelles de la prématurité : *"je me demande jusqu'à quel âge il reste des différences, quand est-ce qu'il rattrape ?"* En fait, nous dit-elle, *"ce n'est pas si fragile que ça un bébé, ils ont des réserves fabuleuses."* Elle nous parle de nouveau des progrès que fait Théo, du fait qu'il la comble totalement, qu'il ne lui trouve aucun défaut. Par contre, elle est incapable, au moment du questionnaire, de se décrire comme mère (question n° 6) : *"je ne sais pas"*, dit-elle à deux reprises.

Pour conclure, nous avons l'impression que cet enfant vient combler la perte, le vide dans lequel elle se trouve et une de ses grandes peurs pour l'avenir (question n° 18) est : *"qu'il ne m'aime plus"*.

Observation n° V

LES JUMELLES : CHLOE ET AUDREY

A - OBSERVATION :

1° - Observation médicale :

Chloé et Audrey sont jumelles, nées au terme de 36 semaines par voie basse, et hospitalisées dans le service des prématurés du CHU de Limoges, en raison de leur prématurité et de leur poids de naissance. Elles seront hospitalisées 22 jours.

Audrey, 1ère jumelle, pèse 1 970 grammes à la naissance. Il est noté par le pédiatre qu'elle porte des traces de forceps sur le front ; elle est pâle ; il n'y a pas de malformation extériorisée et le médecin qui l'examine a une bonne impression d'ensemble.

Chloé, 2ème jumelle, pèse 1 580 grammes. Hormis l'absence de traces de forceps, les constatations à sa naissance ainsi que l'impression d'ensemble du pédiatre sont les mêmes que pour Audrey.

Elles sont transférées dès leur naissance dans le service des prématurés, et installées en couveuse. Gavées initialement, Audrey tétera rapidement le biberon, tandis que Chloé sera alimentée ainsi artificiellement jusqu'au 7ème jour de vie. Elles quitteront leurs couveuses pour des lits au bout de 11 jours.

Au cours de leur hospitalisation, il n'est noté aucun problème particulier ; les courbes de poids sont régulièrement ascendantes, permettant un arrêt progressif des gavages, essentiellement pour Chloé.

2° - Observations infirmières :

L'accouchement a eu lieu à 2 heures du matin, et la maman viendra voir ses filles pour la première fois, dans le service, avec son mari, vers 15

heures. Il est noté que la maman paraît très heureuse de pouvoir les toucher, est rassurée.

La mère reste hospitalisée une semaine dans les suites de son accouchement et vient régulièrement dans le service. Le lendemain, elle exprime sa hâte de pouvoir s'occuper de ses bébés.

Durant sa présence à l'hôpital, elle est présente presque à chaque tétée, et, à partir du 5ème jour de vie, s'occupe entièrement d'Audrey. Pour l'équipe soignante, elle paraît très à l'aise avec ses enfants, avec qui elle semble avoir un très bon contact.

A sa sortie de la maternité, elle revient, régulièrement, tous les matins, faire la toilette de ses filles et leur donner à manger. Elle revient de temps en temps pour la tétée de 18 heures, avec le papa. Audrey et Chloé sortiront définitivement du service après 3 semaines d'hospitalisation, avec des poids de sortie de 2 130 g pour Chloé et 2 160 g pour Audrey.

3 - Discours du pédiatre :

Le pédiatre rencontre Mme F... pour la première fois à la maternité, juste après la naissance de ces filles. Nous transcrivons ce qu'il a écrit sur le dossier médical :

"- On va les transférer aux prématurés pour les surveiller.

"- Elles sont petites on doit les garder en couveuses.

"- Elles vont finir de grossir et apprendre à téter.

"- Cela peut durer 3 semaines environ, le temps de finir la grossesse.

B - ENTRETIENS :

Nous rencontrons Mme F... pour la première fois dans le service des prématurés, aux côtés de ses filles. Elle accepte avec plaisir, nous semble-t-il, de participer à notre étude. Nous la reverrons à quatre reprises, les deux

premières fois à l'hôpital pour le premier entretien et le premier questionnaire. Nous irons la voir chez elle pour les deux derniers entretiens. Nous apercevrons son mari lors de notre dernière visite à domicile, mais il ne participera pas.

Mme F... est une jeune femme de 24 ans, très ouverte, souriante, s'exprimant facilement et décrivant ce qui lui arrive et ce qu'elle ressent avec force détails. Elle est aide-soignante à domicile et son mari est gantier. Elle ne compte pas reprendre son travail à la fin de son congé de maternité. Ils sont mariés depuis deux ans et ont attendu un an avant qu'elle soit enceinte, ce qui lui a paru long.

Il nous a semblé, lors des entretiens avec cette maman, que nous pouvions différencier deux temps. Les deux premiers entretiens, correspondant au premier mois de Chloé et Audrey, où leur maman, même si elle essaye de ne pas le laisser paraître, est inquiète. Cette inquiétude est liée à la maternalité, à la prématurité.

Dans son discours, elle annule très souvent ce qu'elle vient de dire. Par exemple, parlant de la crainte qu'elle a eue de faire une fausse-couche : *"plus le temps avançait, moins j'y ai pensé. On pense toujours, mais on essaye de se le cacher un peu, de dire qu'il ne faut pas y penser. Il faut quand même y penser, car, si cela doit arriver, on n'y peut rien."* De plus, le problème du poids de ses filles, le fait qu'elles soient petites, revient ponctuer régulièrement ces deux entretiens.

Dans un second temps, au cours du troisième entretien, à 6 mois, elle paraît tout à fait sereine, parle de ses inquiétudes passées, les reconnaît ouvertement. En outre, même si cette maman nous a toujours paru très proche de ses filles, très à l'écoute, nous avons eu l'impression à 1 mois, de nous trouver devant une "mère thérapeute", au sens de Winnicott, quand l'établissement de la préoccupation maternelle primaire est entravée. Cette impression a disparu à 6 mois, où nous l'avons trouvée très en empathie avec ses filles. Elle nous parle d'ailleurs, à propos du questionnaire (question n° 4),

et du rôle que des évènements ont pu avoir dans la façon dont elle perçoit ses enfants, de l'importance de l'accouchement et du séjour en couveuse : *"je ne me sentais pas mère, même après le retour à la maison, cela ne s'est pas fait tout de suite [...] J'essaie de rattraper le temps perdu maintenant. J'ai l'impression que j'ai perdu du temps au niveau du contact. [...] Les filles [aux prématurés] me disaient "vous êtes organisée". Je pense que cela venait de mon travail. C'est vrai que j'ai toujours été organisée, mais je me rend compte, avec le recul, que c'était trop technique, que je n'ai peut-être pas apporté assez d'attention, assez d'affection. [...] C'est un constat, mais je me dis, maintenant qu'elles sont comme ça, que ce n'est peut-être pas par hasard".*

Nous nous trouvons devant une jeune maman qui nous exprime spontanément la plupart des sentiments que peut ressentir une femme lors de sa grossesse, lors de son accouchement, quand, à celui-ci, succède une séparation d'avec l'enfant. De sa grossesse, elle nous décrit bien cette phase de repli sur elle de la parturiente, centrée sur elle et son futur enfant : *"Je n'avais plus envie de travailler, je n'étais plus à mon travail, j'avais envie de rester à la maison, de couvrir, je n'étais plus disponible pour mes malades."* La grossesse se passe bien jusqu'à 34 semaines, où elle est hospitalisée à l'hôpital de St Junien pour menace d'accouchement prématuré. Devant l'échec de la tocolyse, à 36 semaines, elle est transférée à Limoges, où elle accouchera peu après son arrivée. Quand elle nous reparlera de son transfert, du fait qu'elle soit hospitalisée loin de sa famille, mais près de ses filles, nous sentons poindre un sentiment de culpabilité, qu'elle annule elle-même : si on l'avait transférée plus tôt, peut-être que ses filles seraient nées plus tard et plus grosses ?... *"Je trouve que c'est bien que cela se soit passé comme ça. C'est vrai qu'elles sont petites et que, maintenant, il faut de la patience, mais elles n'ont pas de problème majeur. C'est juste une question de poids. On ne culpabilise pas. Se dire : "j'aurais dû venir là depuis le début", non, et puis, je suis contente que*

le gynéco ait pris cette décision. Il n'y avait pas le choix. Il m'a dit "il faut y aller", et puis c'est tout."

Elle décrit son accouchement comme très long et très angoissant (il a duré presque 24 heures). Au début, une infection urinaire a été suspectée (elle avait de la fièvre et un antécédent d'intervention sur les uretères). Les examens sont revenus négatifs, mais elle souffrait beaucoup. *"Je commençais, bien sûr, à m'inquiéter, à me demander ce que j'avais. Je ne pensais pas du tout que cela pouvait être le travail, et puis, vers 3 heures de l'après-midi, je m'inquiétais vraiment, parce que, souffrir sans savoir ce que l'on a..."* En fait, Mme F... a accouché douze heures plus tard, et *"en fait, je l'ai bien vécu"*, nous dit-elle. Si elle garde un bon souvenir de son accouchement, contrairement à cette description pénible, les instants qui suivirent lui laissent un léger sentiment d'amertume, une frustration de ne pas avoir pu faire connaissance avec ses filles. *"On ne me les a pas posées sur moi, parce qu'elles étaient trop petites. [...] On me les a juste montrées comme ça. [...] Ils les ont tout de suite emmenées, et je me suis sentie frustrée de ne pas les avoir touchées [...] Après, quelqu'un me les a amenées dans la couveuse double, mais c'est pareil, je n'ai pas pu les toucher, et puis, il y avait du monde ; on ne sait pas quoi leur dire, on n'a pas l'impression que c'est les siens."* Elle insistera encore sur le fait qu'elle n'ait pas pu les toucher, rétablir un lien physique, une reconnaissance. La première chose qu'elle fera, d'ailleurs, en allant les voir dans le service de prématurés, est de faire ce geste, qu'elle n'a pu faire à la naissance : *"je les ai touchées tout de suite, et puis je leur ai parlé."*

Nous retrouvons un sentiment de culpabilité, un peu plus clairement exprimé, quand elle nous dit qu'elle ne nourrit pas ses filles : *"je regrette un petit peu, maintenant, parce que mes voisines de chambre allaitent et je sais que l'allaitement, c'est important ; je me dis que, du fait qu'elles sont déjà en couveuse, il y a moins de contacts. Peut-être que, si j'allais, le contact n'aurait pas été le même. Je regrette un peu.[...] Mais il ne faut pas que je me*

braque sur ça ; c'est fait, c'est fait. Mais je crois que c'est important du point de vue nutritif et affection."

Mme F... nous redit sans hésitation aux trois entretiens ce que lui a dit le pédiatre la première fois qu'elle l'a vu : *"qu'elles étaient toniques, qu'il n'y avait pas de problème particulier et qu'il les montait au neuvième parce qu'elles étaient petites."* La seule différence est qu'au premier entretien, elle situe cette première fois dans le service des prématurés, deux jours après la naissance, alors que, lors des deux autres, elle situe cet instant juste après la naissance. Le pédiatre était effectivement présent à la naissance et lui a dit ces mots, qu'il lui a répétés dans le service. Elle se défendra par deux fois, à la naissance et à 6 mois, d'avoir été inquiète, avec beaucoup d'ambivalence : *"quand j'ai vu le poids, je me suis dit "elle ne vont pas pouvoir revenir à la maison". Mais non, je ne me suis pas inquiétée, je n'ai pas pensé tout de suite réanimation, surtout qu'au neuvième, je savais que c'était les petits, mais je ne savais pas si c'était la réa ou la néonate. Donc je n'ai pas pensé réanimation et tout ça. Puisqu'il m'a dit qu'au niveau respiratoire, ça allait bien ; je voyais bien, dans la couveuse, qu'elles ne souffraient pas. Donc, en toute confiance, je l'ai laissé partir avec, je ne me suis pas inquiétée."* Elle reprend le même genre de propos à 6 mois : *"pendant tout le déroulement de l'accouchement, je ne me rappelle pas un moment avoir eu peur. Cela a été vite quand ils les ont emmenées ; je n'ai pas pensé tout de suite, problèmes respiratoires, réanimation. Je n'étais pas contente qu'on me les emmène, mais je n'ai pas pensé mal."* Elle avoue cependant peu après : *"au début, c'est vrai, j'ai eu du mal, quand elles étaient en couveuse"*.

De fait, nous avons le sentiment que, si Mme F..., en effet, n'a jamais été très inquiète quant à la santé de ses filles, elle est inquiète, par contre, de la façon dont elle peut les élever, du fait qu'elle ait pu manquer quelque chose, ne pas faire comme il faut. Ces inquiétudes reviennent tout au long des entretiens : *"on ne voudrait pas leur donner de mauvaises habitudes,*

[...] je la laisse bien pleurer un moment, mais elle devient rouge, alors on n'insiste pas ; je ne sais pas si c'est dangereux de laisser pleurer un bébé. Je cherche toujours le pourquoi du comment. Si elles ne dorment pas, je me dis que c'est ma faute. C'est vrai, honnêtement je me dis il y a un problème". Ils doivent déménager et elle s'inquiète des répercussions que peut avoir ce changement : "On aura une chambre de plus, alors c'est pareil : je me dis : "est ce que je vais les mettre toutes les deux dans la même chambre ? Mais un déménagement, cela va les perturber, cela ne sera pas le même environnement, alors les changer en plus, les séparer. [...] On se pose toujours des questions." Nous retrouvons un peu cela dans les questionnaires. Dans le premier, à la question n° 6 (quel genre de mère êtes-vous ?), elle se décrit comme une mère dégourdie, qui a l'impression de bien s'occuper de ses filles. Maternelle ? Elle ne sait pas encore. Nous avons vu qu'elle nous a dit plus tard que cet instinct s'est développé progressivement après le retour de ses filles à la maison. Dans le deuxième questionnaire, elle se décrit, à la même question, comme attentive, éducative, non inquiète, aimant bien jouer avec elles, les faire rire.

Ce qui est très important dans cette naissance et dont nous n'avons pas encore parlé, c'est la gémellité, à la fois source de satisfaction et d'inquiétude. Nous avons le sentiment que si elle a vécu cette séparation avec ses filles sans trop de culpabilité ni de difficulté, c'est que cette naissance gémellaire la comblait, la renarcissait. Comme elle nous dira à 6 mois à la question n° 13 (quelles émotions ressentez-vous quand vous êtes avec vos enfants ?) : elle est " comblée et fière ; des jumeaux ce n'est pas permis à tout le monde". Cette fierté, elle l'exprime beaucoup au cours des entretiens à 1 et 6 mois. Elle nous parle des gens dans la rue qui s'arrêtent pour regarder ses filles : "eh oui, il y en a deux ; s'il n'y en avait qu'un, on s'ennuierait [...] Surtout à saint-Junien, il n'y a pas beaucoup de jumeaux, alors c'est l'attraction quand on sort". Cette gémellité est source de beaucoup de questionnement et d'inquiétude : "Pour les reprendre, je n'ai pas envie de les séparer, d'en laisser

une ; à côté de ça, pour les élever, je veux les différencier, je ne veux pas que ça soit "les jumelles", "les filles". Cette volonté de les différencier revient très souvent. Elle supporte mal que l'on assimile ses filles à un groupe. Dans les deux questionnaires, un de ses désirs pour ses filles dans le futur (question n° 15) est : *"qu'elles soient deux personnes différentes, qu'elles aient leur personnalité propre, qu'elles s'individualisent bien, qu'elles ne se sentent pas deux."*

Si, dans les deux premiers entretiens, elle est un peu inquiète qu'elles soient petites, de ne pas savoir faire, de ne pas leur donner ce qu'il faut, à 6 mois c'est une jeune femme épanouie, fière de ses filles qui sont attachantes et assez en avance sur le plan psychomoteur : *"c'est tellement magique de voir deux bouts de chou qui s'éveillent de la même façon ; on les élève toutes les deux, mais le fait qu'elles s'assoient seules, qu'elles marchent à quatre pattes ; on ne leur apprend pas, cela vient d'elles et je trouve que c'est vraiment fabuleux."*

Des entretiens et surtout des questionnaires on retient aussi que la grand-mère maternelle tient une place importante pour sa fille. Il y a identification de la fille à la mère, comme elle le dit à la question n° 9 du 2ème questionnaire (comment décririez-vous votre mère ?) : *"elle privilégiait l'éducation aussi, je ne vois pas de côté négatif, elle m'a bien aidé à m'envoler, à être une mère à mon tour. [...] J'aimerais bien élever mes filles comme j'ai été élevée : que je sois présente quand elles en auront besoin, mais que je ne sois pas étouffante."* Cette identification se retrouve dans les échelles analogiques des deux questionnaires, où peu de traits personnels sont différents entre les deux femmes.

Pour conclure cette observation, nous avons envie de dire que cette maman a dû être inquiète de la prématurité de ses filles, du fait qu'elles soient petites (ce terme revenant très souvent dans son discours). Toutefois, nous

avons le sentiment que cette grossesse gémellaire vient renforcer son narcissisme et amoindrir les sentiments de culpabilité et d'inquiétude qu'elle pouvait avoir.

A 6 mois, elle n'a plus aucune inquiétude concernant la naissance des ses filles. Elle se pose maintenant des questions concernant leur éducation...

DISCUSSION



Nous nous étions donné pour but d'étudier l'impact du discours médical sur les représentations maternelles et les interactions mère-bébé lors d'une hospitalisation à la naissance. Si le faible nombre d'observations de ce travail préliminaire ne permet pas de dégager de règle générale, la diversité des situations permet de soulever quelques points de réflexion.

I - Difficultés de réalisation :

Ce projet de recherche était en attente depuis plusieurs mois. A cause des difficultés d'organisation, il n'avait pu être mis en route. Nous avons décidé de faire de l'enquête préliminaire notre sujet de thèse.

Nous avons, dans le projet, mis comme condition que ce soit le même pédiatre qui voit tous les cas et qu'il soit le premier pédiatre rencontrant la famille. Le CHU ayant un large recrutement régional, beaucoup de diagnostics avaient été donnés, ce qui diminue le nombre d'observations. Nous souhaitons que toutes les familles rencontrent le même médecin, pour qu'il n'y ait pas

d'interférence. Chaque pédiatre s'exprime en effet avec sa subjectivité, et, en tant que psychiatre, nous apportons une grande importance aux mots employés. Nous n'ignorons pas le rôle des gynécologues, mais nous ne pouvions intervenir sur ce facteur.

Au CHU de Limoges, il n'y a pas de pédopsychiatre intégré à l'équipe de néonatalogie. Il existe une antenne de pédopsychiatre qui travaille pour l'instant dans le secteur de pédiatrie, s'occupant plutôt d'adolescents. Le fait que nous ne soyons pas présente dans l'équipe, mais "passant" au grès des consultations, conjugué aux critères de sélection, expliquent en partie le peu de cas que nous avons (5 cas en 6 mois de recrutement). De plus, le pédiatre rencontre les familles pour la première fois presque uniquement au cours de ses gardes dans le service.

Ce système de garde, inhérent à la bonne marche d'un service et à la continuité des soins, nous amène à souligner le problème des multiples intervenants auprès de ces familles, des discours différents qu'elles peuvent entendre (pédiatre de garde, pédiatre du service, interne, spécialistes autres, chirurgiens). Le sentiment d'insécurité qui peut en découler majore l'angoisse existante. Nous avons vu de plus que les sentiments parentaux lors de cette période critique sont empreints de culpabilité et d'ambivalence vis à vis de leur enfant et de l'équipe, et la multiplicité des intervenants favorise la recherche de contradictions.

Un autre écueil que nous avons rencontré est la difficulté qu'ont certaines familles à rencontrer un psychiatre. Le psychiatre fait toujours peur, de même que l'image de folie et d'anormalité qu'il véhicule. La présence d'un psychologue est souvent vécue comme moins dangereuse. Actuellement, il existe deux courants concernant l'intervention précoce des psychiatres dans les unités de néonatalogie : les uns proposent que tous les parents soient vus en consultation psychiatrique (7), les autres pensent que le rôle du psychiatre est essentiellement d'avoir une réflexion avec l'équipe (73), tout en répondant aux

demandes ponctuelles. La tendance actuelle en pédopsychiatrie va dans le sens d'une prévention des troubles par une action de plus en plus précoce. Nous pensons, pour notre part, qu'il doit y avoir, au départ de l'intervention d'un "psy" auprès d'une famille, une certaine forme de demande. Cette demande est le plus souvent non formulée de façon consciente, et doit alors être décodée et comprise par l'équipe soignante, sensibilisée à ces difficultés.

II - Place de l'évènement hospitalisation :

Quelle place peut avoir cette séparation dans ce que nous avons pu percevoir de la mise en place des interactions entre ces enfants et leurs mères ?

Faustine : pour Mme B..., cette séparation à la naissance est un évènement inattendu. Cette hospitalisation, ce milieu hautement technique, sont un obstacle entre sa fille et elle. Il va lui falloir du temps, le support d'une photo de Faustine, avant de pouvoir aller vraiment prendre contact et faire connaissance avec sa fille.

A 1 mois, les difficultés alimentaires de Faustine, les régurgitations qu'elle présente, nous paraissent entrer en résonance avec les mots du pédiatre à sa naissance : "*elle s'est noyée.*" Même si la relation entre Faustine et sa mère paraît bonne, chaleureuse, vivante, les repas sont toujours source de conflit, d'inquiétude, d'un combat entre les deux. Nous avons perçu une incapacité de Mme B... à se sentir une "bonne mère", nourrissante, et nous rattachions tout d'abord ces difficultés à la séparation initiale et au traumatisme. A 6 mois, elle nous parle des conflits intergénérationnels et nous nous rendons compte que ses difficultés n'ont sûrement pas une cause unique. Comment peut-elle être vraiment mère de sa fille si sa propre mère ne la reconnaît pas comme telle et si cette dernière ne reconnaît pas l'existence de sa petite-fille ? Cette reconnaissance, par la grand-mère notamment, si importante pour Beetschen (9), qui fait que le nouveau-né ne demeure pas une chose étrange, innommée, et installe l'enfant

dans la "continuité rassurante des générations", n'existe pas, au début, pour Faustine.

Cette évolution dans notre interprétation, notre compréhension des mécanismes qui peuvent entrer en jeu dans la mise en place d'une interaction, nous inciterait, d'une façon plus générale, en tant que psychiatre, à réfléchir aux implications possibles de nos interventions. La dynamique de suivi de cette famille nous montre la difficulté à interpréter la place tenue par l'évènement hospitalisation. A 1 mois, nous étions tentée de lui donner toute la place, à 6 mois, il apparaît relativement peu important par rapport au conflit transgénérationnel. Il n'est nullement exclu que les conditions dramatiques de la naissance de Faustine soient en cause dans la réactivation des difficultés de sa maman avec sa propre mère.

Ariane : l'hospitalisation d'Ariane fait suite à une grossesse émaillée d'évènements inquiétants, et vient renforcer le sentiment de médicalisation excessive qu'a Mme I... Celle-ci paraît avoir des difficultés pendant sa grossesse à "penser" son bébé en tant qu'être humain à part entière. La séparation ne lui permet pas de faire connaissance avec son enfant. Nous aurons au début un bébé "fonctionnel", c'est à dire des pieds, un coeur, des plaquettes sanguines... Peu à peu, elle va "reconnaître" sa fille, et au travers des "persécutions" dont celle-ci est victime, elle peut s'identifier à elle. A 1 mois, malgré leur investissement, et leur implication très importante dans la prise en charge de leur bébé, ces parents continuent de penser qu'il ne savent pas, et ne peuvent pas s'occuper correctement de leur fille: " *Nous, on ne peut rien faire d'autre ; je ne savais pas qu'on pouvait la mettre dans un transat*". A 6 mois, nous n'avons pas revu cette famille qui a déménagé. Cette observation fait ressortir la difficulté pour des parents à reconnaître comme sien un enfant avec un handicap. Cependant, on assiste à la mise en place de mécanismes défensifs pour lutter contre le traumatisme que représente la naissance d'un enfant malformé.

Chez eux, c'est l'intellectualisation qui tiendra la plus grande place. Ici, plus que l'hospitalisation, c'est l'anomalie qui joue un rôle essentiel. Toutefois, la séparation et l'hospitalisation, la préoccupation médicale centrée sur le handicap entrave la possibilité de donner une identité à ce bébé. Celle-ci n'est possible que lorsque la mère se "sépare" des soignants pour s'identifier à sa fille souffrant des examens. Mais ceci la conduit à se vivre comme incapable de savoir s'occuper de ce bébé, tout comme elle a été incapable de faire un bébé normal.

Julien : Il nous semble que Julien n'a aucune existence propre jusqu'à 6 mois environ, jusqu'à ce que les médecins s'inquiètent de son poids. Alors seulement sa mère paraît se préoccuper de lui. Elle semble en effet tributaire du regard des autres, de l'attention des médecins, pour pouvoir reconnaître son fils, lui faire une place. Le milieu socio-économique défavorisé, avec les difficultés matérielles soulevées par les visites à l'hôpital ne l'ont certainement pas aidée à investir Julien.

La séparation à la naissance, la crainte de perdre leur fils, la répétition du traumatisme (naissance d'un enfant anormal) contribue à notre sens aux difficultés d'investissement de Julien.

Le traumatisme obstétrical avec la peur du décès de leur fils, ne permet pas que se mette en place l'investissement de l'enfant. Nous avons affaire à une réaction de deuil anticipé. L'hospitalisation, elle, n'a pas été vécue comme douloureuse (*"on connaissait le service, tout le monde est gentil"*). Ce sont plutôt les difficultés matérielles secondaires au séjour de Julien à l'hôpital qui accroissent la difficulté de Mme M... à investir son fils. A l'inverse, la présence de Julien dans le même service qu'Aurélie lui permet peut-être de surmonter le traumatisme de cette naissance. Sans doute par assimilation à l'expérience précédente, lui est-il permis de s'imaginer ce que va être cette nouvelle expérience. Ils savent à quoi s'en tenir.

Théo : pour Mme P..., il nous semble que l'évènement séparation n'a fait que renforcer un processus qui, de toute façon, se serait produit à l'occasion de la naissance de son fils, à savoir la réactualisation de son deuil. L'hospitalisation de Théo donne peut-être à cette réactualisation une certaine acuité, du fait des visites quotidiennes que Mme P... rend à son fils et des souvenirs que cela réveille en elle. Cependant, nous pensons que cette réactualisation est plus due à la naissance même, et que la séparation n'est ici qu'un épiphénomène. Ce qui nous frappe le plus, c'est que, lors des deux premiers entretiens, elle est submergée par cette douleur, et qu'à 6 mois, les choses n'ont guère évolué. Elle est, certes, plus souriante, mais nous la sentons encore très fragile. Théo vient visiblement combler un manque, elle le dit : *"il nous apporte beaucoup"*.

Compte tenu de l'immutabilité de la détresse de cette femme, nous avons l'impression qu'il s'agit plutôt de l'utilisation de l'évènement hospitalisation de son fils comme d'un élément supplémentaire à sa position dépressive. Elle est inconsolable et ce qui arrive à Théo ne peut que renforcer cette position. Si, au premier entretien, elle nous laisse entrevoir une réactivation possible du deuil, nous ne retrouvons pas par la suite les traces d'un travail de deuil.

Les jumelles : pour Mme F..., cette hospitalisation, et la séparation à la naissance, n'était pas une surprise. Elle s'y attendait, s'y préparait depuis qu'elle avait été hospitalisée pour menace d'accouchement prématuré : *"je me suis dit que je n'irais jamais jusqu'à fin juin. Je ne pensais pas que ça aller se passer comme ça. Dans un sens, le ciel a fait que c'est bien, parce que je n'aurais pas pu les avoir si j'avais accouché à St Junien, je n'aurais pas pu les garder."* Malgré cela, la culpabilité, le sentiment d'incompétence, la sensation de ne pas être vraiment mère, seront présentes lors de l'hospitalisation de ses filles. Cette impression persistait lors du retour à la maison de ses enfants. A 1 mois, et plus encore à 6 mois, elle est entrée complètement dans son rôle de

mère et nous pensons que la gémellité lui apporte une grande fierté, et comble le vide narcissique qu'elle a pu ressentir lors de l'hospitalisation de ses filles.

Cette observation montre l'importance d'avoir pu envisager l'évènement, et de l'anticipation.

Quelles réflexions plus générales peut-on faire, devant ces observations de séparation à la naissance entre l'enfant et la mère ?

L'établissement d'une relation entre une mère et son enfant est un phénomène complexe, où beaucoup d'éléments entrent en ligne de compte. Nous ne pouvons pas dire que l'évènement séparation est une cause de psychopathologie en lui-même. Cette séparation s'inscrit toujours dans un contexte socio-économique, culturel, dans une histoire familiale et personnelle de la mère, et chaque élément compte. En revanche, la dynamique dans laquelle s'inscrit ce traumatisme nous paraît un facteur important. Une situation figée, comme l'histoire de Théo et de sa maman nous semble plus susceptible d'entraîner une psychopathologie qu'une histoire comme celle de Faustine, même si le traumatisme à la naissance est moindre, au niveau médical.

De même, une perturbation des interactions initiales n'entraîne pas forcément une pathologie. Contrairement à ce qui est classique (en répétant que nous n'avons pas l'intention de généraliser à partir de notre faible échantillon), l'hospitalisation n'apparaît pas comme un facteur de risque essentiel. La relation est en effet au centre d'une spirale transactionnelle et il y a, chez l'un ou l'autre des partenaires, des éléments, des compétences, une structure de personnalité pouvant réduire partiellement l'influence d'un tel facteur. L'intérêt de notre travail est de mettre en évidence l'évolutivité de la prise en compte de l'hospitalisation, et par les parents, et par l'observateur. Une grande partie des études qui ont été faites sont rétrospectives et ont concerné des populations consultant pour des troubles. Notre travail se rapproche beaucoup des résultats retrouvés par Bremond (17), même si les conditions ne sont pas identiques.

III - Le rôle de l'équipe soignante :

1 - L'importance des mots :

Nous discuterons tout d'abord l'importance des paroles prononcées par le pédiatre quand il rencontre les parents pour la première fois et le souvenir qu'en ont les parents. Nous reprendrons rapidement nos cinq exemples.

Faustine : - *le pédiatre* : "accouchement très rapide, ce qui a entraîné comme une noyade ; il y a un risque de surinfection et de difficultés respiratoires pendant plusieurs jours. Le cerveau n'a pas souffert ; elle est bien réactive."

- *la maman* : à la naissance : "il m'a dit qu'elle s'était noyée." A 1 mois, elle ne peut en reparler. A 6 mois, elle reprend ce terme en insistant : "qu'elle s'était noyée ; il m'a expliqué avec une radio ; cela pouvait durer huit à quinze jours. Mais "se noyer", "comme une noyade", ça restera."

Ariane : - *le pédiatre* : "elle a un problème de pied, de malposition des pieds. Elle a une toute petite taille et un petit poids par rapport à son terme, je ne sais pas pourquoi. On va faire des examens pour essayer de comprendre ce qui s'est passé. Il n'y a rien de grave ; il faut faire un bilan pour pouvoir vous répondre avec certitude. Elle a aussi des petites tâches sur la peau, qui s'appellent un purpura ; c'est parce qu'elle manque de plaquettes."

- *la maman* : des paroles à la naissance, elle nous rapporte : "il nous a parlé de ses pieds, que ses plaquettes étaient basses, qu'elle avait peut-être un petit souffle au coeur, et le fait qu'elle soit petite, enfin, pas assez grosse. Il fallait voir ce qui s'était passé." Elle nous répète exactement les mêmes propos à 1 mois, mais nous n'avons malheureusement pas d'entretien à 6 mois.

Julien : - *le pédiatre* : nous n'avons pas le contenu exact des propos tenus aux parents, mais nous savons que ceux-ci ont été informés du pronostic réservé.

- *la maman* : au premier entretien, elle se souvient de ce qu'on lui a dit : "Ce n'était pas trop bon ; il ne pouvait rien nous dire. Le coeur s'est arrêté plusieurs fois, maintenant cela devrait aller ; il faut attendre." A 1 mois, le souvenir est un peu plus vague, mais le caractère dramatique de la situation est toujours présent : "ce n'était pas trop bon apparemment; et on pouvait le perdre à tout moment." A 6 mois, elle ne se souvient pas de ce qu'on lui a dit à la naissance.

Théo : - *le pédiatre* : "il a des problèmes respiratoires, car il est né trop tôt. Ce n'est pas grave, il faut que la maturation pulmonaire se fasse."

- *la maman* : elle n'a pas eu le discours initial du pédiatre, qui lui a été donné par son mari. Tout ce dont elle se souvient des propos du médecin, et qu'elle nous rapporte aux trois entretiens est : "je ne suis pas inquiet."

Les jumelles : - *le pédiatre* : "Elles sont petites ; on doit les garder en couveuse ; elles vont finir de grossir et apprendre à téter."

- *la maman* (aux trois entretiens) : "elles étaient toniques ; il n'y avait pas de problème particulier ; il les montait au neuvième parce qu'elles étaient petites."

Quelle place ce diagnostic initial tient-il dans la représentation qu'ont ces mères de leur enfant à 6 mois ?

Il nous est très difficile de préciser la place exacte que tient le diagnostic initial donné. Nous avons cependant noté que c'est plus dans le comportement et les interactions que dans le discours que son effet se traduit.

Pour Faustine, par exemple, l'inquiétude passe par les difficultés alimentaires avec la peur des fausses routes, pour les jumelles, c'est la quantité de biberon ingéré qui tient la place essentielle à 1 mois. Nous avons aussi constaté des variations dans le souvenir qu'ont les parents des paroles prononcées. A certains entretiens, ils ne peuvent ou ne veulent les retrouver alors qu'à l'entretien suivant elles seront spontanément prononcées. Ces variations mnésiques nous semblent à mettre en rapport avec le fonctionnement psychique maternel et la place que prennent l'inquiétude et la culpabilité liée au traumatisme. Nous avons remarqué que les mères des enfants dont le pronostic est bon se souviennent parfaitement à 6 mois, de ce que leur a dit le pédiatre. Il ne paraît pas y avoir de reconstruction ; les mots répétés sont les mêmes à la naissance et à 6 mois. Pour Julien, dont le pronostic à long terme n'est pas bon, sa maman, à 6 mois, ne se souvient pas de ce qu'on lui a dit : déni ou refoulement ? de l'enfant, du handicap, ou de l'enfant raté ?

On ne peut qu'être frappé par la précision du discours rapporté par les parents reprenant de façon très exacte les mots du pédiatre. Nous voudrions aussi insister sur l'importance des termes employés par les médecins et surtout ceux qui ont été retenus par les mères.

Pour la maman de Faustine, un terme comme "noyé" est vécu comme très violent, ancré à jamais dans l'imaginaire maternel : "noyée, je ne l'oublierai jamais", avec tout ce que l'on peut imaginer comme projection future sur cette enfant.

Les mots les plus retenus, d'une façon générale, sont ceux proches de la vie quotidienne : "ce n'est pas grave, elles étaient petites, elle a ses pieds, son souffle au coeur".

2 - Rôle de l'équipe :

Nous avons insisté dans ce travail sur le rôle capital que joue l'équipe soignante dans la prise en charge de l'enfant et des parents ; comment

elle aide ces derniers à faire connaissance, à investir leur enfant, à développer les compétences parentales.

Si les parents ont à investir leur enfant, l'équipe, elle, doit non seulement investir l'enfant, mais aussi les parents, pour les soutenir. Au travers de nos observations, et notamment de ce que nous avons pu recueillir comme renseignements sur les feuilles de liaisons infirmières, il nous apparaît que cet investissement est très inégal. Ceci nous a paru tout à fait évident pour les parents de Julien, avec des feuilles d'observations succinctes, dénuées de commentaire, ou comportant même des commentaires plutôt négatifs. Les parents de Julien viennent voir leur fils une fois par jour, peu de temps et nous imaginons qu'ils ne devaient pas poser beaucoup de questions. Nous reprendrons ici les mots de Sapriel (75) : "A leur insu, médecins et infirmières ont leur "idée" des bons parents, et, lorsque les parents s'éloignent de ce modèle, leur sollicitation à s'occuper de l'enfant n'est plus la même, leur relation aux parents est alors empreinte de jugement." A la suite de Soulé, qui dit que "tous les nouveau-nés doivent vivre et toutes les mères sont priées de les aimer", nous avons envie de dire qu'une mère *doit* venir voir son enfant quand il est hospitalisé à la naissance. Cependant, cette exigence est parfois un peu lourde, compte tenu des obligations familiales et des conditions financières de certaines mères. Il leur est peut-être difficile d'être de "bons parents" au sens où le conçoit le milieu médical. La maman de Julien nous dit bien combien il lui a été difficile, matériellement, de venir tous les jours. Elle ne garde pourtant pas un mauvais souvenir du service. On peut toutefois se demander si les difficultés de Julien, le handicap prévu à long terme, la situation particulière de cette famille (avec déjà un enfant trisomique) n'ont pas joué aussi dans le manque d'investissement que nous avons ressenti de la part de l'équipe soignante et dans les difficultés de sa maman à venir le voir.

Il faut aussi insister, et nous l'avons perçu dans presque toutes nos observations, sur l'importance de la présentation de l'enfant à la mère à la

naissance. A l'accouchement, la plupart des enfants n'ont pas été présentés à leur mère. Souvent même, elles ont été obligé de demander son sexe. S'il est bien compréhensible que les impératifs médicaux de réanimation prime dans ces situations souvent difficiles, il nous semblerait très souhaitable que quelqu'un ait le souci de présenter l'enfant à la mère, non pas forcément physiquement mais par des mots : " c'est un garçon, il n'est pas très réactif, on va s'en occuper...". La mère d'Ariane parle de cet instant si important quand l'infirmière des prématurés lui a présenté sa fille, la lui a mise dans les bras, avant qu'elle ne parte au CHU : "la toucher, avoir son odeur." Les photos qui sont souvent prises dans les services de prématurés et remises aux parents permettent aussi aux mères de se familiariser avec l'image de leur enfant, comme la maman de Faustine. Elle n'a pas pu reconnaître en effet dans le bébé branché l'enfant qu'elle attendait dans sa tête. Seule la photo lui permet d'appriivoiser cette image et de relier ainsi le bébé réel à son bébé imaginaire. Elle nous montre aussi tout le travail d'élaboration que cette photo permet à 6 mois: "*il s'est passé des choses, je lui montrerai, je lui dirai ce qui s'est passé, le départ qu'elle a eu*". Il n'y a pas là seulement traumatisme subi, mais traumatisme élaboré. Reprenant ici ce que nous disions de l'importance des mots prononcées, si le diagnostic initial garde sa préséance, les paroles de n'importe quelle personne de l'équipe y compris la femme de ménage ont aussi leur importance. Reprenant ici une publicité bien connue nous dirions: "Le poids des mots, le choc des photos".

Si les images des enfants branchés, intubés, nous sont assez familières, pour les parents elles sont souvent un traumatisme important. Alors que certaines dysmorphies, qui nous semblent particulièrement effrayantes, paraîtront insignifiantes aux parents: "*Elle a une toute petite tête, elle est toute mignonne*".

Le travail de l'équipe est bien difficile, car il demande dans l'urgence de tenir compte des réactions émotionnelles des parents et de

s'adapter aux mécanismes qu'ils mettent en oeuvre face à cette naissance différente de celle qu'ils avaient espérée.



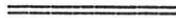
CONCLUSION

Tout travail monographique laisse partiellement insatisfait, car il ne permet pas de dégager des idées générales. La complexité du phénomène étudié et les difficultés méthodologiques rendent cette exploration encore plus difficiles.

Cependant, si pendant nos études, en Psychiatrie d'adultes, nous avons appris que les mots ont une importance capitale, pouvant même prendre dans ce contexte valeur d'oracle, notre impression après ce travail est plus nuancée. Les mots retenus sont principalement ceux qui évoquent la vie quotidienne ou une image frappante. Si leur impact à un mois se retrouve plus dans le comportement que dans le discours des mères, à six mois, leur souvenir est toujours intact dans la plupart des cas, non reconstruit. Cependant cet impact paraît très amoindri par tous les autres facteurs intervenant : fonctionnement psychique maternel, comportement et personnalité du bébé, environnement. Par ailleurs, l'évènement hospitalisation n'apparaît pas dans nos observations comme un facteur essentiel entravant l'investissement initial de l'enfant.

En revanche, il nous semble important d'insister, comme cela nous est apparu au travers de nos observations, sur la nécessité de la présentation de l'enfant à sa mère à la naissance.

ANNEXE



QUESTIONNAIRE UTILISE LORS DES ENTRETIENS

D'après STERN (83)

1- Pouvez-vous me décrire comment est votre enfant ?
Quel genre de bébé est-il ?

-
-
-
-
-
-

2 -Avez-vous pensé à toutes les caractéristiques bonnes ou mauvaises?
Est-ce qu'il y a quelque chose que vous avez oublié ?

-
-
-
-
-

3 - Traits personnels de l'enfant :

inactif _____ actif

calme _____ agité

accepte le _____ refuse le
contact contact

gai _____ triste

difficile _____ facile

beau _____ laid

calin _____ distant

réceptif _____ peu réceptif

vif _____ éteint

affectueux _____ peu affectueux

inquiétant _____ peu inquiétant

observateur _____ indifférent

4 - pendant votre grossesse ou l'accouchement ou juste après, y a t'il eu des évènements importants qui sont survenus (à vous votre famille, votre enfant) qui pourraient jouer un rôle en rapport avec ce que vous pensez ou percevez de votre enfant ? Peut-être y a-t'il d'autres évènements, mis à part les problèmes médicaux, qui auraient pu jouer un rôle ? Y a t'il des choses qui vous ont été dites par des médecins ? Comment les percevez-vous maintenant ?

5- Comment chacun de ces évènements a pu influencer votre manière de penser ou d'agir avec votre enfant ?

Evt n°1 :

aucune influence _____ très grande influence

Evt n°2 :

aucune influence _____ très grande influence

6 - Pouvez vous me décrire quel genre de mère vous êtes ? Comment vous décririez-vous en tant que mère ?

-

7 - (avec aide :) Avez-vous pensé à toutes les caractéristiques bonnes ou mauvaises ? Y en a-t'il que vous avez oublié ?

-

8 - Traits personnels : vous comme mère :

peu affectueuse _____ affectueuse

tolérante _____ rejetante

inquiète _____ confiante

disponible _____ occupée ou
préoccupée ailleurs

mère-poule _____ détachée

impatiente _____ patiente

autoritaire _____ permissive

sérieuse _____ enjouée

insouciant _____ soucieuse

satisfaite dans _____ insatisfaite
son rôle comme mère dans son rôle

rôle de mère _____ rôle de mère
difficile facile

9 - Comment était votre mère avec vous en tant que mère lorsque que vous étiez une petite fille ? Comment la décririez-vous ?

-
-
-
-
-
-
-
-

10 - Avez-vous pensé à toutes les caractéristiques bonnes ou mauvaises ? Y en a-t'il que vous avez oubliées ?

-
-
-
-

11 - Traits personnels : votre mère

peu affectueuse _____ affectueuse

tolérante _____ rejetante

peureuse _____ confiante

disponible _____ occupée ou
préoccupée ailleurs

mère-poule _____ détachée

impatiente _____ patiente

autoritaire _____ permissive

sérieuse _____ enjouée

insouciante _____ soucieuse

satisfaite dans _____ insatisfaite
son rôle de mère dans son rôle

rôle de mère _____ rôle de mère
difficile facile

12 -

a/ Avez-vous l'impression que la quantité de contact avec votre mère a changé depuis que vous avez votre enfant ? Par "contact", je veux dire que vous vous voyez plus ou moins souvent, faites des visites, téléphonez, écrivez plus ou moins souvent ?

b/ Avez-vous l'impression que vous pensez plus à comment était votre mère avec vous quand vous étiez enfant ?

c/ Vous sentez-vous plus positive ou plus négative envers votre mère qu'avant la naissance de votre enfant ?

d/ Vous sentez-vous plus proche ou plus distante de votre mère qu'avant la naissance de votre enfant ?

e/ Votre relation de fille envers votre mère est-elle ce qu'elle était avant d'avoir votre enfant ? Votre engagement dans la relation mère-fille (que vous avez toujours eu avec votre mère) est-elle plus forte ou plus faible qu'avant ?

f/ Maintenant, pensez-vous avoir une meilleure compréhension et perspective de votre mère, de ce qu'elle était en tant que mère et personne qu'avant la naissance de votre enfant ?

12 -

beaucoup moins de contact _____ la même chose _____ beaucoup plus de contact

pense beaucoup moins à ma mère _____ la même chose _____ pense beaucoup plus

beaucoup plus négative _____ la même chose _____ beaucoup plus positive

beaucoup plus négative _____ la même chose _____ beaucoup plus positive

beaucoup moins impliquée dans votre rôle de fille _____ la même chose _____ beaucoup plus impliquée

compréhension moins bonne _____ la même chose _____ compréhension bien meilleure

13 - Toutes les mères, lorsqu'elles pensent ou sont avec leur enfant, ressentent beaucoup d'émotions différentes. Quelles sont les trois émotions les plus fortes que vous pensez avoir pour votre enfant ?

-

14 - Je vais vous donner une liste de plusieurs émotions que la plupart des mères ressentent une fois ou l'autre. Indiquez si vous les ressentez beaucoup ou pas du tout lorsque vous pensez ou êtes avec votre enfant.

joie

pas du tout _____ beaucoup

tristesse

pas du tout _____ beaucoup

anxiété - peur

pas du tout _____ beaucoup

curiosité

pas du tout _____ beaucoup

culpabilité

pas du tout _____ beaucoup

fierté

pas du tout _____ beaucoup

honte

pas du tout _____ beaucoup

dégoût

pas du tout _____ beaucoup

équilibre entre les émotions

émotions positives _____ émotions négatives

15 - Quels sont pour votre enfant, en pensant au futur, vos désirs les plus forts ?

16 - Quelles sont vos plus grandes peurs pour votre enfant en pensant au futur ?

17 - Quels sont vos plus grands désirs pour vous en tant que mère dans le futur ?

18 - Quelles sont vos plus grandes peurs pour vous en tant que mère dans le futur ?

BIBLIOGRAPHIE

- 1- AINSWORTH M.D.S.
L'attachement mère-enfant.
Enfance, 1983, n° 1-2, 7-18.

- 2- ANDERSON G.C.
Current knowledge about skin-to-skin (kangaroo) care for preterm infants.
J. of Perinatol., 1991, 11 (3), 216-226

- 3- ANDRAU R., CORTIAL C. et LEZINE I.
Quelques réflexions sur la relation mère-enfant à la suite d'une naissance prématurée ou dysmature.
Psychiatr. Enfant, 1973, 16 (1), 123-178.

- 4- BALLEYGUIER G.
Le développement de l'attachement selon le tempérament du nouveau-né.
Psychiatr. Enfant, 1991, 34 (2), 641-657.

- 5- BARNETT C.R., LEIDERMAN P.H., GROBSTEIN R. et KLAUS M.
Neonatal separation : the maternal side of interactional deprivation.
Pediatrics, 1970, 45 (2), 197-205.

- 6- BARRAT M.S., ROACH M.A. et LEAVITT L.A.
Early channels of mother-infant communication : preterm and term infants.
J. Child. Psychol. Psychiat., 1992, 33 (7), 1193-1204.

- 7- BERGER M., LAURAS B. et CHATELAIN P.
Données récentes sur la prise en charge des parents de prématurés.
Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1981, 29 (7), 343-352.

- 8- BERGES J., LEZINE I., HARRISSON A. et BOISSELIER F.
Le syndrome de l'ancien prématuré. Recherche sur sa signification.
Rev. Neuropsychiatr. Infant., 1969, 11, 719-779.

- 9- BEETSCHEN A. et CHARVET F.
Psychologie et psychopathologie de la maternité. Psychoses puerpérales.
Confrontations Psychiatriques, 1978, n°16, 83-124.

- 10- BESSIS R.
Aspects psychologiques de la représentation imagée du fœtus.
In : Relations précoces parents-enfants (PASINI W., BYDLOWSKI M. et col.).
SIMEP (Lyon), 1984, p. 97-105.

- 11- BOUCHARD GODARD A.
Un étranger à demeure.
Nouvelle Revue de Psychanalyse, 1979, 19, 161-175.

- 12- BOWLBY J.
La théorie de l'attachement.
In : Psychopathologie du bébé (LEBOVICI S., WEIL-HALPERN F.).
PUF (Paris), 1989, p. 165-170.

- 13- BRAZELTON T.B.
Comportement et compétence du nouveau-né.
Psychiatr. Enfant, 1981, 24 (2), 375-396.

- 14- BRAZELTON T.B.
Le bébé partenaire dans l'interaction.
In : La dynamique du nourrisson ou quoi de neuf bébé ?
ESF (Paris), 1983, p. 11-27.

- 15- BRAZELTON T.B.
Echelle d'évaluation du comportement néonatal.
Neuropsychiatrie de l'enfance, 1983, 31, (2-3), 61-96.

- 16- BRAZELTON T.B.
Les compétences comportementales du nouveau-né.
In : Psychopathologie du bébé (LEBOVICI S., WEIL-HALPERN F.).
PUF (Paris), 1989, p. 171-180.

- 17- BREMOND M., GOLD F., SUC A.L., CHAMBOUX C., SALIBA E., GUEROIS M. et LAUGIER J.
La naissance et l'hospitalisation initiale des prématurés d'âge gestationnel inférieur à 32 semaines : quels souvenirs en gardent les parents 1 an après ? Enquête sur 94 cas.
Pédiatrie, 1993, 48, 275-281.
- 18- BYDLOWSKI M.
Les enfants du désir. Le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient.
Psychanalyse à l'Université, 1978, 4 (13), 59-92.
- 19- BYDLOWSKI M.
Désir d'enfant du côté maternel.
In : Relations précoces parents-enfants (PASINI W., BYDLOWSKI M. et col.).
SIMEP (Lyon), 1984, p. 19-26.
- 20- BYDLOWSKI M.
Désir d'enfant, désir de grossesse, évolution des pratiques de procréation.
In : Psychopathologie du bébé (LEBOVICI S. et WEIL-HALPERN F.).
PUF (Paris), 1989, p. 57-65.
- 21- BYDLOWSKI M. et BYDLOWSKI R.
Le cauchemar de la naissance. Contribution à la représentation inconsciente de l'accouchement.
Topique. "Le roc du primaire", 1976, 17, 139-155.
- 22- CALAME A.
Développement de la relation parents-enfants à la naissance d'un nouveau-né à risque élevé.
Rev. Méd. Suisse Normande, 1980, 100, 205-211.
- 23- CALAME A.
Relation des parents avec leur enfant prématuré.
In : Relation précoce parents-enfants (PASINI W., BYDLOWSKI M. et coll.)
SIMEP (Lyon), 1984, p.186-192.
- 24- CAPLAN G.
Patterns of parental response to the crisis of premature birth.
Psychiatry, 1960, 23, 365-374.

- 25- CAREL A.
Périnatalité psychique. Surveillance neuro-psychique des "nouveau-nés à risques".
Thèse méd. Lyon. Université Claude Bernard. 1974. 121 p.
- 26- CAREL A.
Le nouveau-né en détresse, ses parents et l'équipe soignante.
Expansion Scientifique Française : Accueil et prise en charge des parents dans un centre de périnatalogie.
Paris, 1976, 74-89.
- 27- CAREL A.
Le nouveau-né à risques et ses parents. Etude psychodynamique.
In : Le devenir de la prématurité (KESTEMBERG et coll.)
PUF (Paris), 1977, p. 125-164.
- 28- CHADEYRON P.A.
Aspects psychologiques de l'échographie obstétricale.
Rev. méd. Psychosom., 1978, 20 (2), 187-193.
- 29- COSNIER J.
Observation directe des interactions précoces, ou les bases de l'épigénèse interactionnelle.
Psychiatr. Enfant, 1984, 27 (1), 107-126.
- 30- COURVOISIER A.
Echographie obstétricale et fantasmes.
In : Relations précoces parents-enfants (PASINI W., BYDLOWSKI M. et coll.).
SIMEP (Lyon), 1984, p. 106-110.
- 31- CRAMER B.
La psychiatrie du bébé, une introduction.
In : La dynamique du nourrisson ou quoi de neuf bébé ?
ESF (Paris), 1983, p. 28-83.
- 32- CUKIER F.
A propos de certaines attitudes des mères de prématurés.
Revue de Neuropsychiatrie Infantile, 1978, 26 (9), 435-438.

- 33- CUKIER-MEMEURY F., LEZINE I. et AJURIAGUERRA J.
Les postures d'allaitement au sein chez les femmes primipares.
Psychiatr. Enfant, 1979, 22 (2), 503-518.
- 34- DAVIS D.H. et THOMAN E.B.
The early social environment of premature and full-term infants.
Early Hum. Dev., 1988, 17 (2-3), 221-232.
- 35- DELAISI DE PARSEVAL
Les fées d'aujourd'hui.
Nouvelle revue de psychanalyse, 1979, n° 19, 193-210.
- 36- DESONVILLE I. et CHESNAIS P.
Particularités de l'établissement de la relation mère-enfant chez le nouveau-né de faible poids de naissance - Condition du retour à domicile après une hospitalisation néonatale prolongée.
Thèse méd., Tours, 1990.
- 37- DEUTSCH H.
La psychologie des femmes. Tome II : Maternité.
PUF (Paris), 1967, 419 p.
- 38- DONNET
Le mythe de l'accouchement sans douleur.
Perspectives psychiatriques, 1963, 4, 43-51.
- 39- FERRARI P.
Aspects de la prématurité.
Revue de Neuropsychiatrie infantile, 1978, 26 (9), 407-410.
- 40- GAUTHIER Y.
Traumatismes précoces et leur devenir. Prématurité et carence affective.
Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1982, 30 (4-5), 175-191.
- 41- GOLDBERG S.
Premature birth : consequence for the parent-infant relationship.
Amer. Sci., 1979, 67, 214-220.

- 42- GUTIERREZ-MIMEUR G.
Le lien mère-enfant chez le prématuré.
La sauvegarde de l'enfant, 1969, 24 (1-2), 3-31.
- 43- GRIEVE K.
The role of the nursing staff in promoting the development of preterm infants through their contribution to mother-infant interaction.
Curationis, 1990, 13 (1-2), 24-28.
- 44- HARRISON L., SHERROD R.A., DUNN L., OLIVET L.
Effects of hospital-based instruction on interactions between parents and preterm infants
Neonatal Netw, 1991, 9 (7), 27-33.
- 45- HEIMANN J.P., CALAME A., MARCHAND C. PLANCHEREL B. et PROD'HOM L.S.
Troubles de la relation mère-enfant chez les nouveau-nés de petit poids de naissance.
Helv. Paediat. Acta, 1981, 36, 5-18.
- 46- JOLY J.B., RICHARD P. et BAUDET M.T.
Les relations entre parents-enfants et personnel soignant dans un centre de néonatalogie.
Pédiatrie, 1976, 31 (6), 603-613.
- 47- KAPLAN D.M. et MASON E.A.
Maternal reactions to premature birth viewed as an acute emotional disorder.
Am. J. Orthopsychiatr., 1960, 30, 539-552.
- 48- KESTEMBERG E.
Autrement vu. Des psychanalistes observent les relations mère-enfant.
PUF (Paris), 1981, 174 p.
- 49- KLAUS M.H. et KENNEL J.H.
Mothers separated from their new-born infants
Ped. Clin. N. Amer., 1970, 17 (4), 1015-1037.

- 50- KREISLER L.
Les prématurés. Pourquoi ici et aujourd'hui ?
In : Le devenir de la prématurité (KESTEMBERG et coll.)
PUF (Paris), 1977, p. 27-58.
- 51- KREISLER L., BOUCHARD F., LALANDE et LELOCH H.
Devenir psychologique des nouveau-nés traités en unité de soins intensifs.
Ann. Pédiat., 1978, 25 (9), 509-518.
- 52- KREISLER L. CRAMER B.
Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson.
Psychiatr. Enfant, 1981, 24 (1), 223-263.
- 53- KREISLER L. et SOULE M.
L'enfant prématuré.
In : Traité de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (LEBOVICI S., SOULE M. et DIATKINE R.)
PUF (Paris), 1985, p. 619-638.
- 54- LACOURT G.
Les parents de l'enfant prématuré pendant l'hospitalisation de leur enfant dans l'unité de néonatalogie.
In : Relations précoces parents-enfants (PASINI W. et al.).
SIMEP (Lyon) 1984, p. 193-202.
- 55- LAMOUR M. et LEBOVICI S.
Les interactions du nourrisson avec ses partenaires.
Encycl. Méd. Chir. (Paris) Psychiatrie, 37 190 B60. 10-1989, 22p.
- 56- LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B.
Vocabulaire de la psychanalyse.
PUF (Paris), 1967, 523 p.
- 57- LE BLANC M.
Comparaison du comportement de mères d'enfant à terme et de mères d'enfant prématuré lors d'une interaction avec leur bébé.
Psychiatr. Enfant, 1989, 32 (1), 249-268.

- 58- LEOVICI S.
Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces.
PUF (Paris), édition du Centurion, 1983, 377 p.
- 59- LEOVICI S.
Les liens intergénérationnels (transmission, conflits). Les interactions
fantasmatiques.
In : Psychopathologie du bébé (LEOVICI S., WEIL-HALPERN F.).
PUF (Paris), 1989, p. 141-146.
- 60- LEIFER A.D., LEIDERMAN P.H., BARNETT C.R. et WILLIAMS J.A.
Effects of mother infant separation on maternal attachment behavior.
Child Dev., 1972, 43, 1203-1218.
- 61- LEMOINE G.
La grossesse comme épisode narcissique.
Lettres de l'école freudienne, 1975, 14, 5-38.
- 62- LEZINE I.
Le devenir de l'ancien prématuré.
In : Le devenir de la prématurité (KESTEMBERG E. et coll.)
PUF (Paris), 1977, p. 59-78.
- 63- MAZET P. et STOLERU S.
Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant.
Masson (Paris), 1988.
- 64- MINDE K., MARTON P., MANNING D. et HIENES B.
Some determinants of mother-infant interaction in the premature nursery.
J. Am. Acad. Child Psychiatry, 1980, 19, 1-21.
- 65- MINDE K., PERROTA M. et MARTON P.
Maternal caretaking and play with full-term and premature infant.
J. Child. Psychol. Psychiat., 1985, 26 (2), 231-244.
- 66- MINDE K., PERROTA M. et HELLMANN J.
Impact of delayed development in premature infants on mother-infant
interaction : a prospective investigation.
The Journal of Pediatrics, 1988, 112 (1), 136-142.

- 67- MOLENAT F.
Mères vulnérables.
Pernoud L., Stock (Paris), 1992, 341 p..
- 68- PEDERSON D.R. BENTO S., CHANCE G.W., EVANS B. et FOX M.
Maternal emotional responses to preterm birth.
Amer. J. Orthopsychiat., 1987, 57 (1), 15-20.
- 69- PORTE J.M.
De l'observation à la psychiatrie du bébé.
Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1983, 31 (2-3), 143-147.
- 70- RACAMIER P.C. et coll.
La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum
L'évolution psychiatrique, 1961, 26 (4), 525-570.
- 71- RACAMIER P.C.
A propos des psychoses de la maternité.
In : Mère mortifère. Mère meurtrière. Mère mortifiée. (SOULE M.)
ESF (Paris), 1984, p. 42-51.
- 72- ROBIN M.
Trois exemples d'interaction entre la mère et l'enfant de la naissance jusqu'à
trois mois.
Psychiatr. Enfant, 1981, 1, 24, 101-150.
- 73- RUFO M., REYNARD F. et BURKI M.
"Votre prématuré est une personne". A propos d'une consultation médico-
psychologique à la sortie d'un service de néonatalogie.
Lieux de l'Enfance, 1987, n° 9-10, 193-217.
- 74- RUFO M., REYNARD F., SOULAYROL R. et COIGNET J.
A propos du sourire comme signal d'une interaction précoce parents-bébé
dans un service de prématurés (enquête préliminaire).
Psychologie Médicale, 1984, 16 (2), 279-285.

- 75- SAPRIEL D., TOUBAS P., CUKIER F., RELIER J.P. et MINKOWSKI A.
Problèmes posés par les relations "parents-enfant-médecin" dans un centre de néonatalogie.
Pédiatrie, 1978, 33 (8), 719-731.
- 76- SAPRIEL D. et CUKIER-MEMEURY F.
L'unité de soins intensifs : que représente t'elle pour les parents d'un nouveau-né malade pendant et après l'hospitalisation ?
Arch. Fr. Pédiatr., 1980, 37, 269-273.
- 77- SEIFER R., CLARK G.N. et SAMEROFF A.J.
Positive effects of interaction coaching on infants with developmental disabilities and their mothers.
Am. J. Ment. Retard., 1991, 96 (1), 1-11.
- 78- SOKOLOWSKY M., PALIX C. et COIGNET J.
Mettez un "psy" dans votre couveuse.
Ann. Pediatr., 1986, 33 (8), 753-756.
- 79- SOULE M.
L'enfant dans la tête - L'enfant imaginaire.
In : La dynamique du nourrisson ou quoi de neuf bébé ?
ESF (Paris), 1983, p. 135-175.
- 80- SOULE M.
Les souhaits de mort en pédiatrie du nouveau-né.
In : Mère mortifère - Mère meurtrière - Mère mortifiée.
ESF (Paris), 1984, 66-78.
- 81- SOULE M. et VOYER M.
Le nouveau-né en détresse vitale.
In : Traité de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (LEBOVICI S., SOULE M. et DIATKINE R.)
PUF (Paris), 1985, p. 639-647.
- 82- STERN D.N.
Les Interactions affectives
In : Psychopathologie du bébé (LEBOVICI S., WEIL-HALPERN F.)
PUF (Paris), 1989, p. 199-214.

- 83- STERN D.N., ROBERT-TISSOT C., BESSON G., RUSCONI-SERPA S., DE MURALT M.,
CRAMER B., PALACIO F.
L'entretien "R". Une méthode d'évaluation des représentations maternelles.
In : L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires
(LEBOVICI S., MAZET P., VISIER J.P.)
ESHEL (Paris), 1989 , 151-178
- 84- TAYLOR P.M., HALL B. L.
Parent-infant bonding : problems and opportunities in a perinatal center.
Seminar. in Perinatology, 1979, 3 (1), 73-84.
- 85- VIAL M.
L'unité de surveillance des nouveau-nés à la maternité dite "les
kangourous".
In : Enfance menacée (RAIMBAULT G. et MANCIAUX M.).
INSERM (Paris), 1992, p. 137-141.
- 86- VINCENT M.
La relation de la mère avec son foetus et la relation foeto-maternelle.
In : Traité de psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (LEBOVICI S., SOULE
M. et DIATKINE R.)
PUF (Paris), 1985, p. 603-618.
- 87- WILLE D.E.
Relation of preterm birth with quality of infant-mother attachment at one
year.
Infant Behavior and Development, 1991, 14 (2), 227-240.
- 88- WINNICOTT D.W.
La haine dans le contre-transfert (1947).
In : De la pédiatrie à la psychanalyse.
Payot (Paris), 1989, 464 p.
- 89- WINNICOTT D.W.
Les souvenirs de la naissance. Le traumatisme de la naissance et l'angoisse
(1949).
In : De la pédiatrie à la psychanalyse.
Payot (Paris), 1989, 464 p.

-90- WINNICOTT D.W.

La théorie de la relation parent-nourrisson (1960).

In : De la pédiatrie à la psychanalyse.

Payot (Paris), 1989, 464 p.

-91- WINNICOTT D.W.

La préoccupation maternelle primaire (1956).

In : De la pédiatrie à la psychanalyse.

Payot (Paris), 1989, 464 p.

-92- WINNICOTT D.W.

La théorie de la relation parents-nourrissons.

Rev. Franç. de Psychanalyse, 1961, 25 (1), 7-26.

-93- YOOS L.

Applying research in practice : parenting the premature infant.

Appl. Nurs. Res., 1989, 2 (1), 30-34.

-94- ZESKIND P.H. et IACINO R.

Effects of maternal visitation to preterm infants in the neonatal intensive care unit.

Child Devp., 1984, 55, 1887-1893.

=====

TABLE DES MATIERES

PLAN	10
INTRODUCTION	12
ASPECTS THEORIQUES	14
I - AUTOUR DE LA GROSSESSE	15
A - Désir d'enfant - Désir de grossesse	15
1 - Désir d'enfant	14
a - Les signifiants corporels	15
b - Les signifiants littéraires	17
c - La non saturation du désir d'enfant par l'enfant	17
2 - Désir de grossesse	18
B - Enfant imaginaire, enfant fantasmatique	18
1 - Mise en place	18
2 - Problème de l'échographie	20
C - Mise en place de la maternalité	22
1 - La maternalité comme phase de développement	22
2 - Structure relationnelle et économie libidinale du couple mère-enfant	25
a - Evolution narcissique	25
b - Relation à la naissance, anaclitique	26
3 - Préoccupation maternelle primaire	27
4 - Epreuve de réalité	27
5 - Grossesse et filiation	28
II - APRES L'ACCOUCHEMENT - MISE EN PLACE DES INTERACTIONS	30
A - Accouchement	30
1 - La castration	30
2 - Les témoins de la naissance - Importance de ce qui est dit	32
3 - La nativité	34
4 - Le nouveau-né : l'étranger à demeure	34
a - L'enfant réel	34
b - Séparation et continuité	35
c - Le nouveau-né persécuteur	36

B - Investissement de la mère - Réponse du bébé :	37
III - LES INTERACTIONS PRECOCES	40
A - Le nouveau-né	40
1 - Capacités sensorielles et interactionnelles	40
2 - Etats de vigilance et leur relation avec l'interaction mère-nourrisson	41
3 - Evaluation du comportement néonatal	42
B - Les trois niveaux d'interaction	43
1 - Interactions comportementales	43
a - Les interactions corporelles	43
b - Les interactions visuelles	44
c - Les interactions vocales	45
2 - Interactions affectives	46
3 - Interactions fantasmatiques	46
IV - LA NAISSANCE EST PATHOLOGIQUE - NOUVEAU-NE A RISQUE	48
A - Au niveau des parents	49
1 - La mère	49
2 - Le père	53
B - L'enfant	54
C - La relation parents-enfants	56
V- L'EQUIPE SOIGNANTE AUTOUR D'UN NOUVEAU-NE A RISQUES ET DE SA FAMILLE	64
A - Evolution	64
B - Difficultés rencontrées	65
1- Importance des lieux	65
2- Importance des mots et des personnes	65
3- Notion de deuil anticipé	67
4- Vécu et rôle de l'équipe soignante	67
C - Perspectives actuelles - Place du psychiatre	68
OBSERVATION D'ENFANTS NOUVEAU-NES HOSPITALISES EN UNITE DE NEONATALOGIE	
METHODOLOGIE	71
LES OBSERVATIONS	75
Faustine : le bébé reconnu	76
A - Observations	76
1 - Observation médicale	76

2 - Observations infirmières	76
3 - Discours du pédiatre	77
B - Entretiens	77
Ariane : le bébé morcelé	87
A - Observations	87
1 - Observation médicale	87
2 - Observations infirmières	88
3 - Discours du pédiatre	89
B - Entretiens	90
Julien : l'enfant récupéré	99
A - Observations	99
1 - Observation médicale	99
2 - Observations infirmières	100
3 - Discours du pédiatre	101
B - Entretiens	101
Théo : enfant de remplacement ?	111
A - Observations	111
1 - Observation médicale	111
2 - Observations infirmières	112
3 - Discours du pédiatre	112
B - Entretiens	112
Les jumelles : Chloé et Audrey	117
A - Observations	117
1 - Observation médicale	117
2 - Observations infirmières	117
3 - Discours du pédiatre	118
B - Entretiens	118
DISCUSSION	126
A - Difficultés de réalisation	127
B - Place de l'évènement hospitalisation	129
C - Le rôle de l'équipe soignante	134
1 - L'importance des mots	134
2 - Rôle de l'équipe	136
CONCLUSION	140
ANNEXE	141
BIBLIOGRAPHIE	152
TABLE DES MATIERES	164

B - Investissement de la mère - Réponse du bébé :	37
III - LES INTERACTIONS PRECOCES	40
A - Le nouveau-né	40
1 - Capacités sensorielles et interactionnelles	40
2 - Etats de vigilance et leur relation avec l'interaction mère-nourrisson	41
3 - Evaluation du comportement néonatal	42
B - Les trois niveaux d'interaction	43
1 - Interactions comportementales	43
a - Les interactions corporelles	43
b - Les interactions visuelles	44
c - Les interactions vocales	45
2 - Interactions affectives	46
3 - Interactions fantasmatiques	46
IV - LA NAISSANCE EST PATHOLOGIQUE - NOUVEAU-NE A RISQUE	48
A - Au niveau des parents	49
1 - La mère	49
2 - Le père	53
B - L'enfant	54
C - La relation parents-enfants	56
V- L'EQUIPE SOIGNANTE AUTOUR D'UN NOUVEAU-NE A RISQUES ET DE SA FAMILLE	64
A - Evolution	64
B - Difficultés rencontrées	65
1- Importance des lieux	65
2- Importance des mots et des personnes	65
3- Notion de deuil anticipé	67
4- Vécu et rôle de l'équipe soignante	67
C - Perspectives actuelles - Place du psychiatre	68
OBSERVATION D'ENFANTS NOUVEAU-NES HOSPITALISES EN UNITE DE NEONATALOGIE	
METHODOLOGIE	71
LES OBSERVATIONS	75
Faustine : le bébé reconnu	76
A - Observations	76
1 - Observation médicale	76

2 - Observations infirmières	76
3 - Discours du pédiatre	77
B - Entretiens	77
Ariane : le bébé morcelé	87
A - Observations	87
1 - Observation médicale	87
2 - Observations infirmières	88
3 - Discours du pédiatre	89
B - Entretiens	90
Julien : l'enfant récupéré	99
A - Observations	99
1 - Observation médicale	99
2 - Observations infirmières	100
3 - Discours du pédiatre	101
B - Entretiens	101
Théo : enfant de remplacement ?	111
A - Observations	111
1 - Observation médicale	111
2 - Observations infirmières	112
3 - Discours du pédiatre	112
B - Entretiens	112
Les jumelles : Chloé et Audrey	117
A - Observations	117
1 - Observation médicale	117
2 - Observations infirmières	117
3 - Discours du pédiatre	118
B - Entretiens	118
DISCUSSION	126
A - Difficultés de réalisation	127
B - Place de l'évènement hospitalisation	129
C - Le rôle de l'équipe soignante	134
1 - L'importance deS mots	134
2 - Rôle de l'équipe	136
CONCLUSION	140
ANNEXE	141
BIBLIOGRAPHIE	152
TABLE DES MATIERES	164

THOMAS (Florence, épouse JOUPPE). — Lorsque les fées ne sont pas au rendez-vous. Observations d'enfants nouveau-nés hospitalisés en unité de néonatalogie. — 166 f. ; ill. ; tabl. ; 30 cm (Thèse : Méd. ; Limoges ; 1993).

RESUME :

La naissance d'un « nouveau-né à risques », qu'il soit prématuré ou non, est un traumatisme pour les parents.

Après avoir décrit les remaniements psychologiques qu'entraîne chez la mère une naissance, les compétences du nouveau-né, et la mise en place de l'interaction entre ces deux partenaires, nous avons abordé au travers de la littérature quelles pouvaient être les répercussions d'une séparation néonatale, perturbant la mise en place des relations précoces.

A propos de cinq monographies longitudinales, de nouveau-nés et de leurs parents de 0 à 6 mois, nous avons particulièrement insisté sur le rôle que pouvaient jouer dans les représentations maternelles et l'établissement de la relation, l'événement séparation et le discours du pédiatre à la naissance.

MOTS CLES :

- Hospitalisation néonatale.
 - Prématuré.
 - Nouveau-né hospitalisé.
 - Interaction mère-enfant.
 - Séparation mère-enfant.
-

JURY : Président : Monsieur le Professeur GAROUX.
Juges : Monsieur le Professeur BOULESTEIX.
Monsieur le Professeur BOUQUIER.
Monsieur le Professeur LEGER.
Membres Invités : Madame le Docteur BOURRAT.
Monsieur le Docteur RONAYETTE.

THOMAS (Florence, épouse JOUPPE). — Lorsque les fées ne sont pas au rendez-vous. Observations d'enfants nouveau-nés hospitalisés en unité de néonatalogie. — 166 f. ; ill. ; tabl. ; 30 cm (Thèse : Méd. ; Limoges ; 1993).

RESUME :

La naissance d'un « nouveau-né à risques », qu'il soit prématuré ou non, est un traumatisme pour les parents.

Après avoir décrit les remaniements psychologiques qu'entraîne chez la mère une naissance, les compétences du nouveau-né, et la mise en place de l'interaction entre ces deux partenaires, nous avons abordé au travers de la littérature quelles pouvaient être les répercussions d'une séparation néonatale, perturbant la mise en place des relations précoces.

A propos de cinq monographies longitudinales, de nouveau-nés et de leurs parents de 0 à 6 mois, nous avons particulièrement insisté sur le rôle que pouvaient jouer dans les représentations maternelles et l'établissement de la relation, l'événement séparation et le discours du pédiatre à la naissance.

MOTS CLES :

- Hospitalisation néonatale.
 - Prématuré.
 - Nouveau-né hospitalisé.
 - Interaction mère-enfant.
 - Séparation mère-enfant.
-

JURY : Président : Monsieur le Professeur GAROUX.
Juges : Monsieur le Professeur BOULESTEIX.
Monsieur le Professeur BOUQUIER.
Monsieur le Professeur LEGER.
Membres Invités : Madame le Docteur BOURRAT.
Monsieur le Docteur RONAYETTE.
