

RÉSUMÉ

L'auteur, dans cet article, présente le travail de prévention qu'il réalise auprès des mères séparées, à la naissance, de leur bébé. Il met en évidence à partir de cette expérience, comment une mère, malgré le malheur que cela représente, peut établir une relation satisfaisante, dynamique et vivante en prenant en compte le traumatisme de cette séparation. Par ailleurs, il précise la qualité de présence et d'implication du thérapeute, nécessaire pour assumer ce travail dans de bonnes conditions.

MAMANS PRIVÉES DE LEUR BÉBÉ EN MATERNITÉ

Parmi les activités de prévention que j'effectue depuis 5 ans dans le service de maternité (**), j'ai choisi de présenter le travail que je réalise auprès des mères séparées de leurs bébés.

Ce choix tient :

— à l'intérêt que je porte à ce travail représentatif des objectifs que je poursuis dans ce service,

— à l'originalité du cadre peu habituel pour un thérapeute : celui de la prévention,

— enfin au fait que cette expérience permet de mettre en évidence un mode relationnel et interactif particulier ; intéressant la mère, l'enfant mais aussi le thérapeute. Ceci nous amènera à réfléchir sur la position de celui-ci, sa qualité de présence et son implication dans les relations très affectisées.

C'est à partir de ma pratique de psychiatre psychothérapeute recevant en consultation des enfants avec leur famille que j'ai pris conscience de l'importance des séparations mère - nouveau-né sur la qualité des premières relations, le développement de l'enfant et l'apparition des troubles psychiques et psychosomatiques.

J'ai pu observer que nombre de difficultés trouvent leur origine dans cet événement traumatique. Fréquemment la simple évocation de cette période de séparation précède, entraîne chez les parents l'expression d'émotions intenses, de fantasmes et de souvenirs, refoulés ou non métabolisés à l'époque. Cette souffrance constitutive de ces premiers liens reste présente, active, manifeste, dans la relation à l'enfant jusqu'au moment où elle pourra être remémorée, exprimée et libérée.

**

Ainsi l'histoire classique et banale de Mme C... : celle-ci évoque en sanglotant lors de la première consultation la peur qu'elle a eu de perdre son fils à la naissance et la souffrance qu'elle a ressentie pendant la période de leur séparation, se rappelant notamment le choc lors de sa première visite en néonatalogie, où elle est demeurée coite en découvrant son bébé minuscule dans une boîte en verre avec des tuyaux.

Dr Jean-Pierre BOYER (*)
C.M.P., 74, rue Abbé-Grégoire, Grenoble

Elle reconnaît devant son solide gaillard de fils de 15 ans qu'elle amène pour inhibition et difficultés scolaires, que depuis cette période elle est restée particulièrement inquiète pour lui, le couvant et le surveillant comme une mère poule.

Ces expériences cliniques m'ont amené à travailler en collaboration avec le service de maternité du quartier, en vue de favoriser la mise en place de relations satisfaisantes et de bonne qualité entre la mère et le nouveau-né, ce qui signifie entre, autres choses offrir des moyens pour que ces premiers échanges puissent se dégager des obstacles, gênes ou limitations qui pourraient apparaître (images du passé, sentiments, souvenirs, préoccupations).

Dans cet esprit je propose un entretien à toutes les mères dont le bébé a été transféré en néonatalogie, quels que soient les motifs de cette séparation, (prématurité, petit poids, malformation, infection néonatale...).

Ainsi, chaque jeudi, dès mon arrivée, ma première préoccupation est de savoir s'il y a dans le service des mamans sans bébé. Si c'est le cas, avant de leur rendre visite, je m'informe des motifs de l'hospitalisation du bébé et des conditions dans lesquelles s'est effec-

tuée la séparation (1). Puis je me rends dans la chambre de la maman concernée, me présente, comme psychiatre du service, m'intéressant particulièrement à la façon dont s'instaurent les premières relations entre le bébé et sa mère. A ce titre, je rencontre toutes les mamans séparées de leur bébé, car je sais que les premières visites dans le service de néonatalogie sont difficiles. Je lui propose de réfléchir avec elle sur la meilleure façon d'entrer en relation avec son bébé afin de réussir ce premier rendez-vous, malgré le malheur de la séparation.

A chaque fois, je suis surpris, de l'accueil très chaleureux qui m'est fait. On me propose de m'installer confortablement. Il n'est pas rare, comme j'interviens entre midi et deux heures, que le père soit présent, et participe activement à l'entretien.

Pour mieux comprendre les raisons de cet accueil (il n'est pas évident d'accepter volontiers un entretien avec un psychiatre alors qu'on vient d'accoucher) il est nécessaire de se rendre compte que cette femme souffre non seulement d'être séparée de son bébé mais aussi des effets de la séparation : elle est facile à repérer dans les couloirs de la maternité, triste et désœuvrée, en quête de relations, demandant à tous les soignants des nouvelles de son bébé. Elle est particulièrement isolée et peu soutenue dans cette épreuve.

(1) Si la mère a eu une césarienne, si elle a vu ou non le bébé avant l'hospitalisation, si celle-ci s'est faite en urgence ou dans un deuxième temps.

(*) Psychiatre des hôpitaux, chef de service.

(**) Clinique Mutualiste des Eaux Claires à Grenoble.

MAMANS PRIVÉES DE LEUR BÉBÉ EN MATERNITÉ

Contrairement aux autres mères, elle reçoit peu de visites : les amis ne viennent pas voir une maman seule, ils préfèrent attendre que la dyade soit réunie pour amener des cadeaux. Le personnel vient peu la voir, n'ayant guère de raisons objectives et matérielles de s'adresser à elle, sauf si elle décide de tirer son lait ou que, suite à l'accouchement elle justifie de soins.

Enfin le père de l'enfant est peu disponible, passant son temps à faire la navette entre le bébé et l'accouchée. Porteur de nouvelles, il témoigne de ses relations privilégiées avec le bébé, dont elle-même est frustrée.

Cette situation particulière explique l'intérêt de cette maman à parler de son vécu et à trouver une aide pour se préparer à rencontrer son bébé.

Bien souvent le début de l'entretien porte sur les dernières nouvelles du bébé, et le récit des événements récents, grossesse, accouchement, séparation. Puis la mère évoque les sentiments qu'elle éprouve, les idées qui lui traversent l'esprit. Dans un premier temps, souvent elle tente de minimiser sa souffrance, en me rapportant les propos réconfortants du mari ou du pédiatre. Puis elle exprime, en pleurant, la sensation de manque, de vide, les sentiments de désarroi, d'injustice, de culpabilité, ainsi que les fantasmes de mort et de handicap qui l'occupent et l'envahissent à longueur de journée. Cela se passe comme si ma présence et mes questions l'autorisent progressivement à ressentir, accepter et exprimer cette souffrance. Puis quand nous évoquons la première visite au bébé, comment elle l'imagine, ce qu'elle a prévu de lui dire et comment, généralement elle énonce un discours stéréotypé et apprêté qui se voudrait optimiste et rassurant : qu'elle l'aime, qu'elle est contente de le voir, qu'elle pense à lui et qu'ils se retrouveront bientôt. Dans cet entretien j'évoque les idées, les images et les sentiments que suscite notre échange : l'amour et la chaleur que je ressens, et l'écart douloureux que je perçois entre ce qu'elle ressent vis-à-vis de son enfant en pensant à lui et ce qu'elle compte lui dire. Elle prend conscience progressivement du sens et de la valeur de ses réactions, sentiments et idées noires. Ils lui servent à combler le vide créé par l'absence de son bébé ; son inquiétude, sa révolte et tout ce qu'elle imagine, anticipe, redoute, traduisent son attachement, son amour et la particularité de sa situation : la mère de ce bébé.

Je l'aide à prendre en considération que de son côté, son bébé, avec sa sensibilité et ses capacités, ressent aussi le malheur et l'injustice d'être seul, sans elle. Elle comprend l'importance de lui dire avec ses mots ce qu'elle éprouve et ce qu'ils éprouvent ensemble sous la forme actuelle qu'il prend en

elle : la peine, la peur, la justice, la révolte.

Il me vient parfois, une image que je décris, pour soutenir cette position, par exemple : c'est comme s'il n'existait qu'une porte, pour la communication des sentiments, si celle-ci est encombrée par des sentiments de peine ou d'angoisse, il sera impossible de faire passer des émotions de joie ou de bonheur, sans faire semblant. Il faudra d'abord libérer cette porte, des sentiments qui l'occupent, pour permettre ensuite l'accès à d'autres choses.

En général, l'entretien dure une vingtaine de minutes. Les mères et pères, quand ils sont présents, me remercient chaleureusement, convaincus et satisfaits de retrouver le moyen d'exercer leurs compétences de parents en se démarquant de la position de soignants auxiliaires qu'ils avaient été tentés d'occuper faute de trouver leur place. Des questions apparaissent : « Mais on ne peut quand même pas dire tout ce qu'on ressent ou imagine », demande le père d'une prématurée âgée de cinq jours, qui se voit déjà en train de dessiner les plans d'un fauteuil roulant sur mesure pour sa fille. J'invite ce monsieur à ne pas garder pour lui cette pensée obsédante qui s'interpose entre lui et sa fille et de lui dire à quel point il pense à elle et se fait du souci « tu te rends compte, je suis tellement inquiet pour toi que je m'imagine en train de... ».

La plupart des actions de prévention que j'effectue à la Maternité sont basées sur cette idée : aider les mères à prendre en compte ce qui se passe pour elles, les occupe ou préoccupe comme des éléments participant à l'établissement des échanges avec le bébé : Ces pensées, préoccupations, émotions, exprimées à l'enfant alimentent et renforcent les liens qu'ils tissent entre eux. Par contre retenues, gardées (considérant qu'elles ne le concernent pas), elles prennent une part de la disponibilité de sa mère, occupée et fermée à lui.

Ce point de vue nous a amenés avec un des pédiatres du service, à proposer une réunion hebdomadaire aux mères qui viennent d'accoucher, sur toutes les questions relationnelles qui peuvent se poser avec et autour du nourrisson. Lors de ces réunions, il est fréquent que les mères de quelques jours évoquent leur accouchement difficile, certaines contrariétés ou préoccupations pénibles concernant par exemple, un autre enfant. Nous invitons alors ces mamans à faire part à leur bébé de ce qui les préoccupe.

J'ai conscience que cette position peut paraître contestable, elle mérite en tout cas d'être discutée et étayée. Pour ce faire j'emploierai l'artifice de répondre aux questions fréquemment posées par mes collègues quand je parle de cette activité de prévention concernant plus précisément les mères séparées de leur bébé, même si les questions sont du même ordre pour toutes les mères.

*

**

Est-il nécessaire et utile de pousser les mamans à parler de leur souffrance à leur bébé ? N'est-il pas suffisant d'écouter et contenir leurs émotions et fantasmes ?

Pour éclairer ma position sur ces questions il convient tout d'abord d'indiquer quel est mon but et pour qui je travaille. Mon client, en effet, n'est pas la mère, même si c'est à elle que je m'adresse, mais la relation entre elle et son bébé. Aussi quand je propose un entretien à une accouchée, privée de son bébé, ce n'est pas à la femme qui souffre que je m'adresse mais à un pôle de la dyade. Mon intention est d'aider le nourrisson hospitalisé dans un autre lieu à faire de cette accouchée sa maman, et aider cette femme à faire de ce nouveau-né son bébé ; autrement dit favoriser l'entame d'une interaction de bonne qualité entre la mère et l'enfant. Ainsi, pour nous, suggérer à une mère, de parler à son bébé de sa souffrance c'est l'inviter à reconnaître en lui un être déjà responsable, le sujet d'une histoire dont ces événements douloureux font partie.

Permettre à cette femme de parler du malheur qu'elle ressent, c'est certes déjà l'aider à soulager la souffrance qu'elle éprouve mais elle ne pourra réellement s'en libérer qu'en s'adressant à celui qui la suscite : son bébé.

Lui parler, laisser vivre les mots et les émotions qui lui font peur, c'est pour la mère dans ses relations avec son bébé, s'autoriser à ressentir librement les sentiments, les sensations, retrouver la capacité d'imaginer, rêver, créer, la capacité qu'on sait depuis BION indispensable au développement psychique du bébé. De plus, pour une mère, dire à son enfant ce qui est difficile, pénible, et les concerne tous deux, c'est imaginairement le mettre avec elle, à son côté, pour vivre ensemble cette épreuve difficile.

En résumé aider une mère à parler à son bébé avec son cœur c'est lui permettre de retrouver ses compétences de mère qu'elle a développées pendant les neuf mois de la grossesse et qu'elle souffre de ne pouvoir exprimer depuis la séparation.

*

**

Souvent une autre question est posée : Est-ce qu'un nourrisson peut saisir le message qu'on lui adresse ? Peut-il comprendre les mots qui lui sont dits ?

Cette question est importante. Observer les interactions entre un nouveau-né et une personne qui lui parle, constater la participation active du bébé aux échanges signifiants par ses réactions aux paroles qui lui sont adressées, est un spectacle tout à fait fascinant.

Ces phénomènes nous émerveillent et nous paraissent magiques faute de pouvoir en

donner une explication rationnelle. De notre point de vue, la question de la compréhension du contenu (mots, sens du message) même si elle suscite notre curiosité n'est pas essentielle. Ce qui nous paraît le plus important c'est que les conditions soient remplies pour que les échanges inter-actifs se déroulent. Autrement dit que l'environnement maternant, la mère en tout premier lieu, retrouve la liberté d'exprimer à son bébé ce qu'elle ressent et pense de l'expérience qu'ils sont en train de vivre (de l'histoire qu'ils sont en train d'écrire). Car c'est dans ce mouvement qu'une parole investie trouvera en retour un écho, une résonance qui pourra être signifiée.

Sans aller plus loin dans notre réponse, une chose nous paraît sûre, un nouveau-né sent, perçoit globalement (holistiquement) l'ambiance, la qualité de la relation à l'environnement ; donc si une parole détend et ouvre la communication ou si, au contraire, elle la ferme et la rend plus pénible : une parole qui engage ou une parole pour ne rien dire, faire semblant.

Enfin dans un autre ordre d'idée, une question mérite toute notre attention : le travail de prévention nécessite-t-il la présence d'un psychologue ? Ne peut-il être réalisé par des membres de l'équipe (pédiatre, puéricultrice, sage-femme) dont la place paraît plus naturelle près de ces mères que celle d'un psychologue, d'autant qu'on a pu se rendre compte qu'il n'y a pas de demande précisément formulée.

Cette question tout à fait pertinente appelle plusieurs réflexions :

A mon arrivée dans ce service, j'avais indiqué que je n'interviendrais pas directement auprès des mères et des bébés sauf à la demande expresse d'un médecin du service. Je m'étais fixé pour tâche d'aider, au travers de réunions, staffs et études de situations, l'équipe à créer, les conditions d'ambiance et de relation favorisant la mise en place de relations de bonne qualité dans la dyade mère-enfant et d'aider chaque intervenant à faire face aux difficultés d'ordre affectif et relationnel survenant dans la pratique.

Toutefois, malgré mes efforts de sensibilisation, d'explication et même d'accompagnement au lit des accouchées, le travail auprès des mamans sans bébé n'a jamais réellement pu être assuré de façon régulière par le personnel du service. La crainte d'entrer en contact avec la souffrance éprouvée par ces mères et le fantasme d'être submergé, envahi, et dépassé par leur propre émotion ont été les obstacles le plus souvent invoqué à la réalisation de cette tâche.

Considérant ce travail de prévention comme essentiel, j'ai décidé de déroger à la règle que je m'étais donné et de réaliser moi-même ce travail. Ceci m'a permis de mieux comprendre les réticences du personnel de la maternité.

En effet, l'état dans lequel se trouve une femme dans les jours qui suivent l'évène-

ment, accouchement-naissance, est très particulier, qu'on le qualifie d'état de « folie naturelle » ou de préoccupation maternelle primaire, ce post-partum précoce, par le bouleversement des repères et les réaménagements qu'il implique, se traduit par une hypersensibilité, une hyperémotivité, un état d'ouverture et de vulnérabilité accentué par la blessure de la séparation de la mère avec son bébé. Aussi la relation qui s'établit avec une femme dans cette situation est très chargée émotionnellement et particulièrement interpellante de par les questions essentielles qu'elle soulève, les sentiments, fantasmes et souvenirs qu'elle suscite ou réveille. L'interlocuteur saisi par l'intensité et la richesse des sollicitations et des résonances que ce contact produit en lui. Il ne suffit pas d'être psychologue et d'avoir suivi un cursus de formation pour assumer dans ce contexte très affectif une authentique relation d'aide. En effet établir et maintenir en ces circonstances la distance utile et la qualité relationnelle nécessaire à l'expression d'une parole libre et au déroulement d'un travail intime ne peut s'appuyer sur une technique, un savoir-faire mais sur une qualité de présence à soi-même que seul procure la dynamique d'une recherche personnelle. Ainsi le « soignant » ou « prévenant » peut-il, dans le même temps, offrir une présence réceptive et poursuivre son projet, sa quête, au travers des échos et des résonances que cette rencontre provoque en lui.

Pour ma part ces rencontres provoquent un état d'excitation qui lie dans l'échange ce qui raisonne dans mon corps et ce qui se raisonne dans ma tête. Elles sont l'occasion d'un ressourcement et de la relance de questions (la naissance, la mort, les liens, l'envie, le sexe, le plaisir, la souffrance...) qui jalonnent mon itinéraire personnel et fondent mon engagement professionnel.

Quand je me présente à la mère, je précise d'emblée de quelle place je parle et ce qui motive mon offre : « je suis psychiatre travaillant dans le service et je m'intéresse particulièrement à la façon dont s'instaure les premières relations entre les nouveau-nés et leur mère. Ainsi le cadre de la relation que je propose, se définit d'emblée à partir de mon intérêt et non d'un projet que j'aurais pour elle. Cette offre de réflexion peut alors être investie comme un espace libre, une possibilité de répondre à son attente.

Du côté de la mère, on peut constater que cette consultation ne fait pas suite à une demande qu'elle aurait formulée même si elle multiplie des messages d'appel à l'aide. De fait, si la mère ne soutient pas de demande d'aide pour elle-même, considérant que si pénible et si dur soit ce qu'elle vit, cette souffrance n'est pas pathologique mais normale, elle est habitée par un objectif qui la mobilise tout entière : l'avenir de sa relation avec son enfant, sa qualité, son besoin de satisfaction à son égard en tant que mère.

MAMANS PRIVÉES DE LEUR BÉBÉ EN MATERNITÉ

L'offre qui lui est faite répond à cette préoccupation.

Ainsi d'un côté (thérapeute) comme de l'autre (la mère) chacun est animé par un projet personnel et ne présente pas d'attente vis-à-vis de l'autre. Leur investissement ne concerne pas l'autre ou la relation avec cet autre, mais la poursuite ou la réalisation de leurs projets auxquels l'autre participe, par sa présence, et les résonances que sa parole suscite. Ainsi chacun se sent libre de se livrer sans se perdre, de s'engager, sans se sentir tenu par le projet de l'autre. Dans ces conditions, il peut percevoir en lui « le bruissement du fleuve sémantique » (2).

De même, la mère par le mode relationnel et la façon d'être qu'elle va développer avec son bébé, en témoignant en sa présence de ce qu'elle vit, sent, imagine... sort de sa position immobile crispée et retenue que sa souffrance l'avait contraint à adopter. De la sorte, par ce mouvement elle offre à celui-ci tout investi dans son projet de vie, le soutien nécessaire à son développement. Quant à elle, dès lors qu'elle s'autorise à reprendre en compte tout ce qu'elle vit, y compris ce qui est difficile, elle redevient apte à recevoir et à vibrer, permettant ainsi à son bébé de la faire mère. Elle pourra évoluer, mûrir, apprendre à son contact et chacun sait que ce sont nos enfants qui nous aident à apprendre le plus sur nous-mêmes.

CONCLUSIONS

Plus encore que la relation thérapeutique qui se justifie par la demande du patient, la consultation de prévention définie a priori par l'absence de cette demande, nécessite l'existence d'un projet personnel du client auquel l'offre d'entretien vient répondre, et surtout, d'un projet personnel du « thérapeute prévenant ». Ce projet de recherche personnelle précise la qualité de présence et d'implication de celui-ci et crée les conditions d'un échange dynamique fructueux où chacun des protagonistes peut poursuivre ou réaliser l'objectif, son objectif, sans se sentir lié ou tenu par le projet de l'autre.

Paradoxalement on peut constater que la consultation de prévention, quand les conditions préalablement définies sont réunies, permet d'accéder d'emblée à une qualité de relation dynamique (3) alors que dans la relation thérapeutique cette qualité relationnelle, pourtant recherchée, réclame, pour advenir, un temps d'approche et de préparation relativement long.

(2) Milan Kundera, « L'insoutenable légèreté de l'être ».

(3) « La Sympathie », Ed. L'originel, Jean Ambrosi.