

Université François Rabelais
UFR de Médecine
Ecole Régionale de Sages-femmes
TOURS

**ACCOMPAGNER LA RELATION MÈRE-ENFANT
ET PREVENIR LA DIFFICULTE MATERNELLE**

**Expérience de la Maternologie en maternité à la polyclinique
des Longues Allées**

Mémoire présenté et soutenu par

PITON Stéphanie

Sous la direction de

Madame RASSIER Françoise

Sage-femme Cadre

Promotion 2005 – 2009

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Françoise RASSIER, ma directrice de mémoire pour ses précieux conseils, ses encouragements et le temps qu'elle m'a consacré lors de la réalisation de ce travail.

Je remercie également Odile MONTAZEAU, pour son soutien, son appui tout au long de mes études et sa précieuse aide pour réaliser ce mémoire.

Je voudrais également remercier Bertrand SCHNEIDER, pour son soutien et ses encouragements.

Enfin je remercie ma famille, mon fiancé ainsi que tous mes amis de la promotion et plus particulièrement Aurélie, Cécile, Claire, Lucie, Joelline, et Mélanie qui ont su me soutenir, m'encourager pendant mes études et lors de la réalisation de ce mémoire.

AVANT PROPOS

Racamier introduit le terme de « Maternalité » pour définir « *l'ensemble des processus psycho affectifs qui se développent et s'intègrent à la femme à l'occasion de la maternité* »

La grossesse et le post-partum sont des périodes propices au développement de pathologies psychologiques et somatiques liées à un trouble de la vulnérabilité de la personne. Ce sont des pathologies de la puerpéralité. Ces périodes peuvent réactiver l'angoisse liée aux conflits que peut poser dans l'histoire personnelle de chaque parturiente un nouveau lien de filiation.

L'épanouissement de la femme par la maternité n'est pas une fin en soi et l'instinct maternel n'existe vraisemblablement pas.

Nous ne devons jamais perdre de vue qu'une naissance se déroule dans une société donnée, comme le dit Jacques Gélis : « *La naissance témoigne pour une société ; pour le meilleur et pour le pire. De même que la mort, à l'autre bout de la chaîne. La naissance avec ses rites, ses interdits, ses espérances renvoie à un imaginaire de la vie qui varie selon les cultures et selon les époques. L'arrivée d'un enfant ne peut donc être réduite à l'acte physiologique qu'est l'accouchement, lorsque le fruit mur tombe au monde. Il y a la naissance, et il y a le reste. Et ce reste, nous le savons, est souvent l'essentiel.* »

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	6
1. les concepts en maternologie.....	9
1.1. DEFINITION de la maternologie.....	10
1.2. La vie intra-uterine.....	10
1.2.1. Le milieu de vie homogène.....	10
1.2.2. La sensibilité multimodale.....	11
1.2.3. La dotation corticale non programmée ou territoires corticaux libres.....	12
1.3. LA DIFFERENCE ENTRE ACCOUCHEMENT ET NAISSANCE.....	13
1.3.1. Définitions, distinctions.....	13
1.3.2. Les trois naissances.....	14
1.3.2.1. La naissance primitive : la naissance intérieure.....	14
1.3.2.2. La seconde naissance ou naissance originaire.....	15
1.3.2.3. La troisième naissance ou naissance temporelle.....	18
1.4. L'Originaire COMME CORRESPONDANCE NATALE.....	19
1.4.1. Définition de l'originaire.....	19
1.4.2. La question de la continuité natale.....	20
1.4.3. Les étapes de la Maternogénèse.....	20
1.4.3.1. La constitution de l'originaire.....	21
1.4.3.2. La rupture du syncrétisme.....	21
1.4.3.3. L'auto attribution du maternel.....	22
1.4.3.4. La confirmation par le père.....	23
1.5. L'effondrement maternel.....	23
1.5.1. Définition de l'effondrement et ses caractéristiques.....	23
1.5.1.1. La résistance à l'effondrement.....	24
1.5.1.2. Le déni de l'effondrement.....	24
1.5.2. La crainte de l'effondrement et les apports de Winnicott.....	25
1.5.3. Les manifestations de l'effondrement.....	25
1.5.4. Le devenir de la situation d'effondrement.....	26
1.5.4.1. Le diagnostic.....	27
1.5.4.2. Le soin.....	27
2. L'ETUDE.....	30
MATERIEL ET METHODE.....	31
Problématique.....	31
l'étude exploratrice.....	34
2.1. initiation de la maternite des longues allées à la maternologie.....	34
2.2. dispositifs de prévention en maternologie.....	36
2.2.1. Le protoregard et le peau à peau en salle d'accouchement.....	36
2.2.2. Accompagner l'allaitement.....	38
2.2.3. Permettre le récit de l'accouchement et ouvrir le dialogue.....	41
2.2.4. Analyse et information en groupe.....	43
2.2.5. Feuilles de suivi mère-enfant.....	45
2.3. exemples de cas cliniques.....	46
2.3.1. Cas clinique n°1.....	46
2.3.2. Cas clinique n°2.....	51
3. discussion.....	54
3.1. les difficultés rencontrées.....	55
3.2. quelques propositions.....	56
conclusion.....	64

Références.....	67
Bibliographie.....	69
Annexes	74
glossaire.....	78

INTRODUCTION

La grossesse est une expérience singulière dans la vie d'un couple, plus particulièrement pour la femme qui non seulement transmet la vie, mais la ressent au plus profond d'elle-même. C'est un moment toujours aussi unique se transmettant depuis des générations.

La grossesse est une période de vulnérabilité où d'importants remaniements psychologiques s'effectuent. La maternité ne doit plus alors être réduite qu'à un aboutissement de transformations physiques, à un événement qui ne se déroulerait qu'au travers du corps. Elle est avant tout la conséquence de bouleversements psychologiques, qui nécessitent une adaptation maternelle se renouvelant à chaque grossesse, l'inconscient étant pour chacune d'elle remanié.

« *Il n'y a aucune recette pour devenir une mère parfaite, mais il y a mille et une façon d'être une bonne mère* » (Jill Churchill). L'idée commune est qu'attendre un enfant est un moment de complet bonheur, mais cela relève plus du cliché que de la réalité. L'entourage familial ou amical n'est pas toujours apte à pouvoir comprendre et répondre aux angoisses maternelles qui empêchent la femme d'accéder à cette nouvelle image de future mère.

Devenir mère ne relève pas de l'instinct, mais fait intervenir différentes étapes inscrites au niveau psychologique et psychique permettant ainsi le passage d'enfant de sa mère à mère de son enfant. Toute grossesse doit être accompagnée pour rassurer, dédramatiser et préparer la femme à s'épanouir dans son nouveau rôle. L'amour maternel ne va pas de soi, mais se construit à un rythme et un temps propre à chaque femme.

Il est primordial que les acteurs autour de la naissance soient formés à reconnaître les moindres signes de souffrance qui pourraient avoir un retentissement sur la relation mère-enfant. Ils se doivent d'accompagner au mieux les futurs parents pour qu'ils puissent faire le deuil de l'enfant « rêvé », l'enfant « imaginé », souvent réparateur d'une défaillance dans la relation à ses proches lorsqu'un problème est soulevé.

Lorsque le désarroi apparaît dans la mise en place de la relation mère-enfant, quand on constate que le lien ne se fait pas, une aide doit être apportée mais quelle aide apporter à cette femme en difficulté de devenir mère ? Quel

accompagnement et quelle prise en charge une équipe de maternité est elle en mesure de lui proposer ?

Dans une première partie, je développerai certains concepts de Maternologie nécessaires à la compréhension de l'identité maternelle, et des difficultés qui pourraient avoir lieu. Puis nous verrons les réponses que peut apporter une équipe de maternité, je m'appuierais sur l'expérience de la polyclinique des Longues Allées. J'illustrerais ensuite les manifestations de difficultés de relation mère-enfant au travers de deux cas cliniques. Une troisième partie élaborera une discussion et des propositions.

Nous devons aux femmes, futures mères d'être formés suffisamment pour accompagner l'établissement du lien mère-enfant, qui permettra à cette femme de devenir mère et à cet enfant de naître à notre monde. Ce moment unique doit être accompagné au mieux dans le but de prévenir les troubles de la relation mère-enfant ? et par delà même, la maltraitance. Il s'agit d'agir en tant qu'acteur de la prévention soin puisque environ 10% des femmes connaîtront des difficultés dans l'établissement de la relation avec leur enfant. (1)

LES CONCEPTS EN MATERNOLOGIE

1.1. DEFINITION DE LA MATERNOLOGIE.

« Démarche thérapeutique qui s'attache à la dimension psychique de la maternité et qui prend en compte les difficultés de la relation mère-enfant » (le Robert 2002).

Ce que l'on peut identifier par « difficulté maternelle » est l'empêchement à faire naître psychiquement et donner l'originaire : « un détachement affectif à l'égard de son nourrisson et une impossibilité à répondre à ses besoins ». (2)

Une mère qui connaît des difficultés maternelles souffre de ne pas pouvoir ressentir « **le maternel** ». Pour pouvoir comprendre, il est nécessaire d'aborder la naissance psychique de l'enfant, son développement et ce qui rend possible l'émergence du maternel.

Les objectifs de la **Maternologie** sont :

- l'étude de la maternité psychique.
- permettre l'élaboration du lien mère-enfant.
- la compréhension de la souffrance dans les difficultés maternelles ;
- à travers cette approche, la prévention précoce des troubles du développement et des actes de maltraitance.

Quatre concepts vont être évoqués pour pouvoir atteindre ces objectifs.

1.2. LA VIE INTRA-UTERINE.

1.2.1. Le milieu de vie homogène.

Ce milieu de vie intra-utérin possède ses propres caractéristiques permettant de ne ressentir ni le manque, ni le besoin.

Les perturbations des constantes du milieu (pH, composition du liquide amniotique) ne peuvent être ressenties par le fœtus, à moins qu'elles ne soient très intenses et répétitives ou qu'elles s'inscrivent dans la durée. Ce lieu privilégié de première naissance est nommé **Originel**. Il permet que le fœtus soit imprégné par la « **Totalité vitale** ».

Le terme de **Totalité vitale** représente ce que vit le fœtus, ce qu'il éprouve de ce milieu, sa propre réalité constitutive à sa construction psychique. C'est un élément fondamental de sa mémoire prénatale. Le concept de **Totalité** représente la vie et s'oppose à la mort, ne connaît aucune limite, car c'est un ressenti, un éprouvé qui ne peut être représenté par un objet psychiquement inscrit dans notre monde. La **Totalité** s'inscrit dans la structure d'existence du fœtus. Elle se conçoit comme le support d'une instance relationnelle qui s'installera après la naissance dans la rencontre et l'échange avec la mère.

La question de la rencontre est fondamentale ainsi que ses enjeux. Si elle ne se fait pas, il y a un risque d'**effondrement** :

- pour le nouveau-né car il ne pourra pas recontacter sa **Totalité** à travers sa mère.
- pour la femme qui au plus profond d'elle ne se sentira pas mère.

L'utérus, organe de gestation permet l'évolution physique d'un être humain futur, rendant possible son développement psychique.

Lors de la naissance du nouveau né, il lui faut une période d'adaptation à notre monde. Cette transition se fera à travers la mère qui répondra aux besoins psychiques et biologiques du nouveau-né. Elle sera une mère « suffisamment bonne pour son enfant » comme le dit Winnicott dans son ouvrage (3). Elle lui permettra la correspondance entre la vie intra-utérine et notre monde.

1.2.2. La sensibilité multimodale.

Le fœtus est doué de capacités motrices et sensorielles aptes à ressentir précocement ce milieu homogène. La sensorialité apparaît chronologiquement, successivement, au niveau : cutané, vestibulaire, chimique (goût et odorat) auditive et visuelle.

Lorsque l'embryon devient fœtus, aux alentours de 11 semaines d'aménorrhées celui-ci à la possibilité de sentir, de ressentir les modalités de son environnement et d'en éprouver les effets.

A 25 semaines d'aménorrhée, le fœtus ressent l'homogénéité, la constance du milieu, ce que Delassus nomme ; « *l'éprouvé de la Totalité vitale* » (4).

Ces fonctions vitales sont en cours de maturation jusqu'au terme de la grossesse et pour certaines encore après la naissance. A la différence de l'animal, cette sensorialité n'est pas liée à un objet concret.

Aujourd'hui, de nouveaux moyens sont mis à notre disposition pour explorer tous ces sens et pénétrer au plus profond du monde utérin. A travers l'exemple de l'échographie 3Dimensions, les expressions, mimiques ou mouvements du fœtus sont chargés de toute la signification humaine, alors que ce ne sont sans doute que des coïncidences, surtout si l'on sait que : « *l'on ne voit que ce que l'on veut voir* », en effet il n'y a pas d'objet, donc pas de relation. Certainement associons nous trop vite le monde intra utérin et le monde dans lequel nous vivons.

Cette vision fœtale peut aider la future mère à mieux investir sa grossesse et se représenter son futur enfant. Mais pour une part d'entre elles, la vision fœtale trop réelle peut bouleverser la représentation maternelle et perturber le cheminement imaginaire de la grossesse dans l'esprit de la femme, pouvant aller d'un désinvestissement de cette grossesse à un vécu angoissant.

Toujours est-il que ces données sensorielles et sensibles n'alimentent pas seulement la vie intérieure fœtale, mais elles ont également la possibilité de modeler la matière neuronale.

1.2.3. La dotation corticale non programmée ou territoires corticaux libres.

Depuis 1861, avec la découverte de l'aire associative de Broca (composition d'une partie du cerveau responsable du traitement du langage) de nombreux travaux font état d'importantes zones associatives au niveau du cortex humain.

Ces zones appartiennent à notre héritage génétique sans être programmées génétiquement. Selon Jean Marie Delassus, elles sont vierges in utero et susceptibles de pouvoir inscrire l'homogénéité intra utérine. (4)

Ces territoires corticaux libres représentent environ 30 à 40% de notre cortex : selon les auteurs, ces chiffres sont variables (G Lazorthes : 25%, G Mendel : 70%, Amiel Tison: 90%). L'essentiel est de savoir que ces zones existent et peuvent avoir un rôle dans la mémoire du vécu **originel**, même si ces territoires restent encore mal définis. Au départ de la vie fœtale ces zones n'associent

rien, il n'y a aucune connexion, le réseau ne se forme qu'au fur et à mesure du vécu de la **Totalité**. (4) Avant la naissance est alors envisagée une épigénèse précoce chez l'homme. Cette épigénèse de l'esprit ou neurontogénèse permet l'inscription de l'être. Le fœtus in utero se construit, élabore ses différents sens, tout cela dans son monde propre.

Lors de l'accouchement, il va devoir faire irruption dans le monde extérieur, véritable bouleversement par rapport à ce qu'il connaît. Ce phénomène peut être considéré comme le premier vrai traumatisme de la naissance.

Il faut bien différencier l'accouchement du concept de la naissance comme cela va être élaboré maintenant.

1.3. LA DIFFERENCE ENTRE ACCOUCHEMENT ET NAISSANCE.

1.3.1. Définitions, distinctions.

Du point de vue sociétal, l'accouchement est par définition la naissance.

Pour pouvoir établir une distinction, il faut tout d'abord définir ces deux termes.

Le dictionnaire « Le Robert » nous donne comme définition de la naissance :

- 1) *« Commencement de la vie indépendante (caractérisée par l'établissement de la respiration pulmonaire), moment où le fœtus est expulsé de l'organisme maternel ».*
- 2) *En droit : « instant marquant la sortie de l'enfant du sein maternel et condition d'acquisition de la capacité juridique avec effet rétroactif au jour de la conception (déclaration de naissance, acte extrait de naissance) ».*
- 3) *« Mise au monde d'un enfant, accouchement. Naissance avant terme ou prématurée. Naissance double de jumeaux. »*

Pour terminer, il est indiqué une signification se référant à l'origine de la vie, une autre à l'extraction. Mais il est retenu en général le premier sens du mot « naissance ».

La définition de l'accouchement selon Le Robert :

- 1) *« Le fait d'accoucher, sortie de l'enfant hors du corps de sa mère ».*

- 2) « *Opération médicale par laquelle on assiste la femme qui accouche* ».
- 3) « *Méthode d'accouchement, accouchement sans douleur, entraînement psychosomatique pour supprimer la peur et la douleur* ».

Bien que pour définir la naissance, on parle d'avantage du fœtus ou de l'enfant, alors que pour l'accouchement on aborde plutôt la mère, le corps de la mère, ces deux définitions se rapprochent l'une de l'autre. Or il est indispensable de comprendre que les deux processus bien que liés ne sont pas superposables, même s'il est indéniable que l'accouchement est l'expulsion de l'enfant hors du corps de la mère. Cet événement peut ne pas être suivi de la naissance de l'enfant, la condition étant une présence maternelle pouvant assurer une **correspondance natale**.

L'enfant pourra naître si cette présence a la capacité de lui restituer la **Totalité** qui ne sera pas semblable à celle connue in utero. En effet il ne s'agira plus de la **Totalité vitale** mais de la **Totalité psychique**. L'accouchement sera alors suivi de la naissance.

Assistants à l'accouchement, les professionnels sont de parfaits techniciens pour garantir la sécurité de la mère et de l'enfant. Mais les acteurs de la naissance devraient être aussi les garants de l'établissement du lien, en favorisant l'échange du premier regard et l'initiation du **cycle du don**.

Pour autant l'expression : « *d'un accouchement avec pour conséquence une naissance* » peut être assez réductrice, car il n'existe pas **une** seule naissance mais **trois** naissances.

1.3.2. Les trois naissances.

1.3.2.1. La naissance primitive : la naissance intérieure.

La première naissance nous l'avons vu, s'effectue in utero dans ce milieu homogène, toujours constant. La notion de temps n'intervient pas, il n'y a pas de début, pas de fin, pas de jour, pas de nuit. Naître pour l'enfant, c'est la possibilité de passer de l'état de chose à l'état d'Être, qui pourra par la suite

penser. Actuellement cet Etre peut éprouver la vie, et enregistrer la **Totalité** lui permettant de se structurer.

Il y a la naissance du fœtus mais également la naissance en miroir, de la mère. Elle va faire évoluer le fœtus dans son imaginaire où il prendra peu à peu sa place d'Etre.

La mère est dans un état particulier qui permet « une transparence psychique » (Bydlowsky) : des sentiments très intenses la bouleversent. A travers ses rêves, elle est ramenée à sa propre enfance, à sa relation avec sa mère, ce qui provoque une régression psychique la conduisant à s'identifier à l'enfant qu'elle porte comme l'enfant qu'elle a été. Ces caractéristiques constituent les éléments nécessaires au déroulement psychique et psychologique de la première naissance.

Des processus vont se mettre en place pour permettre la seconde naissance.

1.3.2.2. La seconde naissance ou naissance originelle.

Cette seconde naissance correspond au changement de monde du nourrisson et fait suite à l'accouchement. Le fœtus devient nouveau-né, passe du milieu fœtal intra-utérin au milieu extérieur, notre propre monde. Il se produit alors pour lui un arrachement au milieu **originel** : une césure.

L'éprouvé de la **différence natale** peut-être douloureux: en effet le monde dans lequel arrive le nouveau-né peut se révéler incohérent avec le milieu d'origine connu, qu'il avait enregistré au plus profond de lui-même. On peut donc comprendre que le nouveau-né ne soit pas acteur de sa naissance : « *il n'est pas dans le faire, mais dans le laisser faire* » (5).

Cependant le passage du milieu intra-utérin au milieu extérieur ne se fait pas dans le silence. Le premier cri qui survient immédiatement ou peu de temps après l'accouchement peut être interprété comme une conséquence du déplissement des alvéoles pulmonaires, mais peut également suggérer une réaction à la violence de l'accouchement pour le nouveau-né (5). Violence qu'il exprimerait par le cri car hors de son milieu homogène, dans l'immédiat, il n'a aucun moyen de retrouver sa **Totalité originelle**.

L'accouchement du point de vue obstétrical devra donc être poursuivi par « la naissance psychique de l'enfant », c'est-à-dire la possibilité de continuer dans

un autre lieu et sous d'autres formes, la vie qui fut celle de la nativité intérieure (5). Ce milieu est le **milieu originaire** face au **milieu originel** de la vie intra utérine.

La naissance est possible et se confirme par la relation maternelle, basée sur le **cycle du don**. Le **cycle du don** est instauré par la mère et va permettre au nouveau-né de trouver une correspondance à la **Totalité vitale** sur un plan psychique au-delà du plan biologique. La mère permet d'assurer une cohérence, une correspondance entre les deux mondes.

La mère a perdu sa **Totalité originaire**, elle y avait renoncé petite fille, suite à la rupture dans sa relation de syncrétisme avec sa propre mère, lorsque celle-ci s'était détournée d'elle, pour « exister en tant que sujet ». La perte de sa **Totalité originaire** reste un manque pour la mère : elle ne pourra le combler qu'au travers de la maternité.

La mère donne ce qu'elle n'a plus et l'enfant ne cherche qu'à le recevoir : « *l'intentionnalité du don est du côté de la mère* », elle va tout donner : le sein, le biberon, les soins nécessaires à l'enfant et tout l'amour dont il a besoin. « *Elle donne tout, l'intentionnalité dépassant ce qui est réellement donné* » (6). L'enfant va recevoir, il perçoit encore plus que ce que l'objet représente en lui-même (le sein, le biberon), il y voit la **Totalité**. Il va conforter à son tour le sentiment pour la mère d'être en rapport avec la **Totalité**, à travers son regard, ses mouvements. Un dialogue avec l'Autre s'instaure. Le **cycle du don** se met en place : donner, recevoir puis redonner... A chaque échange entre la mère et l'enfant, un dialogue s'établit, ils font ensemble l'expérience de la **Totalité**.

N'oublions pas que les deux premières heures après l'accouchement sont propices à la rencontre, aux échanges et à la mémorisation des premiers liens: c'est une période où alternent : éveil, calme et alerte (7).

Ce temps particulier est la conséquence d'une décharge de catécholamines ; hormones jouant un rôle d'adaptation : déclenchement d'une respiration, protection du cœur et du cerveau, mobilisation des réserves énergétiques. Les catécholamines favorisent également l'attachement (Bolby), le nouveau-né est éveillé. Cette période est courte, il faut profiter de ce moment clé pour permettre en douceur le passage d'un monde à l'autre.

Il faudrait ne pas rester cloisonné dans nos rituels professionnels où le nouveau-né est peu de temps après l'accouchement retiré à sa mère pour pouvoir le peser, le mesurer, l'aspirer, le laver, alors qu'il devrait d'abord pouvoir naître au yeux de sa mère.

Le contact de la peau du nouveau-né avec celle de sa mère permet de maintenir la température corporelle mais avant tout, permet de le rassurer, de diminuer ses pleurs, ses peurs et de le raccrocher à quelque chose de **l'originaire**, de la **Totalité**.

La mère est alors en général dans un état de préoccupation maternelle primaire, et exclusivement disponible pour répondre son enfant. Le bébé quand à lui, après avoir été dans un état de veille va avoir « une activité oculomotrice ». Il va s'intéresser au visage, aux yeux de sa mère, c'est pour cela que la parole est importante pour savoir diriger ce regard qui est dans l'attente. Celui-ci est très intense, profond, à la recherche de **l'originaire** qu'il a connu in utero. Le premier regard ou lever des yeux de l'enfant sur sa mère est nommé : **Proto regard** (Marc Pillot). Celui-ci a pour rôle de parentaliser et permet à celui ou celle qui le partage de devenir mère ou père (7). La mère à travers le premier regard va percevoir **l'originel**, ce qui va créer en elle l'élan vers son enfant. Le nouveau-né, lui va trouver une **correspondance natale**. Le **protoregard** est révélateur du cheminement maternel et permet la résurgence du passé, c'est aussi lorsque l'on peut y répondre, une promesse d'avenir.

Cet échange entre une mère et son enfant se doit d'être accompagné, car il peut être totalement déstabilisant pour la mère qui pourrait ne pas être à même de répondre à l'attente de son enfant. Le regard de l'enfant peut avoir un rôle réparateur et créer l'élan maternel. Ceci ne se déroule pas forcément immédiatement après l'accouchement, il faut savoir laisser du temps et favoriser l'échange sans pour autant brusquer les deux protagonistes.

La rencontre de visages se fera dans un milieu facilitateur d'échange, il sera l'ébauche du « sol familial » et permettra au nouveau-né de passer d'une **Totalité biologique** à une **Totalité psychologique**. Le protoregard permet une ouverture sur le monde : « possibilité de voir ».

Il est aussi facilitateur et initiateur pour la mise au sein. Après de multiples observations, Marc Pillot a constaté que si on laissait un enfant sur le ventre de

sa mère, il peut atteindre le sein après 50minutes environ ; se mettre en place seul sur l'aréole et commencer à téter : C'est le réflexe de fouissement (7).

La notion temporelle est importante, la majorité des nouveau-nés ont fermé les yeux après deux heures de vie. Si cet échange de regard n'a pu se faire (césarienne, réanimation maternelle), il n'y a pas de culpabilisation à avoir, une énorme capacité d'adaptation existe chez le nouveau-né. Ce qui ne s'est pas fait à un moment donné peut être rattrapé dans les jours qui suivent. L'échange des regards est important, l'accueil par la voix et le toucher est tout aussi fondateur pour le lien.

Cette seconde naissance pourrait être le passage d'un monde de continuité à un monde discontinu, rempli de frustration s'il n'y avait pas de présence maternelle. La charnière entre les deux naissances est l'accouchement, et la passerelle se fera par le **protoregard** créant l'élan maternel et l'accrochage au monde du nouveau-né : « sa naissance psychique, sa naissance originaire ».

Et pourtant son adaptation ne s'arrête pas là, il pourra encore s'affirmer comme Etre autonome.

1.3.2.3. La troisième naissance ou naissance temporelle.

« La première » et la « deuxième naissance » sont liées par l'acte de l'accouchement permettant la mise au monde de l'enfant, l'obstétrique n'est pas concernée par « la troisième naissance » : C'est la naissance de l'enfant autonome qui va prendre conscience de sa véritable place dans le monde.

Jusqu'ici la mère et l'enfant étaient réunis. **L'originaire** était reproduit et après cette période de syncrétisme, où la vie de la mère et celle de l'enfant étaient confondues, leurs corps ne se différenciant pas, créant une véritable symbiose, une rupture se fait. La relation de fusion entre la mère et l'enfant s'épuise, l'enfant va progressivement intégrer la notion de différenciation et de séparation d'avec sa mère, il va inclure le temporel et va pouvoir dire : « ...un jour, je... ». Il s'agit du début de la crise d'opposition. L'échange ne va plus se faire à deux mais va inclure l'Autre. Cette étape appelée « matricide » ne va être possible que si la mère a eu la possibilité de la vivre elle-même. Cela implique la présence d'une tierce personne: un homme ou une femme, qui représente cet « Autre » permettant la séparation d'avec sa mère. Ce rôle est en général

tenu par le père. L'enfant se détourne du « concept de mère totale », tout en la gardant dans l'inconscient : il y renonce physiquement.

En intégrant ainsi le temporel à sa réalité, il acquiert son autonomie en tant qu'individu.

SYNTHESE

Il n'est pas simple de passer de la maternité biologique à la maternité psychique. Deux concepts sont à prendre en compte :

1) celui de l'accouchement, passage du milieu utérin au milieu aérien. Ce moment nécessite la présence de professionnels aptes à pouvoir comprendre l'ambivalence dans laquelle peut se trouver une femme face à cet événement, afin de créer un climat lui permettant de s'abandonner et de « lâcher prise » (face à ses angoisses de future mère).

2) celui de la naissance de l'enfant, qui sera effective si il a su trouver une **correspondance natale** dans notre monde, à travers sa mère, et si son passage est réussi.

Les premiers liens seront alors tissés, et l'avenir n'aura plus qu'à se construire. Comme le dit Jean-Marie Delassus : « *Naître n'est pas reconnaître le passé actualisé, c'est entrer dans l'actualité d'un monde nouveau* ». (8)

Il y a donc la naissance de l'enfant mais également, la naissance de l'émergence de la capacité maternelle et de la possibilité d'attachement.

1.4. L'ORIGINAIRE COMME CORRESPONDANCE NATALE.

1.4.1. Définition de l'originaire.

Il s'agit de la période où la personnalité maternelle est nécessaire pour pouvoir assurer le passage entre le milieu intra utérin et le milieu extra utérin. La mère offre les conditions nécessaires pour que l'enfant puisse naître psychiquement : c'est le stade où émergent le sentiment maternel et la capacité du don nécessaire à la naissance de l'enfant (8). L'**originaire** est la période où le nouvel individu s'adapte au monde.

1.4.2. La question de la continuité natale.

La période du vécu in utero est-elle naturellement suivie de la période postnatale, ou l'accouchement crée-t-il une rupture avec la naissance ?

Cette question se pose du fait de la non adaptation immédiate de l'enfant à l'environnement dans lequel nous vivons. En effet, l'être humain acquiert la possibilité de marcher, de manger seul au bout d'une année voire plus.

Pour Freud, la continuité est assurée par la mère qui annule la rupture créée par l'accouchement. : « *La vie intra-utérine et la première naissance sont bien plus en continuité que ne nous le laisse croire la césure apparente de l'acte de la naissance. L'objet maternel psychique remplace pour l'enfant la situation foetale biologique* » (6). Il n'y aura pas de rupture si la mère peut restituer la **Totalité**, si elle assure « le sol natal ». L'accouchement ne sera qu'une césure entre deux milieux : la mère assurant la transition en permettant le passage d'une **Totalité biologique** à une **Totalité psychologique**. La rupture ici serait plus de l'ordre de la pathologie.

De nombreux auteurs sont en accord avec cette théorie de **correspondance natale** (Delassus, Righetti, Damasio). D'autres, ne l'approuvent pas : Otto Rank pense qu'il existe un réel traumatisme de la naissance plus en rapport avec le changement de milieu.

L'élément clé de ce passage étant la mère qui aura elle aussi eu quelques étapes à franchir avant de pouvoir assumer son statut.

1.4.3. Les étapes de la Maternogénese.

On ne devient pas mère parce qu'on l'a décidé. Une femme qui veut le devenir en aura eu la possibilité, si dans son enfance, différentes étapes lui auront permis d'évoluer dans son désir de mère. Ce n'est que dans un second temps que la femme choisira d'accéder ou non à la maternité. Tout cela se déroule dans l'inconscient, c'est ce que l'on nomme : « **maternité psychique** » qui permet le transfert de la **Totalité originare** et dont dépend la capacité du **don**.

Les processus psychiques du devenir mère sont regroupés en quatre étapes, et constituent le champ de la **maternogénese**.

1.4.3.1. La constitution de l'originaire.

Cette première étape est commune aux deux genres : masculin et féminin. Elle permet l'adaptation du naissant au monde.

Il n'y a pas de mémoire de l'**origine**, ce n'est pas un objet de conscience réfléchi, il en résulte une « amnésie infantile » Il n'y a pas la possibilité de s'en souvenir car il n'a pas trouvé matière à s'élaborer, ni d'arriver dans le temporel.

Cependant, une seule personne peut assurer au mieux le lien avec l'**originaire**, il s'agit de la mère qui le représente. L'enfant ne voit pas « la mère », mais il voit la mère en train d'être maternelle, il voit donc le **maternel**, c'est à dire l'**originaire** en acte. Il s'agit donc de la fonction donatrice de l'**originaire**, c'est une expérience que l'on reproduit par rapport à ce que l'on a pu connaître. On ne devient mère qu'une fois que le **maternel** s'est élaboré. L'**originaire** permet de retranscrire la **Totalité** enregistrée au plus profond de l'être, et cela grâce au **maternel** ; l'enfant va être imprégné de la structure de l'**originaire** car il y a un donateur : la mère (6).

Cette mère est dans un état d'hypersensibilité maternelle (Inconscient) que l'on nomme : « préoccupation maternelle primaire ». C'est un état de repli, de symbiose de la mère qui fournit à l'enfant les conditions nécessaires à son développement. Le bébé ne ressentant aucune menace va pouvoir s'investir dans la relation à la mère et aux autres, il rentre ainsi dans le **cycle du don**. Cet état de préoccupation maternelle primaire se poursuit quelques semaines après l'accouchement.

1.4.3.2. La rupture du syncrétisme.

C'est le stade de la rupture avec la petite enfance, aux alentours de l'âge de deux ans. Il faut rompre avec la mère pour pouvoir être soi, acquérir de l'autonomie et se constituer en tant que sujet. Il s'agit en fait d'un « véritable matricide ». On rompt avec la mère qui n'est plus dans cet état d'hypersensibilité maternelle inconscient. La rupture de cet état, la rupture d'avec la mère n'est possible que si l'**originaire** a été bien vécu. Après avoir tout reçu de sa mère, la demande de l'enfant va être tellement plus intense que celle-ci ne pourra plus y répondre seule. Il se détachera alors d'elle pour chercher ailleurs à répondre à ses besoins. En effet, la mère après avoir été

l'organe de la **Totalité**, pour l'enfant, ne correspond plus à ses attentes: « *la mère effective n'est plus la mère originaire* ». L'enfant, peu à peu ne va plus percevoir en sa mère un complément de soi, une concordance. Il va progressivement se rendre compte que lui et sa mère ne forment pas un tout, qu'ils sont différents. Il va apprendre l'existence de l'Autre : c'est « le matricide » qui a lieu, il ne s'agit pas de tuer sa mère, mais inconsciemment d'y renoncer pour préserver le **maternel**. L'enfant va donc renoncer à percevoir chez sa mère la **Totalité**, cependant il désire toujours la retrouver. Son seul moyen de réagir est alors d'espérer et intégrer la notion de temps, la notion d'avenir : « *à la vie originaire de l'enfant succède la vie temporelle* ». Cette arrivée du temps dans l'esprit de l'enfant va changer son regard et sa conscience, peu à peu la réalité des objets lui apparaît et le langage prend forme. Il va pouvoir s'affirmer et dire « je » (6).

1.4.3.3. L'auto attribution du maternel.

Le **maternel** est une qualité que l'on peut s'attribuer selon son appartenance au genre correspondant : le féminin.

-Le garçon doit renoncer au **maternel**, il va donc difficilement aimer l'**originaire** se trouvant en lui, il va s'orienter de façon à exprimer son « moi » et se contentera de trouver l'**originaire** chez sa future femme.

-La petite fille a quant à elle, la possibilité de revivre l'**originaire**, car elle fait partie du genre féminin, potentielle future mère. L'attribution de l'**originaire** étant définitif lorsque la fille ne pensera plus l'**originaire** pour elle-même mais pour autrui.

Il n'y a pas encore de désir d'enfant mais une reconnaissance de la possibilité d'être mère. Cette attribution du **maternel** se fait dans la continuité de la rupture du syncrétisme et constitue l'identité du moi. La petite fille pense alors comme une future mère inconsciemment.

Une difficulté à devenir mère pour une femme peut résider dans le fait que sa propre mère n'avait pas eu la possibilité de franchir cette étape, soit par une rétention du **maternel** qui l'avait empêché d'y accéder, soit parce qu'elle-même à un jugement péjoratif quant à la vision de sa propre maternité.

Mais devenir mère ne se limite pas à s'attribuer le **maternel**, une étape reste déterminante : la confirmation par le père (6).

1.4.3.4. La confirmation par le père.

Seule une figure représentant le paternel peut confirmer pour la fillette cette possibilité de devenir mère un jour. La mère ne peut le faire dans la mesure où pour l'enfant fille ce serait un retour à la dépendance qu'elle a à l'égard de cette mère. Cette attitude de père ne doit pas être considérée comme incestueuse, elle ne sera ici qu'une confirmation de la possibilité maternelle, et permet que ce désir de petite fille puisse patienter jusqu'au moment souhaité. Le père permet que le désir reste à l'état de latence, et d'inscrire dans le temps la capacité à devenir mère. Il ne s'agira alors plus d'un fantasme (6)

SYNTHESE

Ces quatre stades : la constitution de l'**originaire**, la rupture du syncrétisme, l'auto attribution du maternel et la confirmation par le père, sont importants dans le processus d'élaboration du **maternel**.

La mère donne les moyens de faire l'expérience de l'**originaire**, le père confirme à sa fille qu'elle pourra le retrouver un jour. Il est donc nécessaire d'avoir trois intervenants pour que la petite fille puisse accéder au mieux aux différents stades de la maternogénèse.

La **maternologie** est essentielle pour nous aider à mieux comprendre les raisons de la maternité psychique, les raisons d'une difficulté maternelle et pour aborder le processus d'**effondrement**.

1.5. L'EFFONDREMENT MATERNEL.

1.5.1. Définition de l'effondrement et ses caractéristiques.

L'**effondrement** se définit comme « *un manque d'élan maternel envers son enfant qui vient de naître* ». Les sentiments positifs que l'on s'imaginait pouvoir ressentir vis-à-vis du nouveau-né sont absents (6). La mère se sent dans l'impossibilité de pouvoir donner à son enfant, de répondre à ses regards. Elle se considère alors comme indigne de devenir mère et ne peut s'y attacher.

L'**effondrement** est la phase qui précède la dépression maternelle, souvent occulté. Cet effondrement passe inaperçu car la femme ne montre pas sa douleur face à l'absence de sentiment envers son enfant.

L'**effondrement** concerne la femme qui vient d'accoucher dans la plupart des cas mais ces prémices peuvent être prénataux.

1.5.1.1. La résistance à l'effondrement.

La résistance réalisée par les défenses du « moi » empêche l'**effondrement** de gagner la surface, il faut tenir, cacher, faire semblant de rien.

Il faut à tout prix résister à l'envie de mort (suicide ou infanticide) et repousser cette idée au plus profond de soi même. Le « soi » qui est justement effondré : le désir d'enfant inconscient qui est maintenant compromis. « Les forces du moi » résistent et essaient de repousser et dominer cet **effondrement** ou sa crainte.

1.5.1.2. Le déni de l'effondrement.

Les capacités du sujet se mobilisent pour éviter une atteinte complète de la personnalité maternelle.

Trois raisons expliquent ce déni :

- la honte de soi, de l'impossibilité à aimer son enfant comme « une bonne mère », la honte, également par rapport à son entourage.
- la peur de voir se réaliser la situation d'**effondrement** si des mots sont mis sur le mal être ressenti.
- peur du jugement de la société qui percevrait la situation comme un danger pour le développement de l'enfant (6).

La mère garde donc tout pour elle, ne laissant se dévoiler qu'une infime partie de la réalité. Le « moi » garde tout prisonnier, en évitant ainsi qu'il ne soit surpassé et que des troubles bruyants internes n'apparaissent, appartenant au champ de la psychose : « psychose puerpérale ». Cette pathologie est à différencier de l'**effondrement** car dans cet état, se sont les composants du moi qui sont touchés, morcelés.

Le déni de l'état d'**effondrement** est souvent proportionnel à la gravité du vécu, aux normes familiales et sociales. La mère est contrainte de ne rien dire. Au plus profond d'elle-même, elle ressent que c'est la question de la continuité vitale qui est mise en jeu et ne peut cependant pas la traduire : « penser l'**effondrement**, reviendrait à le provoquer ».

La crainte de l'**effondrement** est toujours présente.

1.5.2. La crainte de l'effondrement et les apports de Winnicott.

C'est une crainte qui persiste malgré le refoulement.

Pour que celui-ci ne reste qu'une crainte et ne devienne pas la réalité, il faut qu'il y ait un semblant de relation entre la mère et l'enfant.

La mère doit donner l'image d'une mère épanouie, heureuse et pour cela, il faut que le bébé soit beau, en bonne santé, qu'il mange bien, ne pleure pas. La mère s'épuise donc à démontrer sa compétence maternelle en même temps qu'elle ne veut pas céder à l'**effondrement** qui la hante et qui peut apparaître à tout moment. Mais le simple fait de penser que l'on peut s'effondrer, fait que l'on est déjà dans cet esprit.

Winnicott parle d'un état de « break down », d'une « agonie » : le maintien dans le monde en tant qu'Être est compromis, l'angoisse de voir se réaliser l'**effondrement** maintient la mère dans la crainte de mourir. Elle ne peut répondre à l'appel de son enfant, son intégrité psychique en est alors perturbée. Son impossibilité à « Être » fait qu'elle est dans l'impossibilité de faire naître son enfant.

1.5.3. Les manifestations de l'effondrement.

Des mécanismes de défenses se mettent en place ainsi que des mécanismes de projection.

Après n'avoir pu offrir une **correspondance natale** à son enfant, et ne pouvant lui apporter la **Totalité**, l'enfant ne peut naître.

La mère lui reste fermée. Celui-ci a deux solutions pour ne pas mourir :

-soit il reste à l'état de fœtus, en régression, se pensant encore dans le liquide amniotique in utero où rien ne pouvait l'atteindre.

-soit il refuse d'investir le peu de satisfaction que sa mère lui offre, celle-ci lui offrant un visage lisse et dans l'incapacité d'initier le **cycle du don**. L'enfant apparaît donc comme malade : il pleure, cri, refuse de s'alimenter, de dormir (des maladies de la naissance psychique peuvent alors apparaître). La mère va alors voir en la maladie de l'enfant, une possibilité de s'occuper de lui : elle ne va pas avoir une position maternelle mais une position soignante. L'**effondrement** paraît alors repoussé au plus profond de soi, les défenses s'étant renforcées. Le problème est contourné, l'entourage pense alors qu'après une période d'agression ou d'humeur dépressive, la mère va mieux.

Ce n'est qu'une illusion. La projection du bébé malade permet en fait à la mère de pouvoir se plaindre, de pouvoir enfin parler : sa fatigue, sa perte d'appétit, ses insomnies, sa culpabilité et son anxiété. Elle s'autorise enfin à souffrir dans la société avec des symptômes dépressifs, qui peuvent faire l'objet d'une prise en charge soignante. L'**effondrement** paraît alors contenu, écarté.

1.5.4. Le devenir de la situation d'effondrement.

L'**effondrement** peut ne rester qu'au niveau de la crainte, on parlera alors d'un gros épisode de baby blues. L'**effondrement** reste contenu.

Mais dans le cas où l'**effondrement** est profond, les diverses étapes précédentes se déroulent et l'aveu du mal être permet la possibilité pour la mère d'entrer dans la dépression. On souhaitera alors soigner les symptômes dépressifs qui apparaissent ici comme un mécanisme de défense constitutif de l'**effondrement**. Les causes de l'**effondrement** et de la défaillance maternelle sont alors déplacées, la mère se reconstruit en adoptant une fausse « pseudo identité maternelle ». (6) Mais l'**effondrement** n'ayant pas eu lieu à ce moment là, il peut faire retour pour la naissance d'un prochain enfant ou d'une difficulté de la vie.

L'**effondrement** ne doit donc pas être banalisé et doit surtout être exploré au niveau de ses étiologies, aussi bien pour la constitution de l'identité maternelle de la mère que pour le bon développement psychique et physique de l'enfant. La dépression maternelle est ce qui nous apparaît comme visible : il s'agirait « d'un **effondrement** récupéré » mais qui à terme fait courir des risques pour la mère mais aussi à l'enfant. De plus lorsque les symptômes de la dépression apparaissent, l'**effondrement** a déjà des bases solides.

Il est donc nécessaire d'une part de faire le diagnostic d'**effondrement** et d'autre part d'établir les modalités spécifiques du soin.

1.5.4.1. Le diagnostic.

Il passe par la parole de la mère et l'acceptation de la voir s'effondrer. L'erreur souvent faite est de vouloir contenir le mal être. Celui-ci doit être exprimé pour ne pas s'enkyster et se prolonger.

Pour les professionnels de soin, il s'agit d'avoir une écoute attentive sans porter de jugement. La mère doit comprendre qu'une relation à l'Autre est possible, et qu'ainsi elle pourra de ce fait assurer sa fonction maternelle en ayant la possibilité d'entrer dans le **cycle du don**.

1.5.4.2. Le soin.

La guérison ne doit pas être immédiatement souhaitée lorsque l'on prend en charge une mère ayant la crainte de l'**effondrement**. Il est nécessaire qu'elle se sente d'abord malade. La structure de soin mise en place fait que la mère va enfin pouvoir s'effondrer, la maladie ne sera plus alors une crainte virtuelle, une angoisse de mort pour elle et son enfant.

Un retour à la réalité s'opérera, un retour à la conscience qui fera qu'elle ne se sentira plus mourir mais bien vivante. Elle pourra alors faire naître son enfant.

SYNTHESE SUR LES CONCEPTS EN MATERNOLOGIE.

Devenir mère relève de bouleversements physiques mais aussi d'une possibilité psychique.

Les concepts de **Maternologie** nous permettent de mieux comprendre les chemins d'accès au **maternel**, mais surtout d'appréhender les difficultés ou les obstacles susceptibles d'entraver cet accès. Au premier abord, ces concepts peuvent paraître obscurs, voir inutiles aux professionnels qui entourent la femme, future mère ou déjà mère.

Or, pour pouvoir comprendre comment peut naître un trouble de la relation mère-enfant, ou savoir détecter une difficulté, il est nécessaire que les soignants autour de la naissance connaissent quelques étapes du parcours du « devenir mère ». Cela s'avère indispensable pour pouvoir faire face, et comprendre certaines réactions maternelles. Ce qui implique que les acteurs

de la naissance ont un rôle primordial à tenir dans la prévention des troubles de la relation et se doivent d'apporter leur soutien et leur compréhension à celle qui vient d'être mère, et à son nouveau-né. Tout comme ils ont à se former aux dernières données de la science obstétricale, ils devraient se donner les moyens d'accéder aux champs de la **maternologie**, encore peu connus, dans le but d'améliorer leur pratique, mais surtout de participer à l'élaboration du lien, en favorisant « au mieux » cette première rencontre entre une mère et son enfant : protoregard, tétées. .

Il s'agit d'intégrer la **prévention soin** et de sensibiliser les soignants aux enjeux de la naissance psychique et d'ainsi remettre en question certains de nos automatismes.

L'ETUDE.

MATERIEL ET METHODE.

PROBLÉMATIQUE

Une femme qui accouche, qui met au monde son enfant ne devient pas automatiquement mère au sens psychique du terme.

Il existe des troubles de la relation qui freinent la naissance psychique du nouveau-né et l'accès à la maternité de la mère.

Existe-t-il des procédés permettant le dépistage, repérage et diagnostic des difficultés mère-enfant qui peuvent nuire à la naissance psychique de l'enfant ?

Hypothèses de travail

Physiologiquement la grossesse n'est pas une maladie.

Pourtant une femme sur dix serait touchée par des difficultés psychologiques quant à sa nouvelle situation de mère.

La grossesse et le post-partum sont des périodes propices au développement de pathologies psychologiques et somatiques dues à un remaniement psychique maternel spécifique et normal dans la vie d'une femme.

Les enjeux psychiques autour de la naissance sont assez peu connus des professionnels de santé.

Les difficultés de la relation mère-enfant passent souvent inaperçues et la prise en charge psychologique arrive trop tardivement. Les professionnels sont leurrés par les apparences des soins de nursing ou autres soins dispensés par la mère à son enfant.

Objectifs

Accompagner la naissance psychique de l'enfant dans le cadre de la parentalité.

Promouvoir les soutiens psychologiques pendant toute la grossesse et le post partum par les acteurs de la naissance : médecins, sages femmes, puéricultrices, auxiliaires de puéricultures, et psychologues.

Rappeler que l'accouchement et la naissance sont deux temps différents.

Dépister précocement la souffrance et les difficultés maternelles prénatales et postnatales.

Rappeler aux professionnels, que l'accouchement « idéal » pour eux n'est pas forcément l'accouchement « rêvé » pour la mère.

Prendre conscience que si nous, sages-femmes, professionnelles de la naissance, nous changions quelques principes, il y aurait moins de difficultés de relation mère-enfant.

Agir en amont permet la prévention précoce des troubles du développement et des actes de maltraitance sur l'enfant.

L'étude

Il s'agit d'une étude exploratoire, elle n'a pas de finalité de résultats. Elle permet l'identification d'un phénomène non encore exploré ou mal connu. Elle aboutira sur des propositions d'amélioration de certaines de nos pratiques.

Moyens

-Lieu de l'étude.

Cette étude se déroule dans le service de maternité de la polyclinique des Longues Allées à Saint Jean de Bray, sous la responsabilité de Madame Françoise Rassier, Cadre sage femme de ce service. Elle a compris les enjeux de la naissance et l'importance du rôle des professionnels dans la mise en place de la relation mère-enfant et s'est ainsi formée à la Maternologie.

Des objectifs précis ont ainsi été mis en place. Tous les professionnels autour de la femme et du nouveau-né participent à leur réalisation.

Des réunions sont organisées où se réunissent les professionnels et un consultant en Maternologie : Monsieur Schneider, dans le cadre d'un débriefing sur certaines situations cliniques.

-Les consultations spécialisées

Pour illustrer les concepts de Maternologie il m'a été possible de suivre deux parcours de vie de jeunes mères, sous la responsabilité de Madame Rassier et de Monsieur Schneider. Ces deux femmes ont accepté de me confier leur parcours d'accès à la parentalité au cours d'entretiens. Pour respecter l'anonymat, les initiales et prénoms ont été changés.

-Unité de Maternologie

Pour une approche des concepts de la Maternologie, j'ai effectué un stage d'observation dans l'unité de Maternologie de Saint Cyr L' Ecole, annexe de l'hôpital psychiatrique Charcot de Paris. Ce service de quatre lits accueille les mères et leurs bébés pour traiter les psychoses puerpérales et dépressions. Ce séjour m'a permis, avec les lectures, d'élaborer mes hypothèses de travail.

L'ETUDE EXPLORATRICE.

L'accouchement est un moment unique qui n'appartient qu'aux femmes et que nous devons respecter.

La naissance est la séparation des corps, maternel et foetal, et la transformation d'un désir d'enfant en un véritable être humain, reconnu et investi par ses parents.

L'accouchement et les suites de couches comportent des aspects psychologiques de grande importance pour le processus d'attachement entre une mère et son enfant. Il faut permettre la rencontre de l'enfant avec ses parents en salle d'accouchement et en maternité.

Quels que soient les moyens techniques utilisés dans la pratique obstétricale, il faut toujours garder à l'esprit qu'ils doivent respecter les désirs et besoins de la patiente. La médicalisation ne doit donc pas perturber l'établissement des liens père, mère, enfant, qui fondent le sentiment maternel et paternel, promesse de parentalité pour l'enfant. « *Ne rien faire pour laisser faire, reste le sommet de l'art obstétrical : il n'est pas donné à toutes et à tous d'acquérir ce savoir non faire* » Professeur Y.Molina.

2.1. INITIATION DE LA MATERNITE DES LONGUES ALLEES A LA MATERNOLOGIE.

Madame Rassier, s'est très vite aperçue au cours de l'exercice de sa profession de sage femme que les femmes n'avaient pas seulement besoin de toute notre science et de l'exercice savant de notre profession. Elles veulent simplement mettre au monde leur enfant, tout en considérant comme un pré-requis le savoir et les connaissances de l'équipe pour intervenir le cas échéant.

C'est aussi grâce aux femmes, à leur discours, qu'elle a appri à regarder le nouveau-né autrement.

Le désarroi de ces mères face à la fierté, d'une équipe après « un travail bien fait », tout cela lui a semblé manquer de cohérence, et être incompatible avec la maternité et l'exercice de sa profession.

Arrivée à la maternité des Longues Allées en 1998, elle y a tout de suite trouvée une équipe pluridisciplinaire très ouverte, disponible auprès des

femmes mais encore abritée derrière des certitudes éprouvées par de longues années de pratique. Pourtant une réflexion sur la remise en cause éventuelle de certaines pratiques a toujours existé dans ce service, et en prenant la direction en 2002, elle a eu la chance de pouvoir compter sur l'adhésion de toute l'équipe à son projet et son dynamisme pour sa mise en place.

Madame Françoise Rassier a beaucoup appris grâce aux femmes qui lui ont permis de réfléchir « au devenir mère ». Elle a acquis une approche toujours plus respectueuse de la maternité et puis : « *la lumière a jailli : ce n'est pas parcequ'on fait un enfant qu'on devient mère !* » (9). Sa manière d'être avec les femmes a évolué. Elle a partout et à chaque fois tenté de sensibiliser ses collègues à cette humanité. L'importance d'un travail d'équipe est devenue une évidence: « *chaque acteur a la même importance pour la diade mère-enfant... cela permet de poser une base solide, de créer un espace de confiance, où la femme pourra s'autoriser à être elle, sans crainte, sans jugement.* » (9). Un véritable travail d'équipe s'est formé autour de la mère et de l'enfant. Le temps autour de la naissance se respecte:

-Tous les nouveaux nés sont mis en peau à peau.

-La première tétée se fait en salle d'accouchement (toute l'équipe a été formée à l'allaitement).

-Ils ne sont plus baignés à la naissance, ni mesurés pour leur garantir un accueil « moins agressifs ».

-Ils sont massés tous les matins avant le bain pour permettre à la maman de faire connaissance autrement avec son enfant, et au nouveau-né de commencer à « intégrer » son corps à travers les ressentis de ce toucher.

La disponibilité d'écoute s'est faite encore plus attentive envers ces femmes qui ne deviennent pas mère « mécaniquement » après l'accouchement. L'ouverture d'esprit de l'équipe a permis à Mme Françoise Rassier d'introduire le concept de Maternologie dans son service de maternité déjà sensibilisé. Tout le personnel s'est formé à la Maternologie et s'approprie cette approche maternologique de la naissance au-delà de l'accouchement. Seuls les médecins ont lu, et n'ont pas eu de temps dégagé pour se former.

L'accompagnement des nouveau-nés et des femmes dans leur acquisition du « Maternel » n'a cessé de progresser.

La prochaine étape, est le devenir des femmes césarisées en urgence qui sont encore plus vulnérables en suites de couches : elles se sentent « vides », « dépossédées », de la naissance de leur enfant, « on » leur a « volé » quelque chose...

L'espace temps est essentiel pour que les femmes puissent déposer leur ressenti, leur mal être, inquiétude ou angoisse. C'est à ce moment que l'équipe peut recevoir la souffrance de ces mères en devenir et soit la magie opère et la rencontre se fait, soit la femme sera revue après la sortie et/ou dirigée vers une équipe compétente pour l'accompagner dans sa recherche de maternité.

2.2. DISPOSITIFS DE PREVENTION EN MATERNOLOGIE.

2.2.1. Le protoregard et le peau à peau en salle d'accouchement.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de la Santé (HAS) : « *à la naissance chaque nouveau-né doit être séché, recouvert et immédiatement mis sur le ventre de sa mère.* »

Les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité. La peau du nouveau-né est l'organe le plus développé à la naissance. A travers le contact de sa peau avec celle de sa mère, le nouveau-né va prendre conscience de son propre corps et ce sera son premier rapport aux choses extérieures.

Durant la phase de travail, il est nécessaire d'informer le couple de la possibilité de contact « peau à peau » avec leur enfant. Certaines peuvent refuser ce contact car cela ne correspond pas toujours à leur éducation culturelle ou religieuse. **Pour la plupart des mères, il s'agit d'un moment particulier clôturant l'événement de l'accouchement et marquant la naissance de l'enfant.**

Si l'enfant est issu d'une grossesse physiologique et d'un accouchement eutocique, le peau à peau est recommandé et permet que deux des facteurs fondamentaux soient réalisés : la sécurité et le bien être de l'enfant.

Situations dans lesquelles le peau à peau peut être compromis :

Dans le cas où le nouveau-né naît par césarienne, il n'est pas possible de le déposer immédiatement en peau à peau avec sa mère pour des raisons bien évidentes. Cependant s'il va bien, on peut tout à fait le montrer à sa mère, ce qui initiera d'abord le contact par le toucher, la vue.

Dans les deux heures qui suivent la césarienne, il est également possible une fois que sa mère est en salle de réveil d'emmener le nouveau-né pour qu'il soit mit en peau à peau et que la première tétée soit réalisée (que ce soit un allaitement maternel ou artificiel).

Il est compréhensible que ces deux heures loin de leur enfant, les jeunes mères se posent énormément de questions, et que pour elles cette période peut être un véritable manque pouvant être alors le début d'une difficulté. Cette situation s'observe notamment lorsqu'il s'agit d'une césarienne faite en urgence où l'on n'a pas ou peu informé la femme mais aussi le mari devenu père. Il est donc nécessaire de rendre possible le premier contact entre une mère et son enfant le plus tôt possible.

Si le contact peau à peau n'est pas immédiat avec la mère, il peut-être proposé avec le père, cela représente une des meilleures façons de rencontrer son enfant pour la première fois.

La prématurité est également une situation dans laquelle le peau à peau n'est pas possible immédiatement si le nouveau-né a besoin d'une assistance respiratoire.

Ces conditions de démarrage pour la vie de l'enfant ne sont pas optimales, cela n'empêchera pas la mise en place de la relation mère enfant mais demandera plus d'efforts à cette mère et à cet enfant, mais également beaucoup d'aide et de compréhension de la part des professionnels.

Le protoregard :

Le peau à peau dans les deux heures suivant la naissance permet d'initier le premier contact. Ainsi sur le ventre de sa mère, le nouveau-né va pouvoir lever ses yeux sur sa mère, la rencontre des regards est possible, et le cycle du don va pouvoir se mettre en place.

On comprend alors que les soins de routine : vitamine K, soins du cordon, prise de température et habillage peuvent être différés, ceux-ci n'étant pas prioritaires par rapport à l'accueil du nouveau-né et de son adaptation à la vie extra utérine, lorsque tout est physiologique.

2.2.2. Accompagner l'allaitement.

S'informer avant la naissance.

Une précision, allaiter son enfant, c'est lui donner le sein ou le biberon. Actuellement 60% des femmes allaitent leur enfant au sein mais rarement plus de deux mois, pour différentes raisons mais principalement, l'arrêt de l'allaitement est corrélé à la reprise du travail.

Pour que la future mère puisse choisir entre ces deux modes d'allaitement, il est nécessaire que sa décision soit prise en fonction de ses attentes et de ses envies, et de l'information qu'elle a reçue. Le choix d'allaitement au sein ou au biberon doit être décidé pendant la grossesse et ne doit en aucun cas être influencée par l'entourage. En effet si une mère choisit d'allaiter au sein parcequ' on lui a dit que « c'était mieux pour son bébé », (ce qui est une réalité) son manque de conviction risque de faire échouer l'allaitement qui sera en fait plus une obligation qu'un plaisir.

L'information, la mère peut la trouver auprès :

- des sages femmes, lors des consultations ou des séances de préparation à l'accouchement.
- des auxiliaires de puériculture présentent dans les unités de suites de couches à la maternité.
- des associations de soutien aux mères allaitant au sein : « la Leche League », « Solidarilait », ou autres associations locales.
- du médecin généraliste, mais il n'est pas toujours à même de pouvoir la conseiller, sa formation en allaitement étant insuffisante.

Pour bien débiter son allaitement, la décision doit être mûrement réfléchie et n'appartenir qu'à la femme, au mieux avec le soutien du père.

L'allaitement maternel.

Le contact peau à peau en salle de naissance est propice à la mise en place de l'allaitement. Après la naissance (dans les deux heures qui suivent), le nouveau né est dans une période d'éveil et de calme qui est propice aux apprentissages et à leur mémorisation. Il va donc pouvoir être posé sur le ventre de sa mère et soit trouver le sein seul, soit avec l'aide des professionnelles. L'ambiance devra être calme, la lumière non vive. Pour **que ceci soit réalisable, il a fallu revoir certaines pratiques de soins qui ne respectaient pas la biologie de la mère et de l'enfant, par exemple : désobstruction non nécessaire si le nouveau né va bien.**

L'allaitement artificiel.

Certaines mères se sentent coupables de ne pas allaiter au sein leur enfant, coupables de ne pas leur donner le meilleur.

Il est donc nécessaire de les rassurer, **allaiter au biberon son enfant, c'est également allaiter**, le contact peau à peau est présent et tout aussi important que dans l'allaitement maternel.

Il est nécessaire de comprendre les raisons pour laquelle une femme ne souhaite pas allaiter au sein, peut être que cela la ramène à trop de conflits intérieurs personnels, ou au rapport au corps complexe des femmes occidentales aujourd'hui.

L'allaitement qu'il soit maternel ou artificiel contribue à la naissance du lien mère-enfant et à son évolution grâce aux multiples échanges entre ces deux êtres. En effet c'est du **don** qu'il s'agit et de sa transmission.

L'observation d'un allaitement : moyen diagnostique et modalité de soutien à la relation mère-enfant.

Que ce soit en salle d'accouchement ou lors du séjour de suites de couches, les sages-femmes doivent pouvoir observer une tétée (au sein ou au biberon). Il ne s'agit pas de « surveiller » la mère mais de s'installer auprès d'elle et d'observer discrètement cette interaction entre elle et son enfant.

D'après l'hypothèse de Stern : « *Il s'agira à travers de ce qui s'observe (se voit ou s'entend) dans la relation d'allaitement, de ressentir ce qui s'y vit, en particulier à partir du rythme, un indicateur essentiel de l'accordage affectif entre la mère et le bébé* ».

Plusieurs échelles existent avec différents critères à observer lors de l'allaitement :

- échelle de Prague : on évalue le début de l'interaction, le toucher, le regard.

- échelle d'Echobal : elle divise l'allaitement en trois phases. La première : phase de nourrissage, où l'enfant est absorbé par la nourriture puis phase relationnelle : l'enfant lève les yeux vers sa mère qui reçoit le retour du **don**. La troisième phase est la phase de rêverie, l'enfant a retrouvé sa **totalité originelle**.

Les sages-femmes ne doivent pas obligatoirement connaître ces différentes échelles. Cependant l'observation permet de pouvoir révéler déjà des attitudes maternelles posant un questionnement, mais également le comportement du nouveau-né qui s'adapte à la situation.

Lors de difficultés mère-enfant déjà ancrées, l'enregistrement d'une séance d'allaitement : **Vidéo clinique**, est un **excellent moyen diagnostique mais également thérapeutique**. Il est utilisé notamment lors d'hospitalisation mère enfant, comme j'ai pu le voir au centre de Maternologie de Saint Cyr L'Ecole. **Toutes les attitudes maternelles sont décryptées ; angoisses, lâchage du bébé, passivité. ..Et les attitudes du nouveau-né : retrait, réaction de défense, hypertonicité, pleurs, regard dans le vide ou détourné etc.**

A partir de ces indicateurs, une aide adaptée peut être mise en place

L'observation d'un allaitement est donc un excellent moyen pour accompagner la naissance du lien entre une mère et son enfant et à l'initiation du **cycle du don**.

2.2.3. Permettre le récit de l'accouchement et ouvrir le dialogue.

Débriefing de l'accouchement.

Pouvoir parler de son accouchement permet à la femme d'accepter le déplacement de l'intérêt que les professionnels et la famille lui portaient avant l'accouchement, vers son enfant qui devient le centre d'attention après la naissance. Il s'agit d'une sorte de débriefing nécessaire à la compréhension du chemin pour accéder à la maternité.

La naissance est un moment bouleversant où beaucoup de choses se déroulent en même temps : le bouleversement de l'accouchement plus ou moins médicalisé, le passage du statut de femme au statut de mère, la rencontre avec son enfant, le deuil de l'enfant imaginaire. La naissance que la femme imaginait et qui n'a pas été forcément comme elle l'aurait souhaité. Tout cela mérite d'être entendu, dans l'objectif d'éviter d'autres traumatismes par la suite. Il s'agit d'une attitude préventive vis-à-vis de l'établissement du lien mère-enfant qui permet d'éviter une dépression post natale.

Il n'est pas nécessaire d'organiser des réunions durant le séjour, mais d'avoir une écoute attentive permettant une ouverture au dialogue et ainsi pouvoir dans certains cas revoir quelques éléments du déroulement de l'accouchement incompris ou mal interprétés. Si ces éléments sont rapidement expliqués, une difficulté maternelle pourra être évitable. Ces débriefings sur l'accouchement ne s'imposent pas à chaque femme devenues mère, mais seulement à celles qui en éprouvent le besoin. Il n'y a pas de temps spécifique consacré à ces révélations, il s'agit pour les professionnels de saisir le moment opportun où la femme souhaite discuter et se laisser aller.

Reparler par exemple de la césarienne en urgence, des forceps, permet à la femme de se réapproprier, en partie l'accouchement, dont elle rêvait, qu'elle n'a pas eu, où elle ne s'est pas sentie capable de mettre au monde son enfant. Cela peut éviter à l'angoisse de s'installer et de persister.

La femme nous raconte son accouchement avec ses mots, son ressenti. Les termes utilisés doivent être remis dans le contexte, dans la réalité, car elle n'a pas un regard objectif sur notre pratique médicale. Cependant, il ne faut pas négliger son récit, celui-ci étant le reflet de notre pratique.

Accorder cet espace temps à cette femme, c'est accompagner l'initiation du lien mère-enfant et la valoriser dans son nouveau rôle de mère.

Accompagnement de la femme.

Les sages-femmes et autres membres de l'équipe pluridisciplinaire proposent aux femmes un accompagnement dans :

- leur nouveau rôle de mère.
- la naissance de la relation avec leur enfant.
- les échanges au sein de leur « nouvelle famille ».

Pour cela, les professionnels font l'unité autour du couple mère-enfant, ce qui permet de prendre en compte en même temps la mère et son enfant.

L'accompagnement évolue au cours du séjour en suites de couches, et les professionnels s'adaptent en fonction du couple mère-enfant et de leurs besoins.

Il s'agit d'apprendre aux mères les différents soins : bains, changes, allaitement mais aussi de leur donner « les clefs » pour rencontrer leur nouveau-né et d'ainsi permettre sa naissance psychique. Cet accompagnement est orienté vers l'autonomie du couple mère-enfant.

Cela implique l'investissement de chaque soignant dans sa pratique. La proximité avec la patiente permet une orientation personnalisée à la sortie de la maternité en fonction des besoins repérés, orientation vers une sage-femme ou une puéricultrice de PMI, sage-femme libérale, assistante sociale, psychologue.

Après le séjour.

Il est proposé à chaque femme, à la sortie de la maternité de revenir si elle le souhaite, si elle en ressent le besoin, ou si elle rencontre des difficultés avec son enfant. Un numéro de téléphone direct 24h/24 leur est remis.

Pour une femme, savoir qu'elle peut revenir si elle en éprouve le besoin permet de ne pas se sentir trop « lâchée » dans la nature.

Le temps du séjour, les mères sont très entourées, elles pourraient se sentir abandonnées et dépassées par leur enfant et leur nouveau rôle de mère même si le rôle de l'équipe est de les conforter dans leur autonomie petit à petit.

La grossesse est une période de fragilité émotionnelle mais le post-partum également, expliquée en partie seulement par la chute brutale des hormones après l'accouchement.

Pour d'autres femmes perçues « très fragiles », l'équipe fait revenir la mère et son enfant pour un motif de surveillance (poids, ictère etc.), ce qui permet l'ouverture du dialogue avec une femme qui ne serait sans doute pas revenue à la maternité sans la mise en confiance instaurée.

2.2.4. Analyse et information en groupe.

L'analyse se concrétise par des **réunions**. Mises en place en 2007 puis intégrées dans la formation des professionnels, elles se sont déroulées tous les quinze jours avec une synthèse globale de deux jours en fin d'année. En 2009 ces réunions se dérouleront une fois par mois. A ce jour les gynécologues obstétriciens n'y participent pas par manque de temps, cependant ils les cautionnent tout comme les pédiatres pour qui elles s'avèrent nécessaires.

Ces réunions de formations réunissent les sages-femmes, infirmières, puéricultrices, auxiliaires de puériculture et aides-soignantes du service de suites de couches mais aussi de salle de naissance lorsque cela est possible. Monsieur Schneider, consultant en Maternologie est présent lors de ces réunions pour pouvoir mettre des termes de Maternologie sur les différentes situations cliniques.

Il s'agit d'une réflexion de l'équipe soignante sur des situations de doute, d'inquiétude, concernant l'attitude d'une maman ou de son nouveau-né pouvant remettre en cause l'établissement du lien mère-enfant. L'observation du nouveau-né est d'une grande importance, il est considéré comme : « le petit clinicien », traducteur du mal être de sa mère.

Les réunions permettent également de réfléchir sur certaines pratiques et de discuter de conduites à tenir pour des situations similaires ultérieures.

L'objectif étant, à partir de situations cliniques réelles de poser les concepts de maternologie pour approfondir ce qui se vit. Pour l'équipe, s'interroger sur les représentations et émotions mobilisées par une situation permet de prendre de la distance dans un premier temps.

Dans un deuxième temps, des émotions vont être confrontées aux perceptions des autres collègues. Reconnaître ses émotions permet d'entendre et de travailler avec celles des autres membres de l'équipe et d'avoir une attitude empathique vis-à-vis de la femme et de son enfant en gardant sa place de soignant.

Il ne s'agit pas de juger un professionnel sur son approche, mais plutôt de lui donner « des clefs » pour appréhender la situation au mieux dans l'intérêt de cette mère et de cet enfant.

Exemple de situation ayant suscité une discussion : Mme T, primipare au quatrième jour de son hospitalisation. Le séjour s'est bien déroulé ; les soignants n'ont rien noté de particulier. Le dernier jour, avant de sortir, une sage femme entre, la patiente donne le biberon debout et sans attention. La sage-femme lui suggère de s'asseoir, ce qu'elle ne souhaite pas dans un premier temps. Elle note un certain détachement à l'égard de son bébé. Il ne s'agit alors pas de se bloquer, et de se dire que ce n'est pas grave car cette femme sort, il s'agit de trouver les mots qui l'amèneront à s'ouvrir : ce fut possible et cette femme a pu se raconter et lâcher prise. Elle est d'ailleurs revenue à plusieurs reprises dans le service après sa sortie et le récit de son histoire familiale a permis de mieux comprendre les difficultés de départ.

Cette situation fut rapportée au cours d'une réunion et illustre parfaitement **que les soignants ne sont pas tout puissants et qu'aucun d'eux n'est à l'abri de passer à côté de quelque chose**. Elle montre également que l'accompagnement du lien mère-enfant se fait réellement du premier jour au dernier jour d'hospitalisation.

Actuellement ces réunions se déroulent mensuellement, cependant **chaque jour l'équipe se réunit pour prendre connaissance des dossiers des patientes du service**. Cela permet de savoir si une femme nécessite un accompagnement plus important qu'une autre, et quelle attitude le personnel devra adopter pour tel ou tel patiente. **Le soin devient ainsi personnalisé**.

Ces temps de débriefing permettent également de rapporter certaines situations nécessitant une intervention plus importante, plus spécialisée.

Le personnel ainsi réuni dans l'intérêt de la mère et de l'enfant illustre parfaitement la nécessité d'une **coordination, solidarité dans l'équipe soignante où chacun trouve sa place et peut s'exprimer librement.**

2.2.5. Feuilles de suivi mère-enfant.

Elles permettent une communication entre les sages-femmes de salle de naissance et les soignants de suites de couches et assurent la coordination entre les services. Il s'agit de trois feuilles (voir annexes n°1, 2, 3).

-Fiche staff : les données sur les parents y sont synthétisées, leur profession, leur âge. Des données sur la grossesse et l'accouchement sont présentes. Cette feuille doit être remplie par la sage-femme de salle de naissance qui a accompagné les parents dans la mise au monde de leur enfant : elles pourront nous aider à comprendre pourquoi il existe une difficulté de relation avec leur enfant.

-Fiche salle de naissance : également remplie par la sage-femme de salle de naissance, cette feuille lui permet de noter toutes les remarques autour du déroulement de l'accouchement (que ce soit pendant le travail, en parallèle du partogramme ou à l'arrivée de l'enfant dans notre monde). Il ne s'agit pas de « surveiller » les futurs parents, mais de noter certains éléments qui nous amèneront à réfléchir à leur comportement ultérieur. La retranscription par la sage-femme et le débriefing ensuite avec la mère permet également de se rendre compte que parfois un décalage existe entre ce que le personnel observe et ce que la femme a ressenti pendant l'accouchement. La sage femme pourra également noter comment elle a perçu l'attitude de la mère et de l'enfant au cours de la première tétée au sein ou au biberon : si la mère se sentait à l'aise ou si elle aura besoin d'être soutenue en suites de couches.

-Fiche allaitement : elle est remplie en suites de couches par une sage-femme, puéricultrice ou auxiliaire de puériculture. Plusieurs critères sont proposés pour décrire l'attitude de l'enfant mais aussi de la mère qui allaite : comment le nouveau-né est maintenu, les regards échangés, etc.

A travers l'allaitement, on observe donc si une relation, un contact s'est établi entre la mère et la manière dont a évolué cette relation au cours du séjour à la maternité.

Ces trois feuilles permettent de révéler, éventuellement un problème et ensuite de pouvoir en discuter aux réunions de groupe et le cas échéant, d'adapter l'attitude soignante. Mais en dehors de tout problème, elles permettent un bon suivi de la mise en place de la relation mère-enfant. Elles ne doivent cependant pas être un compte-rendu inquisiteur et intrusif.

2.3. EXEMPLES DE CAS CLINIQUES.

Ces deux cas cliniques sont présentés comme ils ont été vécus par les jeunes accouchées, aucun de leur propos n'est jugé, les actes médicaux qui leur ont été dispensés ne le sont pas également. Il s'agit simplement de partager leur histoire personnelle.

2.3.1. Cas clinique n°1.

Contexte de la rencontre.

Madame D, 41ans, 2^{ème} pare.

Ses coordonnées m'ont été transmises par Mme Françoise Rassier, j'ai pu la contacter et me rendre à son domicile, Mme D étant tout à fait prête à me faire partager son histoire dans le contexte de mon mémoire.

Quelques précisions de l'histoire personnelle de Mme D doivent être apportées pour la compréhension de certaines de ses réactions.

Histoire personnelle.

A sa naissance Mme D fut élevée par sa grand-mère, sa mère étant alcoolique, son père violent. Mme D relate les coups de poings donnés dans le ventre de sa mère, lorsque celle-ci était enceinte d'elle. Elle ne reprit contact avec sa mère qu'une fois lors de sa vie de femme.

Sa grand-mère lui fit part de son expérience de l'accouchement comme étant le pire moment de sa vie, avec une douleur atroce.

C'est cette image qui est restée à Mme D : pour devenir mère, il fallait nécessairement passer par la souffrance. Elle ne souhaitait donc pas avoir d'enfant. Après une formation d'aide-soignante, Mme D a travaillé à la maternité de Pithiviers, elle a pu ainsi se rendre compte qu'un accouchement pouvait être beau. Elle a alors remis en question son non désir de maternité.

Première grossesse.

A 32ans Mme D fut enceinte de son premier enfant, la grossesse se déroula physiologiquement hormis quelques angoisses lors du dernier mois concernant l'accouchement et son déroulement, et un dépistage au streptocoque B positif.

A 37 SA, Mme D s'inquiète d'une perte de liquide un peu glaireuse, son premier réflexe : appeler la maternité, une sage-femme lui répond « *tant que c'est limpide comme de l'eau, ça n'est pas la peine de venir !* » Pour Mme D, ce fut le début d'une longue série « *d'erreurs* ». Toujours pas rassurée, elle rappelle en début d'après midi, tombe sur la même sage-femme, qui lui tient le même discours que le matin. Puis les contractions douloureuses apparaissent, et toujours inquiète, Mme D décide de se rendre à la maternité accompagnée de son mari. Et pour elle c'est là que « *le cauchemar commence* ».

Le col est dilatable à deux doigts, Mme D est en début de travail mais n'étant pas apyrétique, elle ne peut bénéficier de la péridurale. Comme ces contractions sont très douloureuses, du protoxyde d'azote au masque lui est proposé. Elle se voit « *mourir sur la table* », elle supplie pour qu'on ne la laisse pas dans cet état et qu'un médecin lui fasse une césarienne. Mme D se rappelle très bien du moment où on lui a dit que « *de toute façon cela ne servait à rien de crier, vous avez de la fièvre la péridurale n'est pas possible c'est comme ça !* ».

Elle a vécu ces remarques comme « *une véritable engueulade* ». Mme D se sent seule, reprochera plus tard à son mari « *de ne pas avoir tapé du poing sur la table* » pour qu'elle ait au moins le sentiment que quelque chose allait se passer.

Quatre heures plus tard, elle est toujours hyperthermique, la dilatation ne progresse pas et des petites altérations du rythme cardiaque fœtal apparaissent. Au vu de ces éléments, la césarienne est décidée.

Mme D décrit ce moment : « *tout le monde est occupé à me préparer pour la césarienne, personne ne m'explique la situation, mais j'ai compris que ça n'était pas la priorité. Je pensais que la césarienne allait être la fin de mes souffrances* ». L'anesthésiste du s'y reprendre à plusieurs fois pour la pose de la rachi, Mme D avait quelques problèmes de dos, elle se souvient très bien de ces douleurs interminables.

L'extraction de Kévin se fit très rapidement, mais il naît en état de mort apparente. Réanimé, intubé, il a été transféré par le SAMU en niveau III. Lors de la césarienne Mme D se souvient qu'elle avait 40° de température et que Kévin aussi était fébrile à la naissance. Elle se souvient que tout le monde s'occupait de lui (ce qu'elle ne conteste pas) et que personne ne s'occupait d'elle : « *on s'est contenté de me mettre sur un brancard et de me pousser dans une salle* ». Elle ne se sentait pas du tout bien et comprenait à peine ce qui se passait. Elle n'a pu avoir aucun contact avec Kévin avant son transfert et a dû se contenter d'un geste de la main.

Kévin a été transféré le jeudi et n'est revenu du niveau III que le lundi. Pendant ces quatre jours, Mme D a émis le souhait d'aller voir son fils, il lui fut répondu que c'était « *à ses risques et périls et à ses frais* ». Elle prend la décision de ne pas y aller et se contente de photos prises par son mari.

Pendant son hospitalisation, Mme D tire son lait qui n'a pu être donné à Kévin. Ces quatre jours sans son fils, elle s'est sentie très seule, personne ne la rassurait, elle avait la sensation qu'une ambiance malsaine régnait, que tout le monde l'évitait, et qu'on lui reprochait son accouchement par son stress.

Kévin revint auprès de sa mère le lundi, ils sortirent tous les deux de la maternité le jeudi : ce fut beaucoup trop tôt pour elle, elle n'eut pas le temps de faire connaissance avec son fils.

De retour chez elle ce fut « *la catastrophe : je ne m'alimente plus, ne bois presque pas, Kévin ne veut pas prendre le sein et continu de perdre du poids* ».

La seconde hospitalisation.

Mme D est réhospitalisée une seconde fois à la maternité mais dans une chambre double, ce qui ne lui permet pas de se reposer comme elle l'aurait souhaité. Quelque fois une soignante lui proposait de garder Kévin jusqu'au jour où on lui fait cette réflexion : « *c'est à vous de vous occuper de votre fils, c'est à vous de gérer, pas à nous* ». En aucun cas elle ne refusait de s'occuper de son enfant. Mais ces propos ne firent qu'accentuer son sentiment de culpabilité, de persécution : il lui semblait que personne ne rentrait dans la chambre, Mme D dit : « *ne pouvoir oublier l'incompétence de ces personnes* ».

Au final cette hospitalisation d'une semaine n'aura eu aucun bénéfice et lorsque Mme D fit part au gynécologue de son mal être psychologique, celui-ci lui répond : « *vous verrez bien avec votre médecin généraliste* ».

Elle repartit donc chez elle avec son sentiment de culpabilité.

Le retour à la maison.

Une puéricultrice de PMI passe chez Mme D ; et elle lui fait part de son histoire. La puéricultrice lui répondit avoir déjà entendu parler d'elle à la maternité mais qu'elle n'avait pas eu cette version : il lui fut plutôt décrit une femme qui ne pleurait jamais et qui n'a pas paru attristée d'être éloignée de son fils. Pour Mme D c'est : « *la goutte d'eau qui fait déborder le vase* », et le début d'une dépression qui a duré deux ans avec un traitement par Prozac°. De sa propre initiative, Mme D débute une psychothérapie par « le semi rêve », en effet sa situation ne faisait qu'empirer, elle perdait patience avec Kévin et ressentait un manque dans leur relation.

Les années de dépression.

En 2002, malgré ses appréhensions, Mme D a un désir de grossesse. Le médecin lui fait arrêter brutalement son traitement par Prozac°, mais dès qu'elle est enceinte, elle panique : « *je ne pouvais me contrôler, je n'arrivais pas à gérer, je croyais devenir folle* ». Elle décide d'aller consulter à la maternité de pithiviers et se fait avorter.

Toujours avec un sentiment d'ambivalence : « *je veux, je ne veux pas* », elle envisage une nouvelle grossesse en 2004 mais « *ça ne prenait plus* ». Elle entreprend alors un parcours de procréation médicalement assistée sur Paris. Elle fait une pose dans le traitement fin décembre. En février, on constate une grossesse mais il s'agit d'un œuf clair à 7 SA et cela se termine par un curetage et une épreuve de plus pour Mme D, qui m'avoua que lors de l'échographie de contrôle quinze jours après le curetage, elle priait pour : « *qu'il reste quelque chose à l'intérieur d'elle* ». Ce sentiment d'ambivalence est toujours présent, elle le formule ainsi : « *je voulais cet enfant, mais je ne voulais plus être enceinte, je ne voulais plus accoucher* ». Elle reprend son parcours PMA avec une FIV en mars qui se solde par un échec. Elle interrompt alors le traitement pendant deux mois. Madame D me confia que son mari ne fut que très récemment mis au courant de son interruption volontaire de grossesse, ne

sachant comment lui annoncer, certaine que celui -ci ne comprendrait pas ses réactions contradictoires.

La grossesse d'Alicia.

En juin 2007, Mme D débute une grossesse spontanée toujours sous traitement (Prozac°). Elle la vit très bien, grâce à son parcours et à la maturité acquise. Elle portait toujours en elle ce sentiment d'échec après son incapacité à surmonter l'annonce d'une grossesse, alors que sa conception d'une vie de famille passe par le fait d'avoir plusieurs enfants. Sa nouvelle grossesse a été un moyen de prendre une revanche : Mme D retourne dans la même maternité que pour Kévin, où elle « *briefe le gynécologue, les anesthésistes* » : elle est déterminée.

La grossesse est physiologique, la césarienne prévue et deux anesthésistes au bloc opératoire prennent le temps de la positionner. Alicia est née et a pu être mis en peau à peau rapidement avec sa maman, les suites de couches ont été sereines. Mme D avec plus d'expérience, se sent beaucoup plus à l'aise et surtout elle se sent plus écoutée. La naissance d'Alicia est pour elle une revanche sur l'équipe médicale et une double victoire (avoir un deuxième enfant, avoir réussi à surmonter sa peur de l'accouchement).

Fin de l'entretien.

Pour conclure notre entretien, Mme D me dit qu'après 9ans, il lui semble que le contact ne s'est toujours pas fait avec Kévin : « *il manque quatre jours de la vie de mon fils* » mais bien sûr cela n'enlève pas l'amour qu'elle a pour lui.

Pour elle, cet accouchement a été un échec du début à la fin, elle s'est sentie seule et a vécu cela comme une suite naturelle des difficultés de son enfance. Elle a eu surtout l'impression de ne pas avoir été écoutée, entendue. L'arrivée d'Alicia lui a permis de concevoir autrement la naissance d'un enfant. Le comportement de l'équipe lors de son deuxième séjour, l'écoute qu'elle a trouvée à la maternité et la reconnaissance du défaut de prise en charge, lui ont permis de conforter le travail de déculpabilisation qu'elle a entrepris depuis huit ans.

2.3.2. Cas clinique n°2.

Contexte de la rencontre.

Madame P. 28 ans, 1^{ère} par se présente en consultation au cabinet de Mr Schneider, psychologue. Mme P est informée de ma présence, elle est d'accord pour que j'assiste aux consultations. Elle viendra les premières fois toutes les semaines puis tous les 15 jours.

Déroulement des consultations.

Mme P est accompagnée de son fils Thomas, âgé de deux ans. Mme P, enceinte de son deuxième enfant (au troisième mois de la grossesse) consulte car elle connaît des difficultés avec Thomas. Elle le présente comme un enfant turbulent, agité, ne pouvant se plier à certaines contraintes. Selon ses propos, Thomas ne parle pas, pousse des cris, et a un regard fuyant. Effectivement lors de cette première consultation, Thomas ne reste pas en place, s'agite, s'énerve, touche à tout et se dirige plusieurs fois vers la porte. Son comportement est assez provoquant et à la moindre intervention de Mme P, de Mr Schneider ou de moi-même, Thomas pleure, se roule par terre avec ce mouvement fuyant de rejet dès que le psychologue ou moi-même nous nous approchons, évitant à chaque fois les regards.

Lors des consultations plusieurs sujets sont abordés pour Mme P, c'est le récit de son accouchement qui est le plus marquant.

La grossesse de Thomas s'est déroulée physiologiquement, il était désiré, Mme P avait cependant quelques appréhensions quant à son nouveau rôle de mère. Ce qui est compréhensible : sa mère était alcoolique et l'a abandonnée peu de temps après sa naissance, la laissant à son père, qui partit quelques temps après la confiant à sa grand-mère. Mme P avait peur d'être comme elle dit : « *une mauvaise mère* » n'ayant pas eu l'exemple de ce qu'est une mère.

Elle arriva à la maternité avec des contractions douloureuses sans autres signes anormaux selon ses dires. La sage-femme, après l'avoir examinée fait le diagnostic de rupture des membranes, les contractions sont irrégulières et le col quasiment inchangé par rapport au dernier rendez vous, Mme P est emmenée dans une chambre.

Elle vit très mal cette situation et a la sensation « *qu'on la délaissait et qu'on n'avait pas de temps à lui accorder* » ; de plus elle se souvient que « *le liquide était vert* », elle avait la sensation « *d'empoisonner son bébé* ».

Les contractions étant toujours insupportables, on propose à Mme P de la soulager avec un nubain, mais elle vécut mal « *l'injection de ce produit qui l'endormit* ». Elle a la sensation qu'on « *la droguait* ».

Elle reste toute la soirée et toute la nuit dans cette chambre, seule, son mari était rentré. Le lendemain, Mme P est toujours anxieuse, un médecin lui annonce qu'on va la déclencher, et rajoute « *vu la couleur du liquide il est assez urgent d'agir, je me demande même pourquoi ça n'a pas été fait plus tôt* ». Ce qui ne fit que confirmer à Mme P que son enfant : « *n'était pas bien en elle. Elle a l'impression de ne pas y arriver, d'être en train de tuer son enfant alors qu'elle est près du but car elle est enfin en salle d'accouchement* ».

Le mari de Mme P est appelé, le déclenchement commence, mais très vite la décision de césarienne s'impose au vu des altérations du rythme cardiaque fœtal. Mme P se rappelle du moment où on lui a dit : « *votre bébé ne va pas bien, on va devoir le sortir* ». La préparation de la césarienne se fait rapidement et Mme P n'a eu aucune explication sur son déroulement. Mme P avait une péridurale, une réinjection fut nécessaire, elle était consciente lors de l'intervention.

Lorsque Thomas est né, il fut rapidement emmené, Mme P ne l'a pas vu. Mr P étant parti boire un café, lorsqu'il revient sa femme était césarisée et son enfant était né, ce qui fut un choc pour lui. Mme P vécut très mal de ne voir son enfant que deux heures après la césarienne, elle avait peur que cet enfant ne soit pas d'elle, qu'il ait été échangé. Elle dit : « *pour moi, je n'ai pas été au bout des choses, mon enfant n'est pas né* ».

Le fait de ne pouvoir s'occuper de lui immédiatement après la césarienne la confirme dans son incapacité à devenir « *une mère suffisamment bonne* ». Ce qu'elle exprime par : « *je ne peux m'occuper de Thomas donc je serai comme ma mère* ».

Pour toutes ces raisons, Mme P vécut très mal la naissance de Thomas, et ne se sentit pas confirmée dans son nouveau rôle de mère. Une relation difficile s'établit donc avec Thomas, qui l'emmena à consulter car « *elle n'en pouvait*

plus », son mari également était épuisé, mais tous les deux étaient prêts à se faire aider. Le second problème posé par cette situation est que pour cette seconde grossesse, elle n'envisageait pas du tout une césarienne à nouveau. Pour elle ce serait : « *un deuxième échec et la même situation qui se répétait* ». Effectivement si la césarienne n'était pas obligatoire, il fallait tout de même l'envisager. Cet objectif était atteint au bout de six ou sept consultations, Mme P avait bien compris que si l'on jugeait la césarienne nécessaire, elle devrait être faite, elle l'acceptait très bien ayant eu le temps de s'y préparer.

Ce qui lui permit également d'envisager cette grossesse et son issue différemment, était que cette fois ci, elle attendait une petite fille, signe que peut être, une nouvelle histoire commençait. La relation avec Thomas s'améliora également, un dialogue s'établit entre eux, Thomas était beaucoup moins agité même s'il avait encore « *quelques crises* ». Il arrivait tout de même à rester calme une certaine période, et lors des consultations son regard était de moins en moins fuyant.

Ces deux cas cliniques permettent une remise en question pour les professionnels que nous sommes. Les actes médicaux, ici ne font pas partis de cette réflexion. Il s'agirait plutôt de se remettre en question sur le vécu psychique de la grossesse et de l'accouchement qui pour chacune des parturientes a été traumatique. Et surtout la prise en charge ou le défaut de prise en charge pour ces femmes qui n'ont fait qu'ancrer leur mal être, leur « mal de maternité ».

DISCUSSION

3.1. LES DIFFICULTES RENCONTREES.

La maternologie prend en compte les aspects psychiques de la maternité, de la naissance et de la parentalité.

La Maternologie initiée en 1987, par l'ouverture du service à Saint Cyr l'Ecole au sein de l'hôpital Charcot est moins connue mais également importante car, comme l'obstétrique, elle a pour objet la naissance de l'enfant mais, il s'agit ici, de la naissance psychique. Ces deux disciplines sont complémentaires l'une de l'autre, ne pas prendre en compte l'accouchement psychique revient à n'effectuer qu'une partie de notre métier de sage-femme.

Il n'est pas aisé de comprendre les bases théoriques de Maternologie, renvoyant à de nombreux concepts de psychologie. Il est nécessaire de faire preuve d'ouverture d'esprit, **la Maternologie remettant en cause certaines de nos croyances**. L'esprit critique est également requis pour cette étude précoce de la naissance psychique et de la parentalité.

Les deux témoignages cités précédemment n'ont pas été jugés, il s'agit de traduire le ressenti de ces deux mères et de leur éprouvé psychique. En aucun cas il ne peut être remis en cause car l'entrée dans la maternité avec leur histoire familiale n'a pas permis de les épanouir, les a mises en difficulté. L'attitude médicale n'a également pas fait l'objet d'un jugement, n'ayant que le point de vue de ces femmes. Cependant il est à noter une prise en charge sans doute inadaptée à un moment particulier dans la vie d'une femme lorsqu'elle devient mère. Le regard que ces femmes portent sur le corps soignant nous est inconfortable et nous amène à réfléchir.

Dans les récits de ces deux femmes, le père est souvent absent de leur propos. En effet dans les cas de difficultés maternelles, les pères sont pour la plupart tous inquiets et se sentent démunis face à leur femme et leur nouveau-né.

Les mères « s'approprient cette difficulté » pensant en être les seules responsables ne laissant alors que très peu de place aux pères qui préfèrent dans ces cas là s'éclipser, se protéger, ne sachant que dire ou quoi faire...Le soin a donc pour nécessité d'intégrer le père pour qu'il trouve sa place dans cette relation entre la mère et l'enfant, et qu'ainsi il puisse trouver les mots pour soutenir sa femme.

Aujourd'hui, la Maternologie est une orientation de santé publique répondant à une problématique maternelle et parentale nécessitant un soin spécifique. Alors pour quelles raisons rencontre-t-elle quelques réticences dans le milieu médical, bien que son utilité dans la prise en charge périnatale et la prévention de la maltraitance a été reconnue ? Est-ce le manque de connaissance ? Est-ce le manque de temps ? Il est dommage de s'arrêter à cela et ne pas se servir d'un concept nous permettant l'accès à la rencontre mère-enfant. La compréhension des difficultés pouvant survenir nous permet d'adapter le soin pour cette femme en mal du « devenir mère » et à cet enfant pour naître psychiquement.

Nous, professionnels devrions pouvoir comprendre que notre rôle est de permettre la naissance physique de l'enfant en aidant la mère à éprouver le maternel. Ce qui permettra la naissance psychique de l'enfant.

3.2. QUELQUES PROPOSITIONS.

Les difficultés maternelles représentent comme nous l'avons déjà vu 10% des accouchements par an.

Les décrets de périnatalité de 1998 font obligation à toute unité d'obstétrique : *« Mettre en place une organisation lui permettant de s'assurer en tant que besoin selon les cas, du concours d'un psychologue ou d'un psychiatre »* (11).

Mise en place d'un projet de service.

Pendant la grossesse, les difficultés rencontrées ne sont pas nécessairement objectivées après l'accouchement, néanmoins il est important de savoir les détecter, une prise en charge maternologique pouvant être la solution. Des centres de diagnostics et de soins intégrés dans les questions que peuvent poser la naissance seraient nécessaires pour une meilleure prévention. **Les centres de PMI, centres maternels, sages-femmes libérales, assistantes sociales, ne devraient plus intervenir sur le trouble constitué mais sur l'évitement du trouble, du souci de la naissance et de la maternité mise en place dès le départ.**

L'action maternologique devrait être généralisée *« on y gagnerait une refondation de la médecine à l'acte, à la médecine de l'acte humain d'autant plus évident qu'il s'agit ici de l'acte de naissance »* (12).

Il serait souhaitable que dans les centres hospitaliers, la Maternologie fasse l'objet d'un projet de service. Le certificat de Maternologie serait l'idéal, mais sans être extrémiste, il faudrait informer le personnel soignant sur les principaux concepts de Maternologie et les sensibiliser aux enjeux de la naissance. **Les soignants devraient également intégrer la notion de maternité psychique et le diagnostic de la difficulté maternelle.**

Les sages-femmes, au cœur de l'accompagnement pendant la grossesse et l'accouchement, formées à cette discipline pourraient alors prendre en charge les femmes en difficulté, de la grossesse aux suites de couches, privilégiant ainsi la continuité. Bien que le personnel tourne dans les services, il n'est pas impossible de pouvoir établir une relation de confiance entre soignant et parturiente.

Emergence des plateaux techniques et accompagnement : compatible ?

Il est certain que l'accompagnement des femmes, mais plus généralement du couple dans l'étape qu'est la naissance de leur enfant n'est pas effectué de la même façon si nous nous situons en maternité de niveau III ou en maternité de niveau I, qu'elles soient publiques ou privées. En effet dans les maternités de niveau III (3000, 4000 accouchements), immenses plateaux techniques où le flux de gestantes est important, les sages-femmes sont très souvent débordées, pour leur plus grand désarroi, et la lassitude peut s'installer. De plus en plus, les petites maternités ferment faute de moyens et les grands plateaux techniques se développent. **Est ce une raison pour que la technicité prenne le pas sur l'humanité ? Il est évident que non.**

Le manque de personnel, l'afflux de parturientes, ne doivent pas nous faire oublier l'importance de ce moment bouleversant qui est la naissance d'un enfant. Il est incontestable que dans les grandes maternités, nous courrons après le temps, cependant expliquer à une femme que la journée est chargée mais que si elle a besoin, l'équipe est là pour la soutenir, c'est lui permettre de ne plus vivre l'indisponibilité des professionnels comme un abandon. L'accompagnement c'est également un regard, un geste..

Il ne s'agit pas de nier la technicité, le médical de notre profession car c'est par leur intermédiaire que nous pouvons approcher la femme. C'est l'essence même de notre art de sage-femme à lier avec l'humanité.

L'accompagnement, le soutien apportés ne sont pas évaluables en terme d'acte médical, ce n'est pas en soi une raison pour les négliger.

Comment faire en période de crise économique, pour comptabiliser dans le budget de la maternité, la prise en charge globale de la femme et de son nouveau-né à l'heure de la T2A ?

Aujourd'hui la société est à la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, c'est à nous, sages-femmes de conjuguer cette dimension psychoaffective, sociale de la naissance avec la sécurité médicale. Ceci est possible, pour exemple, la sage-femme peut respecter le peau à peau qui est de plus en plus réalisé dans les maternités de niveau I ou de niveau III. C'est une méthode simple pour initier la première rencontre des parents avec leur nouveau-né mais qui aujourd'hui encore n'est pas pratiquée systématiquement dans toutes les maternités.

Personnaliser le soin.

Dans les grandes maternités, une multiplicité des intervenants est constatée, qui peut ne pas être un obstacle lorsqu'il s'agit d'un groupe cohérent. Par **groupe cohérent**, on entend une équipe soignante ouverte, disponible où les discours ne divergent pas, ceux-ci étant source de confusion et d'inquiétude pour les femmes. Les soignants devraient pouvoir former une équipe solidaire où l'accompagnement et le soin des mères ne relèvent pas de la hiérarchie des diplômes. Il est important que chaque catégorie de soignants puisse communiquer entre elles et que les transmissions soient communes pour les sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture et aides soignantes. Ainsi chaque soignant est informé du bien être ou mal être d'une mère et de son nouveau né. Le soin nécessaire est discuté et devient personnalisé pour chaque femme, comme cela est le cas à la polyclinique des Longues Allées. **Ce temps de transmission est important pour l'ensemble de l'équipe soignante permettant également une remise en question du personnel sur l'indication et la qualité des soins.**

L'entretien du 4^{ème} mois

Depuis la loi du 5 mars 2005 nos tutelles ont mis en place l'entretien du 4^{ème} mois, il est proposé mais non obligatoire, et permet néanmoins de sensibiliser les futures mères aux difficultés maternelles.

Cet entretien existait déjà depuis 1988, mais à cette époque son but premier était la prévention des pathologies obstétricales.

Depuis 2005, il conjugue les deux : la prévention des risque médicaux et psychosociaux. **Il permet ainsi une ouverture au dialogue, créant un climat de confiance et assurant ainsi un dépistage de toutes les formes d'insécurité (couple, famille, précarité) pouvant entraîner des complications sur le lien parent-enfant mais aussi sur la pathologie de la grossesse.** Une femme diagnostiquée comme psychiquement instable peut être dirigée vers un psychologue. En effet une sage-femme n'est pas toujours à même de pouvoir répondre à la problématique de cette gestante. Elle peut alors accompagner et conseiller cette femme de consulter un spécialiste. L'idéal serait d'avoir un psychologue intégré au service de maternité, ce qui est aujourd'hui un phénomène de plus en plus répandu, mais également qu'il soit sensibilisé à la Maternologie.

Repérer une difficulté éventuelle dans le chemin vers la maternité.

Malgré les complications pouvant avoir lieu pendant la grossesse, **en pré partum ; il est extrêmement délicat de diagnostiquer pour une patiente, une future relation conflictuelle avec son enfant.** Contrairement aux idées reçues, ces difficultés ne visent pas un milieu socioprofessionnel particulier. Elle apparaît dans les familles, où le « don » s'est mal transmis de génération en génération.

Attention, le danger existe de stigmatiser les couples en précarité psycho affective ou socio-économique. La sage-femme ne peut accepter de tomber dans la délation alors qu'il s'agit d'un rôle de prévention.

Les troubles maternelles ne s'objectivent qu'après la naissance physique de l'enfant. En effet au moment où la mère met au monde son enfant, où il devient un autre qu'elle-même, elle transfère sur lui le fond inconscient de soi. L'enfant représente la part originaire de la mère. Tout ce qui avait ressurgi en elle quand elle était enceinte est reporté sur lui, maintenant qu'il n'est plus dans l'utérus. Ce transfert de l'originaire est le Maternel en acte. **C'est pourquoi le diagnostic de la difficulté maternelle est nécessairement post-natal puisqu'il porte sur la nature du transfert maternel.**

L'enjeu pour les sages-femmes, n'est donc pas seulement d'effectuer l'accouchement mais de s'assurer que le transfert de l'originaire pourra avoir lieu. Tout cela s'observera à travers le contact entre la mère et son enfant, les soins de nursing, l'allaitement. Le bien être du nouveau-né et de sa mère est sous notre responsabilité.

Les sages-femmes n'ont pas toujours le temps d'accompagner un allaitement, les puéricultrices ou auxiliaires de puériculture assurent tout aussi bien cette fonction. Cependant il serait pourtant souhaitable qu'elles assistent à une tétée, au moins une fois lors du séjour de la femme, **l'allaitement étant révélateur de l'initiation ou non du cycle du don**. Le visage de la mère représente pour l'enfant la face du monde dans lequel le nouveau né va s'inscrire. L'allaitement peut être révélateur du mal être d'une mère, il peut vite tourner au conflit.

La mère est souvent apte et rigoureuse à donner au nouveau-né les autres soins car ce sont des actes dits mécaniques, à la différence de l'allaitement où la relation est intense, rien ne peut-être caché. La déculpabilisation des mères qui n'allaitent pas au sein est également primordiale. Qu'y a-t-il de plus important : une mère qui allaite au sein, angoissée, stressée, ou une mère épanouie qui donne le biberon ? un proverbe dit « mieux vaut donner un biberon donné avec bonheur qu'un sein donné à contre cœur »

L'importance de l'observation du « naissant » est également essentielle, il est celui que l'on appelle « le petit clinicien » : révélateur lui aussi de la présence d'une difficulté dans la relation avec sa mère. Si sa naissance psychique ne s'est pas effectuée, l'enfant sera « malade de la naissance » : malade de ne pas être né ou de l'être insuffisamment. La naissance psychique incomplète ou non effectuée se révèle par des anomalies somatiques de développement, des troubles de sommeil ou autres affections psychiques. « Le mal de naissance » est une forme de maltraitance. L'œil clinique des soignants est essentiel pour pouvoir repérer cet enfant « non né », lorsque la mère n'a pu lui offrir la correspondance natale. **Il ne faut en aucun cas banaliser.**

Informer les patientes.

Les sage-femmes sont pour les gestantes et parturientes, des interlocutrices privilégiées, nous nous devons d'être honnêtes envers ces femmes : leur

expliquer le déroulement de l'accouchement physiologique mais aussi pathologique.

Ces femmes nous confient pour la plupart leur secret les plus intimes se sentant en totale confiance pendant la grossesse. Ceci est possible grâce à la **transparence psychique** qui abaisse les résistances inconscientes habituelles de ces femmes

Il serait souhaitable de ne pas abuser du prétexte de l'urgence, pour ne pas informer une femme de la réalisation d'une césarienne par exemple. Combien de femmes expriment, lorsqu'elles en ont la possibilité leur désarroi, lié au fait de n'être pas prévenues, mises en condition ou lorsqu'elles ont entendu : « ne vous inquiétez pas on va vous le sortir ! ». Leur rêve d'un bel accouchement s'évapore et la médecine toute puissante entre en scène. Comme Sandrine Rouvière (élève sage femme de la promotion 2001-2005) l'a démontré dans son mémoire sur « la césarienne en urgence », les femmes vivent mieux la césarienne si on a prit le temps de leur expliquer les gestes effectués, et le déroulement de la naissance de leur enfant. La nécessité d'extraction en urgence n'est pas remise en question, mais **ne pas tenir compte de l'accouchement psychique, c'est rester dans l'exercice très technique de ses compétences et priver un enfant de sa naissance.**

Beaucoup de difficultés maternelles résident dans le fait que « *cela a été trop vite* », « *je suis arrivée à 8cm, je n'étais pas prête à accoucher* ». Le chemin psychique de la maternité ne se fait pas, l'enfant est là mais il n'est pas né.

Ce ressenti est également applicable aux mères ayant une péridurale « plombée », la femme ne ressent rien, n'a aucune envie de pousser : comment peut-elle alors faire naître son enfant ? elle ne le peut pas et pourrait ne pas ressentir le Maternel.

C'est à travers ces constats que s'impose l'importance de pouvoir reparler de l'accouchement pour certaines femmes. A travers les deux cas cliniques précédemment cités, nous pouvons voir qu'il est souvent nécessaire de remettre les événements dans leur contexte. Pour de nombreuses femmes, la grossesse et l'accouchement sont souvent « trop médicalisés », il existe un décalage entre leur souhait et le soin médical apporté.

Pour pallier à cette problématique, il faudrait pouvoir donner suffisamment d'informations à la patiente pour qu'elle devienne elle-même actrice du soin qui lui est dispensé. **Il ne s'agit pas de ne plus médicaliser la grossesse et de la réduire uniquement à une approche psychologique, mais simplement d'avoir à l'esprit la dimension psychique des futures mères pour que la naissance s'effectue dans la plus grande sérénité et qu'il y ait le moins de dysfonctionnements possibles.**

Optimiser le séjour à la maternité pour un accompagnement de qualité.

Le temps de séjour étant de plus en plus court, trois ou quatre jours pour un accouchement voie basse, et cinq à six jours pour une césarienne, il est nécessaire d'optimiser ce temps pour pouvoir accompagner la femme dans sa maternité. Les sorties de plus en plus précoces ne font qu'accentuer une difficulté pré existante, à moins qu'existe un relais périnatal.

Pour le bien être du couple et du nouveau-né, il serait intéressant que les sages femmes les revoient six semaines après l'accouchement, période que Robert Debray nomme « la période sensible » pour mettre en place une relation maternelle et parentale suffisante. En effet, plus un trouble est ancré, plus le soin maternologique est difficile et long. Et sans cette visite à six semaines, le diagnostic d'une difficulté est rarement posé ou extrêmement retardé. **Revoir la patiente et l'enfant est ce que l'on peut appeler « la finalité de l'accompagnement d'une femme dans son parcours de maternité »,** aboutissement physiologique de l'ouverture au monde de l'enfant.

Il s'agit pour la sage-femme d'apprécier la qualité du lien mère-enfant et ainsi de remplir sa mission dans la totalité. Si cela est nécessaire, la mère et le nouveau-né pourront être orientés vers un centre spécialisé.

Bien entendu avec la pénurie des professionnels de la naissance ces dernières années et pour les années à venir, d'une part, et d'autre part l'organisation matérielle de nos grandes maternités qui ne permet pas d'avoir une sage-femme par femme pour tout le déroulement de la grossesse et de l'accouchement : cela est une utopie...mais pourquoi pas à l'avenir être garant de la qualité de la naissance.

Au vu de ces expériences, il apparaît qu'en modifiant notre vision de l'accouchement et de la naissance, nous pouvons affiner nos pratiques pour éviter qu'elles n'entravent l'établissement du lien ou engendrent une difficulté maternelle, sans pour autant remettre en cause la sécurité de la mère et de l'enfant.

CONCLUSION

La Maternologie est une nouvelle approche de la maternité en souffrance. Aimer son enfant, lui apporter les soins nécessaires à sa naissance psychique ne relève pas de l'instinct maternel. Il s'agit plutôt de l'aboutissement d'un itinéraire au cours duquel la femme remet en jeu son Etre jusqu'à retrouver les conditions originelles pour ensuite les partager avec l'Etre de son enfant.

Ce nouveau né arrive d'un monde parfait et homogène et entre dès l'accouchement dans un monde nouveau où règne la différence. Il s'adaptera physiologiquement à notre univers sur le plan métabolique. Mais il s'agit de le protéger lui qui psychiquement n'est pas encore né, lui qui est dans un état de latence, dans le « sas » de sa naissance.

Protéger le nouveau né, le guider sur le chemin de la naissance, c'est revoir les protocoles d'accueil du nouveau né en salle d'accouchement, respecter la physiologie du nouveau né pour ne pas parasiter ce moment privilégié d'établissement du lien mère enfant. Le protoregard est la passerelle entre les deux mondes. Il est nécessaire de réintroduire dans notre pratique de sages femmes une humanité et une rigueur suffisante pour que chacun y trouve sa place.

Pour tous les professionnels de la naissance, connaître et reconnaître la Maternologie, c'est admettre que la maternité peut être une souffrance, que donner à son enfant ne va pas de soi, reconnaître que l'élan maternel peut ne pas être au rendez vous.

Accompagner une mère pendant la grossesse, l'accouchement, c'est la guider dans ses choix de future mère. Accompagner une mère en suites de couches, c'est la guider dans l'établissement du lien mère enfant, l'allaitement, ne pas faire à sa place les soins de nursing : principe du « non agir ». Il s'agit aussi de rendre la mère sensible aux compétences de son nouveau né. Mais avant tout, accompagner une mère, c'est savoir reconnaître si celle-ci est en détresse avec son enfant.

La cohésion dans l'équipe soignante est importante de même que le travail pluri disciplinaire. Un projet d'équipe devrait être mis en place dans chaque service de maternité, comme nous avons un protocole pour les hémorragies de la délivrance, par exemple pourquoi est ce que nous n'en n'aurions pas pour les difficultés de relation mère enfant ?

Au XXI ème siècle, au règne de la technologie, il est nécessaire de ne plus se contenter de la seule dimension biologique de la grossesse et de l'accouchement et d'enfin prendre en compte la part psychique qui fait qu'une femme accède au Maternel ou pas. C'est notre rôle de sage femme : être parfaite technicienne et sensible à l'émergence de la capacité maternelle. La « mal naissance », liée au défaut d'avoir retrouvé la Totalité pour le nouveau né à travers sa mère est une forme de maltraitance de l'enfant, que nous pouvons éviter. Notre rôle est de prévenir et d'orienter toute forme de difficulté pouvant nuire au processus physiologique de parentalité.

La Maternologie n'a pas pour principe de faire « des mères parfaites », simplement de permettre que la mère et l'enfant se rencontrent et que cet enfant puisse effectuer sa naissance psychique sous le regard attentif des sages femmes, fières d'être savantes, humaines et garantes du bien être du couple mère enfant, pierre angulaire de l'avenir de l'humanité...

RÉFÉRENCES

- (1) Grand Robert de la langue française. Deuxième édition Paris novembre 2007.
- (2) Maman Blues (28 décembre 2007), le site consacré à la difficulté maternelle, adresse url : <http://www.maman-blues.org/diff.php>
- (3) WINNICOTT D, La mère suffisamment bonne, n°595, paris, Payot, septembre2006, 122 pages.
- (4) DELASSUS JM, Le génie du fœtus, Dunod, SNEL Grafics SA, 2001, 183 pages, p 112.
- (5) DELASSUS JM, Accouchement et naissance, Les éditions de l'association française de Maternologie, juin 2003, 400 pages, page5, page 9.
- (6) DELASSUS JM, Le sens de la maternité, 3ème édition, Dunod, 2007, 309 pages, pages 112-113.
- (7) PILLOT M, Le regard du naissant, Les cahiers de Maternologie, 2005, n°23-24, pages 5-6.
- (8) SCHNEIDER B, Accueillir, accompagner et soutenir la maternité, pages 3-4.
- (9) RASSIER F : témoignage.
- (10) JOSPIN Lionel, SFAR, les décrets de périnatalité (24 décembre 2008), adresse URL : <http://www.sfar.org>
- (11) DELASSUS JM, Cahiers de maternologie n°18 :15 ans de maternologie, Paris, 2002, pages 2-3.

BIBLIOGRAPHIE

BYDLOWSKI Monique, La dette de vie, Paris, Presse universitaire de France, 1997, 195 pages.

CAHIERS DE MATERNOLOGIE n°10, Etat de la recherche, janvier/ juin 1998.

CAHIER DE MATERNOLOGIE n° 15, Naissance psychique et prévention précoce, juillet/ décembre 2000.

CAHIERS DE MATERNOLOGIE n°18, 15 ans de maternologie, janvier /juin 2002

CAHIERS DE MATERNOLOGIE n°20, Accouchement, naissance et regard, janvier/ juin 2003.

CAHIERS DE MATERNOLOGIE n°21, Mémoire de l'origine, juillet/ décembre 2003.

CAHIERS DE MATERNOLOGIE n° 23-24, Accouchement et naissance, où est la différence ? , 2005

DE PERROT Edouard, WEYENETH Martin, Psychiatrie et psychothérapie, une approche psychanalytique, première édition, Paris, Carrefour des psychothérapies, 2004,440 pages

DELASSUS Jean-Marie, Le génie du fœtus, Paris, Dunod SNEL Grafics SA, 2001, 183 pages.

DELASSUS Jean-Marie, Accouchement et Naissance, Paris, Association Française de Maternologie, 2003, 400 pages.

DELASSUS Jean-Marie, Le sens de la maternité, Paris, Dunod, 3eme édition, 2007, 309 pages.

GREGOIRE Lysane, ST AMANT Stéphanie, Au cœur de la naissance, Canada, Edition remue-ménage, 2004, 444 pages.

REVAULT D'ALLONES Claude, Etre, faire, avoir un enfant, Paris, Payot et Rivages, 2004, 304 pages.

WINNICOT Donald , La mère suffisamment bonne , Paris , Payot , 2006 122 pages.

BIRMAN C, approche sociétale de mettre « au monde », Les Dossiers de l'obstétrique n°361, juin 2007.

BLANCHON C, Le toucher relationnel au cœur des soins, Soins pédiatrie et puériculture n° 192, janvier/ février 2000.

BYDLOWDKY Monique, Du blues à la dépression maternelle post natale, Les Dossiers de l'obstétrique n°285 juillet 2000.

DARCHIS Elizabeth, Tempête psychique en périnatalité : psychopathologie du devenir mère, Les Dossiers de l'obstétrique n° 344, décembre 2005.

DELIASSUS Jean marie : La révolte commence à la naissance, Tourné Emile : Le Naissant, Les Dossiers de l'obstétrique n° 367, janvier 2008.

DEMEESTER Anne, journée de la Conception, Marseille, évaluation des pratiques professionnelles en maternité, Les Dossiers de l'obstétrique n° 366, décembre 2007.

DOUTZENBERG Edwige, Influence de la préparation à la naissance sur les interactions mère bébé à deux jours de vie, Les Dossiers de l'obstétrique n° 283 mai 2000.

MANZARO Juan, RIGHETTI VELRENO Marion, CONNE PERREARD Elizabeth, Syndrome de dépression du pré- partum, Les Dossiers de l'obstétrique n° 304, avril 2002.

MIGNOT Sandra, Dépression post natale, des TISF en action, Profession Sage Femme n° 134 avril 2007.

PILLIOT Marc : L'initiative hôpital ami des bébés progresse en France, GREMMO-FEGER Gisèle : accueil du nouveau né en salle de naissance ou Comment favoriser allaitement maternel et bien être du nouveau né et de ses parents ?, Les Dossiers de l'obstétrique n° 370, avril 2008.

RENNER Jean Paul : Accompagner la grossesse pour quoi faire ? SAGES FEMMES maternité de Montreuil : Accompagner la grossesse et la naissance sur la base d'un projet d'équipe, Les Dossiers de l'obstétrique n° 270, mars 1999.

RICHARD GUERROUDJ Nour, Maltraitance infantile : dépister le risque dès la grossesse, Profession Sage Femme, avril 2006.

VALENTIN C, Dépression et grossesse : répercussions pédiatriques de la dépression maternelle, La revue de la Sage Femme, mars 2008.

BYDLOWSKY Monique, Spécificité humaine du désir d'enfant et de la grossesse, 7^{ème} Congrès de maternologie en périnatalogie, Versailles, novembre 2008.

DOLTO Catherine, Les relations parents enfants et la clinique haptonomique de la grossesse, 7^{ème} Congrès de maternologie en périnatalogie, Versailles, novembre 2008.

Pr. G BREART, Pr. F PUECH, Pr. JC ROZE, mission périnatalité.

RASSIER FRANCOISE, témoignage

SCHNEIDER Bertrand, Accueillir, accompagner et soutenir l'allaitement.

GRAND ROBERT DE LA LANGUE FRANCAISE, deuxième édition, Paris, novembre 2007.

ASSOCIATION FRANCAISE DE MATERNOLOGIE, *Maternologie* [en ligne], adresse URL : <http://materno.club.fr>

BIBLIOTHEQUES PSY, *bibliothèque 2 relations psychiques de l'un à l'autre* [en ligne], adresse URL : <http://psy-desir.com>

BLOG BABYSTOCK, *allaiter bébé ou donner le biberon ?* [en ligne], adresse URL : <http://www.blogbabystock.fr>

CARNETS PSY, *Le carnet psy* [en ligne], adresse URL : www.carnetpsy.com

CISMEF, *Cismef classement thématique* [en ligne], adresse URL : <http://www.cismef.org.fr>

DOCTISSIMO, *grossesse et bébés- la grossesse sur doctissimo* [en ligne], adresse URL : <http://www.doctissimo.fr>

DUNOD, *dunod éditeur, édition de livres, Microsoft presse* [en ligne], adresse URL : www.dunod.com

FAMILI NAISSANCE, *le fœtus et son environnement* [en ligne], adresse URL : <http://famili.fr/grossesse/-403grossesse/46976>

JOSPIN Lionel, SFAR, *les décrets de périnatalité* [en ligne], adresse URL : <http://www.sfar.org>

IDEES POUR LES PARENTS, *Atelier allaitement maternel, atelier préparation à la naissance* [en ligne], adresse URL : <http://www.idees-parents.com>

LAROUSSE, *Encyclopédie Larousse* [en ligne], adresse URL : <http://www.larousse.fr>

MAMAN BLUES, *le site de la difficulté maternelle*, [en ligne], adresse URL : <http://www.maman-blues.org/diff.php>

MAMAN CHERIE, *L'importance du contact peau à peau, article du Dr Jack Newman* [en ligne], adresse URL : <http://www.mamancherie.ca.fr>

MATERNAGE.FREE.FR, *maternage-portage* [en ligne], adresse URL : <http://www.maternage.free.fr>

SANTE MEDECINE, *l'allaitement, donner le biberon à son bébé* [en ligne], adresse URL : <http://www.sante-medecine.commentcamarche.net>

SCHNEIDER BERTRAND, *introduction à la maternologie, cours des étudiants sages femmes, 2006-2007*

SOCIETE CANADIENNE DE PEDIATRIE, *dépression chez la femme enceinte et chez la mère, comment les enfants sont touchés ?* [en ligne] adresse URL : <http://www.soinsdenosenfants.cps>.

THURIN JEAN MICHEL, *maternité* [en ligne], adresse URL : <http://www.psydoc.fr>

UNIVERSITE DE MEDECINE D'ANGERS, *index of/discipline/pedopsy/cours fichier* [en ligne], adresse URL : <http://www.med-univ-angers.fr>

WIKEPEDIA, *portail accueil* [en ligne], adresse URL : www.wikipedia.fr

ANNEXES

ANNEXE n° 1**FICHE STAFF****Données sur les parents :**

Nationalité :	Profession	Mère :	Statut marital :
		Conjoint :	
Tranche d'âge :	-15ans	25-30 ans	40-45 ans
	15-20 ans	30-35 ans	45-50 ans
	20-25 ans	35-40 ans	+de 50 ans

Particularité :**Données sur la grossesse et l'accouchement :**

Désirée- non désirée- ne sait pas	primigeste- multigeste
Primipare- multipare	césarienne- voie basse
Prématuré- à terme- terme dépassé	en urgence- programmé

Autres :**Données sur l'enfant :**

Prénom :	Sexe : M/F	Taille : cm	Poids : kg
-----------------	-------------------	--------------------	-------------------

Aspect général :

ANNEXE n°2**FICHE SALLE DE NAISSANCE**

Nom :

Prénom :

Date :

Observation autour de l'accouchement :

ANNEXE n° 3**FICHE ALLAITEMENT**

Nom du soignant :

Date :

Jour :

Mère/ Père/ Autre**Type :**

biberon / sein

Ambiance :

serein / agité

Handling :

lâché / contenu / contraint

Commentaires :**Sur le regard :****Aspect général de l'enfant :****Corps :****Visage :****Evolution durant le séjour :****Durée approximative**

GLOSSAIRE

Catécholamines : hormones sécrétées par le système nerveux central en réponse à un stress par exemple : l'adrénaline.

Cycle du don : il existe trois phases dans la situation de don : l'acte de donner, celui de recevoir et le retour du don. D'abord reconnu dans le cadre sociologique cette situation s'applique aussi à la relation mère enfant où elle constitue un proto langage qui élève les interactions à la onction symbolique d'échange de la totalité.

Difficultés maternelles : détachement affectif à l'égard de son nourrisson et une impossibilité à répondre à ses besoins.

Épigénèse : fait que la spécificité de la vie intra utérine est enregistrée par un cortex supérieur non déterminée génétiquement. Cette épigénèse complète la phylogenèse et produit l'apparition de l'être humain.

Le maternel : l'ensemble des actes de la mère en rapport avec l'humanité de la maternité. Le maternel est le nom qui permet de rendre compte de l'état relatif à la capacité, aux moyens spécifiques d'assurer la totalité nécessaire à la naissance psychique et au développement de l'enfant. Dès lors le maternel est la présence qui assure le transfert de l'originnaire sous la forme du cycle du don.

Maternité psychique : état de l'inconscient structuré par les étapes de la maternogénèse, la maternité psychique est un processus de transfert de la totalité originnaire qui opère comme capacité du don.

Maternogénèse : quatre stades correspondent aux quatre fantasmes originnaires relevés par la psychanalyse, paraissent organiser la genèse de la maternité psychique : constitution de l'originnaire, rupture du syncrétisme, auto attribution du maternel et confirmation par le père. L'ensemble de ces stades et leur parcours constitue la maternogénèse.

Maternologie : démarche thérapeutique qui s'attache à la dimension psychique de la maternité et qui prend en compte les difficultés de la relation mère enfant.

Moi : Chez Freud : conçu comme pôle défensif dans un conflit névrotique. Il défend l'accès à la conscience d'une représentation inconciliable ou le bon plaisir du sujet. Il obéit au principe de réalité.

Naissance psychique : acte et période qui suivent la mise au monde et qui sont nécessaires au nouveau né pour développer sa vie natale. Il s'agit,

pendant cette phase de vie originaire, d'acquérir les moyens de vivre, ressentir et percevoir selon une optique qui, tout en étant au monde, donne la possibilité de proroger la totalité originelle par ailleurs assurée par une relation synchrétique de base avec autrui.

Neurontogenèse : élaboration prénatale du vécu de la totalité qui structure les zones neuronales du cortex non déterminées génétiquement (aires dites « associatives »).

Originaire : période post natale au cours de laquelle les données biologiques qui assurent au fœtus l'expérience de la totalité sont reprises et transformées en éléments psychiques, ceci par l'effet de la totalité présentée par la mère et extrapolée en présence du monde. L'originaire qualifie ce stade en même temps que le premier stade la maternogénèse.

Originel : milieu de vie privilégié, homogène et constant qui réunit la totalité des conditions nécessaires à la vie et dont le fœtus s'imprègne. C'est le lieu de la première naissance.

Soi : concept qui limite, qui regroupe en un même ensemble le conscient et l'inconscient (personnel et collectif). Il traduit l'expérience de la Totalité, ma capacité de représentation de la Totalité, autant que le processus psychique qui va dans le sens d'une conscience englobant de plus en plus d'éléments conscients.

Le soi intervient dans le processus d'individualisation, c'est le moteur, l'organisateur, le but.

Territoires corticaux libres : part importante du cortex humain qui n'est pas programmée génétiquement et qui correspond aux « aires associatives ». Celles-ci sont généralement considérées sous le seul angle de leur fonctionnement postnatal. Il convient d'envisager leur activité dès leur maturation et en fonction de leur capacité à intégrer ainsi l'expérience de la totalité biologique prénatale ; ce qui fait naître l'homme avec une structure épigénétique correspondant au sens de la totalité.

Totalité Vitale : dans le cadre d'une grossesse normale, l'homogénéité des conditions de vie prénatale prolonge le fœtus dans l'expérience de la totalité vitale. Celle-ci, enregistrée par les territoires corticaux libres, devient un besoin

spécifique qui redétermine le fondement animal en être humain. « Humain » veut dire ayant un sens supplémentaire, le sens de la totalité, qui devra par la suite acquérir ses modalités psychiques.

Transparence psychique : fonctionnement psychique maternel particulier caractérisé par l'abaissement des résistances habituelles de la femme face au refoulé inconscient. Ce comportement psychique est marqué par un surinvestissement de son histoire personnelle et de ses conflits infantiles avec une plasticité importante des représentations mentales centrées sur une indéniable polarisation narcissique.

Videoclinique : utilisation médicale de moyens de prise de vue et d'enregistrement videoscopiques. Cette technique, indispensable dans l'observation des relations mère enfant, permet de voir au ralenti, en arrêt sur image, de visionner des scènes et de les étudier en groupe. A cette occasion, les soignants peuvent exprimer leurs affects et acquérir une expérience plus objective et partagée.

Résumé du mémoire

Devenir mère ne s'apprend pas, différentes étapes physiques et psychiques permettent d'accéder au maternel.

10% des femmes connaissent des troubles de la relation suite à la venue au monde de leur enfant, elles sont dans l'incapacité de donner et l'enfant est dans l'incapacité de naître psychologiquement.

Prévenir et orienter la difficulté maternelle est une des priorités des décrets périnataux de 1998. Le personnel de la maternité des Longues Allées s'est formé à la Maternologie. Grâce à la cohésion de l'équipe et l'observation des mères et des nouveau-nés, il accompagne, entoure les femmes dans l'acquisition du Maternel et les guide dans cette étape extraordinaire qu'est la naissance de leur enfant.

Mots-clés : Maternologie- sage-femme- difficulté maternelle-le Maternel accompagnement- naissance psychique- cycle du don- protoregard-totalité- transfert de l'originare.

Accompagner la relation mère-enfant et prévenir la difficulté maternelle

Expérience de la Maternologie en maternité à la polyclinique
des Longues Allées

PITON Stéphanie

Université François Rabelais – Tours

Ecole Régionale de Sages-femmes

Promotion 2005 – 2009