

Elle, si désirée, tête comme un chiot

marie-claude argant-le clair

Une femme ne devient pas psychologiquement mère dès le moment de la mise au monde. Le cas de l'accouchée que nous rapportons ici montre bien l'importance, dans l'établissement des premières relations mère-bébé, de l'attitude du personnel soignant face à l'état émotionnel de la parturiente, surtout quand les besoins de celle-ci sont exacerbés par ses conflits internes. Cette nouvelle mère, parce qu'elle en a l'occasion, exprime clairement, à travers son discours, toute sa détresse banalisée par les professionnels, son sentiment d'abandon, son désarroi lors de l'accouchement et finalement son absence de liens avec son bébé, voire son désir inavoué de mort pour cet enfant pourtant désiré et attendu. Ses conflits intrapsychiques ont, sans doute, barré la voie à la relation mère-bébé. Mais l'ignorance de ses besoins affectifs, alimentés par ses conflits intrapsychiques, ne lui a pas permis d'amorcer un lien avec son bébé. Ainsi est entravé l'envol de l'amour maternel. S'il suffit d'une parole pour aider une femme à traverser les méandres de l'accouchement, un oubli de la part de l'environnement peut être prétexte à alimenter une anaffectivité¹ maternelle, chez une femme dont le faible Moi est particulièrement fragilisé par la mise au monde qui dévoile au grand jour des conflits jusque là endormis.

« L'enfant désiré n'est pas forcément l'enfant voulu. C'est celui qui est fait avec toute l'inconscience du désir. »

La femme sans qualité (Anzieu, 1989)

Très souvent, au moment fort de la mise au monde, le personnel soignant se tourne avec raison vers le bébé, sans trop se soucier de la régression de la nouvelle mère toute identifiée à son nouveau-né, dans son propre besoin de maternage. Chez certaines femmes, cette attitude vient éveiller ou renforcer leurs conflits endormis, ce qui risque de battre en brèche l'amour maternel à l'aube de son existence avec le bébé réel ou de nourrir une agénésie maternelle dont les racines sont profondes. Aussi, l'acceptation affectueuse, par l'entourage, des demandes implicites de la nouvelle mère, l'intérêt qu'on lui porte au moment de la délivrance, facilitent-ils la relation mère-bébé. L'évolution de ce lien naissant peut être ainsi modifiée en raison du soutien offert à la mère. À l'inverse, l'absence de regard vers la mère peut tout autant entraver cette union lorsque des conflits importants sont sous-jacents ou s'étalent en partie au grand jour lors de la mise au monde. Il suffit d'un mot, d'une parole, d'un oubli de la part du monde environnant pour confirmer et aggraver une absence d'affection maternelle chez une mère dont le Moi fragile est particulièrement ébranlé par la maternité. L'entrevue dont nous rapportons des extraits illustrera l'importance de l'entourage, spécialement des

des soignants, dans l'établissement des premières relations mère-bébé, lorsque à l'aurore de la maternalité, le regard subjectif de la mère amplifie tout geste, toute parole, toute réserve du milieu ambiant, pour en exacerber les effets nocifs. Dans ces circonstances, le personnel hospitalier devient l'écran projectif sur lequel la femme dépose ses propres conflits psychiques démasqués par le travail, la délivrance et le contact avec le bébé dans sa réalité tangible.

Au premier plan de cette démarche une description sommaire du cadre mettra en lumière le support institutionnel qui sert, provisoirement, de tremplin sur lequel rebondissent, habituellement, les premiers élans du lien mère-bébé, lorsque rien, chez la parturiente, ne vient brouiller l'eau calme de l'amour maternel. Au second temps de notre cheminement, une place plus importante sera consacrée à une vignette clinique. Elle illustrera la manière singulière et discrète dont les conflits inconscients, tissés par l'histoire de la nouvelle mère viennent, à son insu, teinter son regard, afin de mieux se juxter au dispositif entourant la naissance, pour étayer un échec de la maternalité.

Les données de cet article sont tirées du matériel utilisé pour l'élaboration de notre thèse de doctorat (Argant-Le Clair 1992). Cette situation explique pourquoi après l'entretien semi-structuré avec cette dame référée à partir d'un service de pédiatrie, il n'y a malheureusement pas eu de suivi psychologique. Quelques précisions concernant la parturiente permettent de mieux saisir les enjeux affectifs liés à ses difficultés. Elle n'a pas été désirée par sa mère qui le lui a souvent rappelé et les relations mère-fille sont décrites comme conflictuelles dès le départ. Au moment de son accouchement, une tentative de réconciliation avec la mère s'est avérée un échec, celle-ci ayant refusé tout rapprochement avec sa fille à ce moment-là. Le père, riche industriel, est pratiquement absent du décor, le conjoint est plutôt froid et distant, absorbé par son travail. Madame choisit d'accoucher en milieu hospitalier pour la sécurité, pour les « savoirs scientifiques et médicaux » afin que le désir médical rencontre le désir parental de « donner naissance » à un bébé bien coloré, biologiquement sain. Comme une majorité de femmes, cette gestante est persuadée que l'hospitalisation, en raison de la présence médicale, garantit un accouchement sans risque.

Une enceinte privilégiée : la maternité

Certains hôpitaux d'avant-garde se penchent sur l'expérience de la maternité et tentent de minimiser les traumatismes hospitaliers en dérogeant quelque peu à l'ordre habituel. Ils portent une attention particulière aux procédures pour qu'elles aident au développement de la relation mari/femme, mère/enfant. Dans cette optique, au Québec, un nouveau cérémonial de la naissance voit le jour avec l'avènement de la « chambre de naissance ». Ce dispositif offre au couple la possibilité de vivre dans une plus grande intimité le travail et l'accouchement, dans l'observation des règles minimum d'hygiène et de stérilité, avec une participation optimale du conjoint, une utilisation moins systématique des interventions médicales

largement réduites. Toutefois, si l'effort d'humanisation permet l'assouplissement des règles au sein de l'institution, il reste encore beaucoup à faire en vue de la réappropriation de l'accouchement par les femmes et les couples concernés.

Dans cette perspective, des « maisons de naissances », sous le regard avisé des sages-femmes, ouvrent leurs portes pour tenter de répondre aux demandes des gestantes de vivre leur accouchement dans une atmosphère de plus grande intimité, en ayant la possibilité d'un meilleur contrôle de leur corps, de leur ventre, de leurs poussées, lorsque des conflits importants n'entravent pas cette prise en charge de soi. Bien que ces maisons connaissent, au Québec, un certain succès, elles sont encore à leurs premiers balbutiements. Il n'en demeure pas moins que, pour la majorité des femmes gravides, surtout les primipares, l'hôpital reste l'enceinte privilégiée pour mettre au monde, car la grossesse, en Amérique du Nord, est perçue comme un phénomène risqué, hautement médicalisé.

Beaucoup de femmes croient que la conception et la naissance sont contrôlées par le corps chimique dont la connaissance est la spécialité des médecins ayant suivi un long entraînement dans une approche scientifique et exerçant la tradition médicale de diagnostiquer, prescrire, pronostiquer sur la condition de la « patiente ». Le maniement de la naissance devient la responsabilité de spécialistes pratiquant leurs rituels et le fardeau que s'imposent ces médecins est relatif aux émotions entourant l'échec de la grossesse et de la mise au monde. La question ici est de savoir si une gestante ou une parturiente est réellement une « femme, enceinte » ou une « patiente »? Le débat outrepassé le cadre de nos propos qui soulèvent, par ailleurs, d'autres interrogations. Que se passe-t-il entre la gestante, la parturiente et les professionnels de la santé, tout au long de la grossesse et de la mise au monde? Quel dispositif d'accompagnement est-il offert à la future mère pour faciliter l'éclosion du processus de maternalité à l'arrivée du bébé réel? Ce cadre favorise-t-il ou non, la traversée sans encombre des méandres de l'accouchement? Lorsqu'un bagage affectif trop pesant empêche, subtilement, la nouvelle mère de prendre le train de l'amour maternel à son départ, la structure en place peut-elle l'aider à le rattraper, si elle en est capable, en décelant à temps l'éventuelle brèche à colmater? Autant de questions, parmi d'autres, dont certaines trouveront quelque réponse à la fois dans la description du cadre mis à la disposition des futurs parents et à travers la parole de cette femme qui évoque son travail d'expulsion et son difficile passage de la femme à la mère. Dans les limites de notre présentation, bien des questions resteront sans réponses alors que d'autres fuseront dans l'esprit de chacun alimentant la réflexion.

Des rituels bien orchestrés

Dès le moment de la conception, les rituels médicaux et paramédicaux sont mis en branle, par le personnel, sous forme de visites pré et postnatales dont le rythme est fixé à l'avance à la future mère et à l'accouchée. Dans ce contexte de modernité, l'orchestration médicale et paramédicale de la gestation et de l'enfantement offre

une grossesse à moindre risque, un accouchement programmé et sans douleur. Mais, comme facture à payer, la mère de l'accouchée cède sa place à son gendre, le médecin remplace à la fois la sage-femme et les amies, les étrangers sont tenus à l'écart pour mettre la femme à l'abri des infections. Le rituel hospitalier, à travers les cérémonies conçues pour célébrer la médicalisation de l'accouchement, tente d'exorciser mère et bébé en pourchassant, avec l'encensoir de l'asepsie, le microbe, divinité malfaisante dont le couple mère-bébé est aujourd'hui nettement protégé.

L'hôpital propose à la nouvelle mère et à son petit un environnement de plus en plus aseptisé, pour garantir leur survie. Le prestige, le savoir, la rationalité ont renforcé la sécurité de la mère et du bébé, contrôlé la morbidité, obtenu le maintien d'un bas niveau de mortalité materno-infantile, au prix de la transformation de l'accouchement en un « acte clinique » (Laget, 1986, 154-155). « Naissance » et « accouchement » signifient, dans le langage médical, un acte posé par un professionnel de la santé envers une « patiente » qui, paradoxalement, n'est ni malade, ni infirme. Les aspects psychologiques de la relation médecin parturiente sont relégués au second plan pour faire place, dorénavant, à la compétence de l'intervenant, en dépit de ses qualités humaines. Même lorsque l'évolution bio-physiologique de la femme est conforme aux attentes, les préoccupations médicales autour de la naissance dominent le processus, occultent, voire étouffent les cris de profonde détresse qui épousent parfois des formes déguisées.

Tout au long de la gestation, la diète demeure une priorité, protégeant la gestante de complications diverses et d'un gain excessif de poids considéré comme un problème majeur. Au moment de l'accouchement, le personnel n'attend pas un éventuel signe d'anomalie avant d'intervenir activement. L'induction par produits oxytociques ou rupture artificielle de la membrane amniotique se fait, sitôt que le médecin juge le fœtus apte à se mesurer à la vie extra-utérine. Au cours du travail, la réponse immédiate aux plaintes de la parturiente est, souvent, le sédatif ou l'épidurale, comme si les soignants, en supprimant rapidement les douleurs de l'enfantement, cherchaient à atténuer, chez eux, une angoisse diffuse à peine voilée. Cette difficulté à supporter gémissements ou cris et ce désir de les empêcher à tout prix, l'empressement à soulager, réparer, suggèrent que ces pleurs ravivent, peut-être, la souffrance intérieure du personnel, ce qui les rend intolérables. Pour vaincre l'angoisse et le « mal être » qu'accentue, chez la parturiente, la douleur physique, la médecine moderne essaie tests, examens, techniques et remèdes de toutes sortes, ce qui rend la femme, toute pénétrée de « l'idéologie du risque », incapable de se soustraire d'aucune prescription, sans culpabilité ni angoisse (Quéniart, 1987, 223). N'ayant pas toujours accès à leur détresse psychique, désespoir parfois indicible éveillé par les tiraillements physiques liés à la mise au monde, certaines femmes réclament un soulagement somatique immédiat. L'urgence de la demande recèle la crainte et les angoisses dont les racines sont profondes. Pour dominer la peur troublante qui s'est emparée d'elle, la future mère s'en remet ainsi passivement au personnel, en lui conférant d'énormes pouvoirs magiques pour gérer le travail d'accouchement et la naissance. Dès lors, sédatifs, épidurale et tout autre drogue,

parfois subtilement suggérés à la parturiente, amoindrissent non seulement l'importance d'une présence constante et chaleureuse, mais détrônent les mots justes, rassurants, encourageants de l'entourage tranquilisé, à son tour, par les effets de l'allopathie chez « la patiente ».

Au moment du travail et de la délivrance, la communication avec les parents et les amis est contrôlée par l'équipe médicale. La parturiente est reliée à un moniteur enregistrant les contractions utérines, leurs fréquences et leur intensité ainsi que le cœur fœtal. L'écran du moniteur accapare tous les regards et le ventre de la future mère devient un « ventre relais » (Quéniart, 1987, 226) donnant accès à l'intérieur, à l'utérus, au bébé. Dans les centres universitaires, en particulier, ces parturientes, plus fréquemment, sont inspectées physiquement, principalement au niveau des organes génitaux, et certaines d'entre elles sont partiellement anesthésiées par des drogues sous forme de sédatif ou d'épidurale. Lavement, rasage, monitoring, perfusion, induction, stimulation, touchers vaginaux, épidurale, épisiotomie, sédatifs, transfert du bébé à la pouponnière demeurent des rituels de prédilection liés à la mise au monde. Même si dans les hôpitaux d'avant-garde ou dans la chambre de naissance, lavement, rasage et perfusion ne sont pas imposés systématiquement, les rites médicaux ne subissent aucune modification majeure. Les principales fonctions sont tenues par le personnel soignant et pour Piché (1987, 321), la gestante ou l'accouchée doit se conduire « comme une invitée soumise », dans ces lieux de contrainte régis par l'hégémonie médicale en raison des « impératifs d'efficacité ». Bien que l'induction et le monitoring soient, en principe, réservés aux grossesses à risque, ils définissent, de nos jours, la pratique moderne de l'obstétrique.

Mise en scène : le rideau se lève

Lors de l'expulsion, la parturiente est entièrement prise en charge par le personnel, transférée à la salle d'accouchement ou, lorsque tout se déroule comme prévu, installée en position gynécologique dans la « chambre de naissance ». Les pieds sont placés dans une posture particulière, sur des pédales ou dans des étriers. Les mains peuvent être libres ou fixées à des poignets métalliques, mais, de toute façon sous contrôle pour éviter la contamination des champs stériles. Au moment des poussées la parturiente doit saisir ses cuisses et les ramener vers elle pour favoriser une meilleure expulsion. Le maintien des jambes dans cette position est parfois assuré par le conjoint et l'infirmière, quand la femme exprime une très grande fatigue, un complet épuisement ou que l'anesthésie régionale entrave le mouvement en provoquant une importante lourdeur au niveau des membres inférieurs. Lorsqu'elle pousse adéquatement, la gestante vit la mise au monde comme un processus dans lequel la femme elle-même est active. Autrement, elle s'abandonne à l'entourage, dévoilant parfois au grand jour une certaine passivité.

À la salle d'accouchement, un miroir amovible suspendu au plafond offre à la femme la possibilité de regarder l'hôte de l'utérus quitter son abri. Ce miroir vise

l'amélioration des poussées par la femme qui, en voyant apparaître les cheveux du bébé, réalise mieux le passage progressif du fœtus dans le couloir maternel, ce qui déclenche parfois, des poussées plus efficaces. Ce miroir peut permettre la satisfaction du désir scopique, où l'objet à voir est la femme elle-même livrant le fruit de l'utérus. L'absence de ce dispositif dans la chambre de naissance incite parfois l'infirmière à proposer à la future mère de lui tenir un miroir durant l'expulsion. Ce geste privilégié se fait dans une sorte de complicité resserrant davantage les liens que la nature paraît tisser entre les femmes. Mais qu'importe, le dispositif mis en place peut renforcer, chez la future mère, l'impression d'être sur une scène et de s'offrir en spectacle.

Acte II : le bébé est là

Après la délivrance, pour assurer la transition entre le dedans et le dehors, le bébé, en quittant la tiédeur utérine, est placé immédiatement sur le ventre nu de la mère avant d'être déposé dans les bras du père. Par la suite, le rituel médical veut que rapidement le nouveau-né soit séparé de sa mère, pour suivre son propre itinéraire de la chambre à la pouponnière. Le contact mère-bébé se fait sous le regard expert des professionnels, eux-mêmes soumis à l'horaire et aux mesures d'hygiène imposés par l'institution. Or, dans le monde de la nature, seule la mère humaine, dans son égarement face aux progrès technologiques, autorise le nouveau-né à avoir une couche différente de celle qui lui revient aux côtés de sa nourrice (Racamier, 1979b). Tout se fait sous forme de rituels que les femmes acceptent pour la plupart passivement au nom de la science et c'est en relation avec la « qualité de l'expertise médicale que l'obstétrique définit les besoins des femmes » (Renaud *et al.*, 1987, 200).

Dans la perspective d'humanisation des soins, une certaine souplesse s'observe dans le déroulement des habitudes hospitalières, mais sans refonte radicale. L'ouverture de la chambre de naissance ne s'accompagne pas nécessairement de changements d'attitudes et de mentalités, ni parmi les femmes, ni parmi les membres du personnel médical et paramédical. Danger et risque continuent de dominer la représentation de l'accouchement. Ainsi, l'assouplissement des horaires de visites à l'accouchée n'oblige pas le personnel à abandonner pour autant la technologie obstétricale et le contrôle de la naissance. La cohabitation mère-bébé, entrée dans les mœurs, est parfois ressentie comme une entrave à la bonne marche du service hospitalier suscitant une résistance de la part du personnel. Pourtant, cette présence constante du nouveau-né auprès de sa mère peut servir de catalyseur qui fait mousser les liens d'attachement, tout en conférant assurance et sécurité aux parents, face aux soins à prodiguer au nourrisson. Encore faut-il que, chez la mère, des conflits trop importants ne viennent, comme des nœuds, emmêler les fils ténus qui servent au tissage de la toile de fond du lien mère-bébé.

Le rideau tombe, des acteurs sont à l'ombre

Dans les hôpitaux modernes destinés à recevoir les futurs parents lors d'une naissance, les couples, emprisonnés dans les filets d'un ensemble de services professionnalisés, doivent se soumettre à l'institution, intérioriser ses normes officielles et se dessaisir de leur propre Moi (Quéniart, 1987, 229). Ils acceptent les conditions imposées par le corps médical et paramédical, comme un aspect de la mise au monde, l'idéologie sous-jacente étant celle de la science. Sitôt que la parturiente franchit les barrières de l'hôpital, tout ce qu'elle a si bien appris dans ses livres et les cours prénatals, l'engageant, pour bien respirer et bien accoucher, à écouter ce qui se passe en elle, ce qu'elle vit dans son corps, ce qu'elle ressent, tout s'effondre en une fois. « Le scénario est prêt, la femme n'a plus qu'à apprendre son rôle » (Ferrand, 1986, 172). Dans ce climat d'une médicalisation de la grossesse et de l'accouchement, la compétence de la femme ne s'accorde qu'au diapason de la technologie et des connaissances biologiques et médicales. La plupart des femmes se sentent dépersonnalisées dans ces maternités, malgré la chambre spécialisée où sont aménagés, par la direction de l'hôpital pour promouvoir ses services, des appareils sophistiqués, un équipement d'intervention, technique nouvelle vague, à la fine pointe du modernisme. La venue au monde de beaux bébés sains, la diminution spectaculaire de la mortalité et de la morbidité néonatale et maternelle, se payent au prix fort de l'absence d'autonomie des femmes de plus en plus soumises à la technique (Gélis, 1987, 14).

L'échographie, le monitoring et d'autres stratégies médicales sondent l'utérus pour en découvrir les moindres secrets afin de mieux protéger mère et bébé. Le discours médical charge la gestation de risques potentiels pour l'évolution du fœtus et son développement extra-utérin. Mais, en même temps, ces techniques et ce verbe vident la maternité de ses dimensions affectives et sociales. Ce malaise s'exprime à travers toutes les demandes de repenser l'accouchement et la naissance, de les réhumaniser en modifiant ou supprimant les rites hospitaliers auxquels hommes et femmes se soumettent en confiant la mise au monde de leur enfant au corps médical. Aussi, quelques couples, désireux de créer pour l'événement, un giron maternel, en quête d'un paradis perdu, trouvent-ils plus sécurisant d'accoucher, comme autrefois, à la maison, en dépit de l'inconfort. Pour contrer les inconvénients du cadre de vie habituel, les « maisons de naissances » jouent le rôle intermédiaire entre la maison et l'hôpital, elles jouissent de l'engouement des parturientes qui fondent sur elles beaucoup d'espoir. Quoiqu'il en soit, l'hôpital, même considéré comme un endroit froid où domine l'indifférence demeure le lieu de prédilection des femmes pour leur accouchement.

Au moment de la mise au monde et des rites hospitaliers qui l'entourent, le personnel reconnaît le couple comme une unité parentale attendant le bébé. Mais, dans l'enceinte de la maternité, tous les participants n'occupent pas la même place. La famille est tenue à l'écart des événements et doit se plier aux règlements, la femme est dépossédée de son corps par l'équipe soignante qui se l'approprie,

l'obstétricien investit la naissance comme objet médical et le mari, facilement mis au rancart, n'a rien à dire car lui, « ne sait pas ». Pour accéder un peu au processus, le futur père, doit se soumettre aux diktats du célébrant, le médecin et ses servants, qui l'admettent ou le distancient des lieux. Lorsque tout est conforme aux attentes, il peut devenir un participant actif au point de couper le cordon ombilical sur proposition du médecin. Ce geste qui s'opère dans le temps et le lieu d'établissement de la paternalité, suscite bien des remous affectifs, mais ce volet déborde notre propos. Par contre, à la moindre difficulté, à la première inquiétude, au plus petit accroc (décélération du cœur fœtal, saignement anormal...), le mari peut volontiers être éliminé de la scène, aisément évacué. Les angoisses face aux attentes spécifiques de la parturiente, de son conjoint et du personnel se conjuguent, rendant parfois l'atmosphère lourde et insoutenable. Les futurs parents subissent, « in extenso », l'inquiétude diffuse du personnel qui, pour justifier l'exclusion du père, prend la forme de la peur excessive des microbes ou de la contagion.

Quoiqu'il en soit, c'est à l'intérieur de ce dispositif institutionnel que prennent place la véritable ébauche de la parentalité et les premières émotions qui annoncent ou non l'aube de la maternalité sous les auspices d'Éros, parfois hélas, de Thanatos. Le comportement de l'équipe soignante, les procédures d'hospitalisation ritualisées à travers les barrières de l'hygiène, de l'atmosphère stérile et des interventions médicales durant le travail et l'accouchement, influencent la maternalité. Ces structures ont largement le pouvoir de faciliter les expériences qui concourent au développement du sentiment d'accomplissement et des frêles émois autour de la naissance. Elles peuvent tout autant traumatiser les femmes et les laisser avec des accès périodiques de terreur et d'appauvrissement de leurs relations avec leur mari et leur petit. Dans les sociétés développées ces dispositions, le comportement de l'équipe soignante, ont à la fois la capacité d'aider et paradoxalement d'entraver le changement d'identité que connaît la parturiente (Jones et Dougherty, 1982)³. Dans ce cadre, la future mère étale au grand jour une partie de son bagage affectif qui comprend les fils de son histoire auxquels elle ajoute les fils du vécu actuel pour tricoter les premières mailles de la relation mère-bébé. Dès lors, des conflits personnels importants joints aux failles du milieu ambiant, peuvent contrarier l'ouvrage et faire obstacle à l'élaboration de ce tissu relationnel naissant, comme en témoignent les évocations d'Elsie, une nouvelle mère.

Un orage intérieur et extérieur

Par un bel après-midi d'été, nous rencontrons Elsie à son domicile à Montréal⁴, alors que son premier-né a 4 semaines. L'ambiance dans laquelle se déroule l'entrevue de 3 heures portant sur la maternité, est particulièrement lourde, un gros orage gronde dans le cœur de cette nouvelle mère qui a peine à le contenir. Elle a le sentiment que les liens avec son enfant ne s'établissent pas, ce qu'elle vit avec beaucoup d'impuissance. Sa détresse est grande, alimentée par le souvenir du peu d'intérêt que lui manifestait l'environnement après la délivrance. De ce moment,

elle gardera la conviction que tout le personnel hospitalier ainsi que son conjoint et sa famille se sont détournés brusquement d'elle pour ne regarder que le bébé. Par cette dénégation de la réalité interne, la poussant à rendre les circonstances extérieures responsables de son manque d'intérêt pour le bébé, Elsie tente, probablement, de déposer à l'extérieur sa propre conflictualité, en niant, en quelque sorte, que ce détachement puisse lui appartenir. Même les conditions atmosphériques clémentes au début de l'entretien semblent se mêler au discours de cette mère affolée.

En effet, durant cet entretien chargé d'émotions, dehors le soleil s'éclipse comme pour s'ajuster à l'ambiance intérieure : Il faut allumer les lumières, le tonnerre fait trembler la maison, les éclairs fusent de toute part, la grisaille devient pluie torrentielle, à croire qu'un cataclysme s'abat à l'extérieur et renforce « l'ouragan du dedans ». Mais, la nature redevient calme alors que l'atmosphère interne continue de bouillonner, nous laissant perplexe, impuissante, pleine d'interrogations relatives au rôle du personnel soignant dans l'accompagnement d'une parturiente et son impact sur l'ébauche des premiers liens mère-bébé. Nous sentons d'emblée, chez cette mère, la présence d'une profonde blessure, mais ignorons si des ressources internes seront capables ou non de la colmater. Face à cette ambiance annonçant une catastrophe, nous craignons d'être prisonnière non seulement du mauvais temps mais encore des conditions de l'entrevue annihilant toute intervention de sauvetage à moins d'un naufrage imminent.

S'il est généralement vrai que mère et bébé s'appivoisent déjà de l'intérieur dès le moment de la conception et surtout à partir des premières caresses fœtales, le lien mère-nourrisson n'est pas assuré automatiquement lorsque voit le jour cet enfant attendu. Bien des femmes avouent avoir regardé leur nouveau-né comme étranger et repoussant, éprouvant dans leurs sentiments un mélange de joie, de peur et parfois de curieuse indifférence, même lorsqu'elles sont maternelles (Deutsch, 1949a, 216). Les conditions extérieures jointes au bagage affectif et à l'histoire de la nouvelle mère, facilitent ou entravent l'envol de l'amour maternel. Le déclenchement et l'épanouissement de l'attachement mère-nourrisson dépendent autant de ces facteurs que des circonstances entourant la grossesse et l'accouchement et des premiers contacts mère-bébé (Cukier-Hemeury *et al.*, 1987, 59-83).

Pour de nombreux auteurs (Benedek, 1949; Racamier, 1979b, 196; Nawawi, 1980, 105...), la naissance, traumatisante pour le bébé, peut l'être tout autant pour la mère. Habituellement, une impression d'amour envahit la nouvelle mère à l'audition des premiers cris de son bébé et cette sensation la rassure (Benedek, 1949). Mais après l'accouchement, lorsque le corps se prépare pour la fonction de maternage, les mères, en particulier les novices, connaissent parfois un déphasage émotionnel et restent surprises de l'absence de sentiment éprouvé pour l'enfant apprivoisé tout au long de leur grossesse (Benedek, 1949). Généralement, lors des transactions avec le bébé et surtout au moment de l'allaitement, ces impressions s'estompent pour laisser éclore le bourgeon de l'amour maternel. Lorsque la

femme quitte l'hôpital, si des conflits trop importants ne viennent pas troubler le processus, la nouvelle mère est déjà engagée dans sa relation d'amour avec le nouveau-né.

Pour Elsie, ce n'est pas le cas, quelque faille aura entravé le cours normal des choses. Jeune québécoise de 32 ans vivant, depuis quelques années, en situation maritale stable avec le père biologique du bébé, elle songe à mettre au monde dès l'âge de 25 ans : « ...si je n'avais pas un enfant à trente ans je n'en aurais pas... Je n'étais pas enceinte passé trente ans mais j'en voulais un, avant trente cinq ans, c'est sûr ». Toutefois, à ce moment-là, cet homme d'un an plus jeune n'est, selon elle, ni tout à fait libre ni tout à fait prêt : « j'ai toujours voulu un enfant de lui et me disais que si j'avais un enfant se serait de lui, même si on se quitte après ». Une fois la trentaine dépassée, son vœu d'enfant coïncide alors avec sa recherche active de grossesse afin que ce bébé prenne corps dans son sein, mais, d'emblée elle s'inquiète de cette gestation ou plutôt, de ce secret caché de l'utérus.

Pourvu qu'il soit normal

Dès la mise en chair de ce désir, Elsie éprouve, de façon constante jusqu'à la fin de sa grossesse, des malaises d'ordre psychologique, prenant la forme de préoccupations excessives au sujet d'éventuels handicaps du bébé : « Dès le début de ma grossesse ce qui me faisait peur c'était si l'enfant allait être normal... ». Cet état lui paraît anormal, à tout le moins inhabituel en raison de sa persistance, comme si intuitivement elle entendait le bruit sourd d'un risque de mésadaptation mère-bébé sans pouvoir en identifier clairement les prémices. Elle dira que ses peurs hantent ses journées comme ses nuits, ce qui l'inquiète, mais sa détresse ne semble pas en résonance avec ce que lui renvoie le personnel du CLSC :

« ...j'étais très émotive... je pleurais pas mal longtemps pendant ma grossesse. Je n'avais aucune idée de ce qui m'attendait, tu te poses bien des questions concernant les idées noires, les peurs que je trouvais énormes, mais qui d'après l'infirmière du CLSC sont normales, peurs surtout autour des handicaps des enfants... ».

Généralement ces peurs spécifiques surviennent au cours du troisième trimestre. Elles ne perturbent pas la future mère tout au long de la gestation et ne font pas non plus couler de larmes comme chez Elsie. Habituellement durant les premiers mois, la femme centrée sur elle considère le produit de la conception comme une partie d'elle, puis graduellement les soucis autour de son propre corps se transforment en inquiétudes pour la santé du fœtus, avec une panoplie de peurs dont l'intensité est souvent tempérée par les visites prénatales, contrairement à Elsie. Ces manifestations psychologiques, caractéristiques des derniers mois, font partie du réinvestissement complet du monde extérieur, lorsque la libido se transforme en

narcissisme secondaire, ce que traduit, entre autres, un intérêt plus marqué pour l'hôte de l'utérus qui devient la préoccupation dominante : « je passais en deuxième ». Dans ce mouvement, la femme doit reconnaître que ce fruit de son corps, qui la modifie, échappe à sa toute puissance magique, donc à son contrôle et bien qu'elle le porte dans son sein, il a sa réalité propre, est séparé d'elle, n'est pas elle et dispose d'une autonomie partielle.

Les angoisses envahissantes d'Elsie, ses peurs paniques incessantes lui dictent son choix d'accoucher à l'hôpital : « j'avais trop peur des complications, de ce qui pourrait arriver... si l'enfant allait être normal ». Par ailleurs, elle sait déjà le sexe du bébé révélé par l'échographie; elle désirait une fille, elle l'aura : « une fille parce que ma vie à moi n'a pas été comme je l'aurais voulu, je me sens plus proche des filles que des hommes. Mon approche sera plus facile avec ma fille, je ne sais pas ce qui se passerait avec un gars »⁵.

L'enfant semble avoir été conçu pour réparer la mère ou pour réussir là où elle a échoué, une sorte de double narcissique. En même temps, chez Elsie se dessinait en filigrane la peur d'une inaptitude maternelle. Il n'est pas étonnant que le travail ait paru long et insupportable à cette parturiente, nécessitant très vite quelque intervention pour soulager les douleurs. Mais, de quelle douleur s'agit-il véritablement? Comment l'angoisse de cette femme a-t-elle été entendue? Elle ne pouvait pas dire pourquoi le travail était intolérable, cependant une intervention extérieure devenait indispensable : « je ne pensais pas que ce serait si long... je voulais vraiment sentir ma grossesse du début à la fin, mais, plus capable de rien, sans énergie, ils m'ont proposé une épidurale à 4 cm... je ne voulais pas, l'anesthésiste m'a rassurée, j'ai accepté mais je ne voulais pas d'épidurale ».

N'ayant plus le contrôle de ce qui lui arrive, Elsie se confie passivement au personnel pour qu'il gère la naissance. A travers les demandes d'être entendue, comprise, soutenue, soulagée, exprimant la capacité d'Elsie à endurer ou non les contractions, son niveau de tolérance à la souffrance, se cache, dans ces circonstances au-delà de la douleur physique, un profond désarroi. Elsie qui ne voulait pas d'anesthésie, réclamait pourtant quelque chose. Elle aurait, sans doute, désiré que le personnel, non préparé à ces aspects de la maternité, puisse saisir intuitivement, tout au long du travail et de la mise au monde, cette détresse inavouée ou plutôt ce lourd bagage affectif qui teinte le déroulement du processus.

Ces rituels médico-hospitaliers, greffés aux importants conflits psychiques d'Elsie, la conduisent à une perte d'identité et une sorte d'aliénation où le Soi est dissocié. Alors, elle fait confiance à la garantie offerte par le corps médical et l'institution, répond volontiers à l'aspect dépersonnalisant de l'hôpital en se soumettant à toutes les propositions ou exigences (calmant, épidurale, posture...). Mais, cette « dépossession » peut être vécue comme humiliante, provoquant de l'angoisse, même si la « dépersonnalisation » semble surtout coïncider avec l'arrivée du bébé. Dans ce cas diraient Jones et Dougherty (1982), l'accouchée se sent comme un objet passif dont le « Soi réel » est aliéné⁶. Chez Elsie, l'attitude des soignants dicte sa soumission au personnel, ce qui ne gomme pas pour autant la

tendance passive agressive qui entretient l'inertie et semble un élément important de la personnalité de la parturiente. De plus, avec un Moi particulièrement fragilisé, toute possibilité de compromis est entravée, à la faveur du clivage qui domine, maintenant Elsie dans l'inaction.

Lorsque l'accouchement est perçu, par la femme, comme un acte valorisant et achevé, au lieu d'un châtement ponctué par la souffrance, la coopération active remplace l'inertie, la soumission ou l'agressivité passive. La perspective tranquillisante et rehaussante d'un corps crédible et d'un « utérus puissant, contrôlable et digne de confiance, » remplace l'image désavouante et terrorisante « d'un corps faible, meurtri, d'un utérus incontrôlable » (Racamier, 1967, 37). Cette nouvelle vision des choses modifie le déroulement de l'accouchement, elle favorise l'ébauche du sentiment maternel et l'investissement de la transaction mère-bébé d'où va découler l'avenir même de cette relation. Encore faut-il que la structure de la personnalité le permette ou que des conflits trop importants ne viennent, comme des ronces, envahir et entraver le jardin de la maternalité, comme peuvent l'illustrer les évocations d'Elsie.

Dans les passages qui suivent, les expressions qui émaillent le discours d'Elsie lorsqu'elle relate son expérience de travail, d'accouchement et ses premières relations avec son nouveau-né, témoignent des attentes face au personnel. Cette transition fragile et délicate entre le dedans et le dehors fait bien ressortir la portée des attitudes de l'entourage et leurs éventuels effets sur les premiers contacts mère-bébé. Parfois, ce support extérieur doit servir de pont inaugurant le passage vers la première communication mère-bébé. Lorsque chez la mère les perturbations ne sont pas trop grandes, il permet d'éviter, qu'entre la femme et son nouveau-né le creux qui se dessine ne devienne un gouffre impossible à combler.

Seule au monde : le spectacle est terminé

Le questionnement concernant l'état de santé du bébé du dedans revient sans cesse comme un « leitmotiv », alimente une attente anxieuse et est en complète discordance avec la surprise d'avoir, dehors, un bébé sain. Le malaise exprimé par Elsie devant ce bébé en santé ressemble au vécu d'une mère face à un bébé mal formé.

Elsie : « Quand les douleurs ont commencé, j'étais contente, enfin cela allait être fini. Le travail a été long, quasiment quarante-huit heures de douleurs et je les endurais. J'étais épuisée, je n'avais pas mangé... J'avais hâte de m'assurer que tout était correct... ma seule préoccupation était que le bébé soit normal. N'importe quoi cela ne me dérangeait pas pourvu que le bébé n'ait rien. Mais, quand elle est sortie et que je l'ai vue, le fait de la voir tout entière sans problème... c'est dur à expliquer ce que je ressentais. »

A ce stade les peurs d'Elsie devraient se transformer en joie, à tout le moins en soulagement, mais elles prennent l'allure de vœux inconscients de mort pour le nourrisson, même si la pulsion destructrice semble retournée en son contraire durant le travail, à travers l'intérêt marqué pour la santé du bébé. Rappelons toutefois que la relation femme fœtus, diffère du lien mère-bébé. Le désarroi émotionnel d'Elsie prend de sérieuses proportions que nous découvrons en l'écoutant exprimer ses réactions à l'arrivée du bébé. Plus Elsie se confie, plus s'impose à nous le désir toujours croissant de l'orienter vers une aide thérapeutique adéquate, devant l'ampleur de cette détresse qu'elle cherche à contrôler. Le ton de la confiance frise parfois une demande d'aide, mais celle-ci n'est pas explicite, en tout cas pas consciente. Si la raison de notre visite est claire, la résonance en nous de la souffrance d'Elsie nous invite à dépasser le cadre. Nous sommes tiraillée entre deux désirs, soulager la détresse par une intervention thérapeutique ou respecter le but initial de notre travail. La douleur entendue titille nos vœux de réparation, nous sommes tentée de nous détourner de notre mandat premier. Afin d'éviter toute intrusion maladroite, nous réprimons notre désir pour offrir à Elsie une oreille attentive dont elle semble pleinement profiter, peut-être parce qu'elle sait qu'elle ne nous reverra plus. Elsie, qui se dit méfiante, s'exprime à voix feutrée, elle paraît plutôt confiante dans ces minutes de lourde vérité et soulagée de pouvoir nous parler sans contrainte durant ce moment privilégié.

Elsie « Je n'ai rien vu au moment de l'accouchement, je ne voulais pas de miroir... ils m'ont dit d'ouvrir les yeux, j'ai vu la tête, je me suis dit que c'était fini, je n'avais plus mal. Puis, l'infirmière a mis le bébé sur mes seins, je ne comprenais rien, plus rien, plus rien... Je la regardais, regardais, je n'étais pas capable d'y toucher. Dans ma tête, je ne faisais pas le lien entre ce que je voyais là et le temps que j'ai poussé. Le bébé était là mais, je ne comprenais pas et même encore je ne comprends toujours pas que cet enfant-là avait pu être dans mon ventre, je ne réalisais pas, n'ai pas réalisé, n'étais pas capable d'y toucher. Je disais : Prenez-là, je ne sais pas quoi en faire... pas capable d'y toucher, pas capable... J'avais les deux bras pendants, je l'ai regardé, l'ai vu au complet ses bras, sa tête... mais je n'étais pas capable de rien dire... Je n'ai pas trouvé ça drôle, le docteur s'occupait de ce qui se passait entre mes deux jambes, personne ne s'occupait de moi, comme s'ils se disaient : « elle a fait ce qu'elle avait à faire ». Moi, eh bien!, moi j'ai eu un sentiment d'abandon. J'avais l'impression d'être toute seule, même s'il y avait beaucoup de monde. Pour eux, c'était comme si j'avais un écran devant moi, je me dis que pour eux, je n'étais plus là. C'est comme si j'avais fait un spectacle, c'est cela, vraiment cela! Je me suis sentie vraiment toute seule quand j'ai vu le bébé devant

moi et que personne ne faisait rien. Moi, je les regardais et ils ne me voyaient pas... On dirait que je ne comptais plus pour eux, ils ne se sont pas vraiment occupés de moi mais, toute la journée, c'est moi qui avais l'attention et dans l'espace de presque trente secondes, je ne suis pas là, c'est le bébé. A un moment donné ils l'ont repris enfin, cela m'a vraiment soulagé, c'est comme s'ils m'enlevaient un poids... »

Elsie ne désire pas voir, dans le miroir, la sortie de sa fille de l'ancre maternel car cette séquence lui renvoie l'image spéculaire qui vient briser le pont menant vers l'amour maternel. Elle se réfère abondamment à sa propre naissance et le non-désir de sa mère de l'avoir. Prisonnière des rets de la relation conflictuelle mère fille, Elsie est incapable d'entrer dans l'ordre symbolique et son image dans ce miroir lui est insupportable. Elle semble encore trop figée dans le miroir mère fille, au moment où toute femme, par la mise au monde, devient sa mère, la prolonge et la dépasse. Elle s'offre au regard d'un tiers et demande à être vue afin de pouvoir non seulement se regarder dans le miroir, mais se regarder devenir mère et pouvoir l'assumer. Elsie paraît vouloir être femme et ne pas pouvoir, trop identifiée à ce bébé qui naît, vouloir être mère et ne pas pouvoir parce que l'Autre ne le veut pas, parce que la mère (la sienne) ne le veut pas... Dans ces moments où la charge affective est élevée, le bébé pour Elsie, loin d'être source de joie devient un poids dont il vaudrait mieux se débarrasser, un fardeau trop lourd à porter. « Dans sa difficulté à entrer dans le registre symbolique, défini par la position du tiers, la femme en vient à désirer la mort du nouveau-venu, cet étranger... » (Lemoine-Luccioni, 1976, 49).

Ce bébé, un poids qui prend toute la place

Chez Elsie cette impression de distance par rapport à l'événement et au bébé est attisée par son sentiment d'être tout d'un coup, au moment de la délivrance, abandonnée par l'entourage, négligée, ignorée, comme si le bébé venait de lui ravir sa place, attirant vers lui toute l'attention dont elle faisait l'objet auparavant. « L'image pleine, parfaite, sur laquelle avait reflué sa libido, s'effrite. Le délire de toute-puissance retombe; un désir de meurtre (meurtre de l'enfant), parfois le remplace » (Lemoine-Luccioni, 1976, 53).

Elsie « Avant, je me disais, quand je vais la voir pour la première fois, je vais la prendre, je vais l'allaiter... je n'ai rien fait de cela, je me suis sentie sans cœur. Je me disais de l'avoir tant attendu... Quand je me suis mise à penser, je me suis sentie vraiment sans cœur de n'avoir pas réagi. Mais moi, qu'est-ce que je suis là dedans? Je n'ai pas aimé cette sensation-là, j'aurais voulu qu'ils m'entourent un peu plus à ce moment-là, là j'en

aurais eu besoin. Je n'étais pas capable de le dire et je ne pouvais pas le leur demander non plus, parce que ce qu'ils venaient de vivre ce n'est pas la même chose que moi. Je m'attendais à ce que le docteur soit plus présent que cela, il était là juste pour faire sortir l'enfant, c'est tout. C'est un instant bien bien intense et tout le monde était occupé, après je me suis dit que j'étais sûrement une personne faible. Toute l'attention était tournée vers le bébé et moi je n'existais pas, ce bébé était un poids pour moi... dès qu'il est né je n'existais plus ».

Au moment où la relation biologique et fantasmatique avec le fœtus à l'intérieur de soi, doit se transformer en communication dyadique avec un enfant réel et palpable maintenant hors de soi, cette mère est complètement troublée face à sa réalité inédite. Elle quête l'attention, le soutien et les encouragements de l'entourage pour passer à travers les méandres de l'accouchement, premier pas vers la relation mère-bébé. Ce vécu montre bien à quel point le processus de maternalité impose un important mouvement à la personnalité et induit une régression libidinale d'où découlent les besoins de dépendance. Il illustre aussi cette phase de grande sensibilité aux situations externes réelles que représente le « devenir mère », et la valeur considérable des conditions dans lesquelles le processus se réalise. Même, et surtout lorsque l'accouchée a rejeté sa propre mère, il est surprenant de constater au post-partum immédiat son besoin accru d'un substitut maternel (Deutsch, 1949a, 237). Dans ce contexte où le contact d'Elsie avec le personnel, la renvoie à sa relation avec une mère non-désirante, l'avant de l'histoire fille/mère ravivée, voile cette nouvelle histoire mère fille et empêche son éclosion. Le rejet du bébé peut être provoqué ou entretenu par une ambivalence profonde imprégnant la relation mère enfant que viennent surenchérisser les circonstances entourant la mise au monde et le post-partum (Racamier, 1979b, 201). L'acceptation affectueuse de la régression d'Elsie par le personnel et par son entourage, la reconnaissance de ses besoins passifs, réceptifs et de dépendance, auraient sans doute aidé cette mère à toucher au moins à son bébé, à défaut de le reconnaître et de se laisser envahir par cette sensation d'amour qu'enclenchent, ordinairement, les premiers soupirs du bébé.

L'avenir de la maternalité en tant que phase de remaniements de la personnalité dépend, principalement, dit Racamier (1979b, 200-201), de deux séries de facteurs historiques et actuels. Les premiers réfèrent au monde interne, ils « déterminent le maniement des pulsions et imagos » ainsi que la « souplesse et l'efficacité des fonctions adaptatives » du Moi. Les seconds, d'importance inégale renvoient aux données extérieures ponctuelles. Dans ce cas, les situations les plus palpables sont d'abord celles liées aux conditions de la grossesse (désirée ou non, consentie) puis, celles relatives au conjoint, à l'entourage de type parental, à l'environnement social et enfin à l'enfant lui-même (présence, rôle, attitude du conjoint, de la mère, de l'accoucheur, de la communauté, de la société, qualité des soignants, sexe,

état somatique, activité propre au bébé). Chez Elsie les facteurs actuels semblent constituer l'écran projectif sur lequel sont propulsés les éléments de son histoire joints à une fragilité psychologique qui entravent la relation mère-bébé. En attestent, sa réaction et ses premiers sentiments pour le nourrisson.

Un étranger qui doit mourir

Tandis qu'Elsie nous explique son absence de lien et de sentiment pour l'enfant, son incompréhension de la situation, ainsi que le silence et la sagesse de Désirée, celle-ci pleure à tue-tête, troublant même notre écoute. Mais, Elsie n'entend rien, elle reste sourde aux pleurs de son enfant. De l'extérieur, rien ne laisse présumer qu'elle feint de ne pas entendre. Interpellée par les cris du nourrisson et quasiment captive de ce contre-transfert parallèle, l'idée nous traverse d'offrir à Elsie la possibilité de prendre avec elle le bébé voire de le nourrir durant l'entrevue. Mais, dans cette ambiance peu favorable à toute intervention, des questions fusent dans notre for intérieur : Faut-il interrompre la mère, dont les pleurs sont à peine contenus, pour nous tourner vers le bébé? Faut-il aux yeux d'Elsie répéter le scénario de l'hôpital, briser le cadre, à la faveur du nouveau-né? Comment aider cette mère à répondre à son bébé et à réaliser ce qui se passe en dedans et autour d'elle, délicatement, sans s'immiscer dans ses affaires et sans la blesser? Une fois de plus nous sommes dans la situation de choisir entre Elsie et sa fille, comme si inconsciemment elle nous plaçait dans cette position. Après quelques hésitations, nous cédon à l'attitude captative d'Elsie, espérant que le père console la petite, qui finit par s'apaiser.

Cette séquence qui nous tourmente, nous renseigne sur la surdité psychique de la mère encore toute troublée par ses sentiments étranges et les circonstances entourant la mise au monde de son enfant. Par ailleurs, dans une optique centrée sur le bébé, nous réalisons que ce choix de nous tourner vers la mère est, à la rigueur, une violence faite à l'enfant. Mais, la possibilité pour Elsie de déposer en nous le poids de sa souffrance, en nous confiant, en toute impunité, ses inavouables sentiments, n'aura-t-elle pas pour effet de créer chez elle une disponibilité même éphémère envers son bébé? Cette hypothèse, non vérifiée, qui pourrait être aussi un vœu, demeure et nous rassure un peu tandis qu'Elsie continue son récit.

Elsie : « L'infirmière a pris le bébé qui était sur moi... mon conjoint faisait juste la regarder et pleurer. Je n'avais pas de notions, n'ai pas eu conscience, ne comprenais pas ce qui se passait autour de moi parce qu'il y avait du va-et-vient. Je ne faisais pas le lien encore, et même après un mois j'ai de la misère à expliquer ce que je venais de passer et ce que je voyais, de la misère à faire le lien, beaucoup de difficultés. Ce que je voyais là était en dedans de moi et c'est ce qui a fait que j'étais épuisée, vidée,

j'ai encore bien de la misère avec ça. Mes premiers sentiments étaient que ce n'était pas mon enfant... pas à moi... c'était le bébé d'un autre. Elle ne dépendait pas de moi... ce n'était pas moi la mère. Je l'ai vue juste le lendemain... pour l'allaiter. Je l'avais dans les bras, ne comprenais pas, à l'hôpital c'est vraiment étrange comme... je la regardais, elle tétait son lait, ce n'était pas mon enfant, ce n'était pas à moi. C'est une chose qui commence, va finir vite, ne durera pas... Je me disais qu'elle allait dépendre de moi..., je n'ai pas aimé cela... j'ai peur de ce genre de monde là... cela m'a pris un peu de temps à me dire que c'est mon enfant. J'ai encore un peu de misère, de la misère à me dire que cela va être une partie de ma vie... qu'elle va être là tous les jours, que son éducation c'est moi, mon mari et le monde alentour qui allons la faire, j'ai beaucoup de misère, de difficultés avec cela... cette première tétée je la redoutais un peu, me demandais ce qui allait se passer, si elle allait manger. Le contact que j'ai eu avec elle était comme si une étrangère était dans mes bras. Je me disais... qu'après le sein... je ne la verrais pas. Il n'aurait pas fallu que je l'aie dans la chambre... J'aurais déprimé... cinq à dix minutes c'était amplement suffisant... un petit peu à la fois, c'était correct... ils venaient me la porter, je n'avais pas le choix... Il y a tellement d'affaires qui se passent dans ta tête... j'avais hâte... de la voir, de l'examiner... Je pensais des fois qu'elle pourrait mourir. Je me disais qu'elle allait avoir une maladie et allait mourir... au cours d'une des premières journées, si on était venu me dire qu'elle est décédée, cela aurait été un soulagement. Peut-être qu'inconsciemment je savais ce qui s'en venait, parce qu'un enfant... c'est vraiment une attention totale. Je pensais qu'à un moment elle allait mourir, cela aurait été un soulagement pour moi : elle a une maladie et va mourir... C'est sûr que je ne comprends pas, j'ai de la misère à comprendre, avoir voulu qu'elle soit tellement en santé et penser cela après, j'ai de la misère à comprendre. Je pense encore aux maladies, le cancer, la leucémie, la sclérose en plaque, cela me rend triste, j'ai peur... mais je ne pense plus qu'elle va mourir... J'avais choisi de lui donner le sein, mais le lien qu'ils disent exister entre la mère et l'enfant, le lien maternel, je ne l'ai jamais ressenti. Même encore j'ai un peu de misère. Ils disent que tu te sens plus proche de ton enfant, j'ai un peu de difficulté à me rentrer cela dans la tête. Pour moi, l'allaitement c'était point de vue économique, pas de bouteilles ni lait maternisé, aussi parce qu'elle n'aurait pas de coliques. Mais le contact mère enfant, je n'ai pas eu ce sentiment-là. Je pourrais tout aussi bien lui donner

du lait maternisé, cela ferait la même chose. Je ne sens pas le lien... elle a faim... je la nourris. Point de vue maternel, je ne me sens pas du tout mère. Mon bébé c'est comme si c'était... c'est bête à dire, mais comme un chien. Un chien que tu viens d'acheter, quelque chose de nouveau que tu as dans la maison, ce n'est pas une attraction mais pas loin... J'ai du lait pour elle, à cause d'elle, sans elle je n'aurais pas de lait, donc je lui donne seulement ça... le temps que cela va aller... Mais, je ne la sens pas, je ne me sens pas en contact avec elle, je la mets au sein sans rien ressentir, cela va peut-être venir un jour, je ne le sais pas... Elle tête, pour l'instant, comme je mettrais un petit chiot au sein. Mais oui, c'est comme un chiot... Elle ne pleure pas, quand elle a faim elle crie, je la mets au sein, toutes les quatre heures, c'est tout. Elle ne pleure jamais c'est cela le pire. »

L'enfant est vécu comme un étranger, un intrus, objet d'une haine à neutraliser, traité avec une morne indifférence plus nocive encore que des coups. Les avatars de la souffrance maternelle s'inscrivent déjà dans la biographie à peine ébauchée de Désirée. Le comportement de cette mère, qui vit seule toutes ses angoisses, fait ressortir la très grande importance de l'entourage médical et familial pouvant faciliter, lors de la mise au monde, l'ébauche des liens mère-bébé grâce à une oreille attentive, à tout le moins éviter un mauvais départ. Mais une écoute distraite due à un manque d'information peut, tout autant, entraver cette relation lorsque les conflits insoupçonnés de la mère, son histoire personnelle inconnue barrent inconsciemment la voie à un échange adéquat mère-bébé, à l'amour maternel. Encore que chez Elsie, il semble peu probable que la meilleure compréhension pourra gommer son indifférence pour la centrer sur son bébé. Il ne suffit pas de mettre au monde pour devenir psychologiquement mère (Deutsch, 1949b, 284; Racamier, 1967, 26). Elsie, au bout d'un mois ne sait toujours pas ce que représente pour elle cet enfant. Aussi, dans son incapacité à s'investir comme mère et à investir son bébé, projette-t-elle à l'extérieur son conflit intrapsychique rendant le milieu coupable de ses états d'âme mortifères.

Elsie : « ... Elle ne représente encore rien pour moi dans le moment, c'est une présence dans la maison qui a besoin de moi c'est tout. Je ne me suis pas encore cataloguée comme parent, j'ai bien de la misère avec ce mot que je ne comprends pas encore. C'est drôle à dire, mais je pense que si elle tombe malade... oui, c'est la maladie qui va m'aider un jour à me sentir mère. Je ne le sais pas mais je le crois. »

De telles femmes troublées en elles-mêmes par ce manque d'amour, ressentent de la culpabilité, deviennent anxieuses, ce qui risque d'entraîner de l'insécurité

envers l'enfant (Benedek, 1949). Selon Winnicott (1969, 168-174), lorsque tout se déroule bien, la nouvelle mère, au cours de cette période qui dure quelques semaines après la naissance, se trouve dans « un état très spécifique », une condition psychologique durant laquelle elle est temporairement centrée uniquement sur son bébé à l'exclusion de tout autre intérêt, formant avec son enfant une unité absolue qui la coupe du monde extérieur et qu'il nomme « préoccupation maternelle primaire ». Ce que Green (1975) nomme « folie maternelle normale ». « C'est bien lorsque cette « folie » n'apparaît pas qu'on a lieu de soupçonner une carence inquiétante » (Green, 1990, 182). Ce lien fusionnel, cette communion indispensable à la survie du nourrisson, surtout lors de l'allaitement, représente une sorte de tremplin, « un cordon ombilical psychologique » entre la rupture de l'unité biologique et l'autonomie du nouveau-né (Deutsch 1949a, 231, 244). L'interaction incessante entre la mère et l'enfant continue ainsi durant la période néonatale, comme si le début de la vie extra-utérine prolongeait l'existence in utero arrêtée trop tôt. Chez Elsie, tout se passe autrement, la coupure du cordon ombilical entraîne une rupture relationnelle, comme une suite naturelle de l'histoire femme fœtus vécue entièrement sous le signe de l'angoisse et de l'ambivalence.

Quelle fin pour ce bébé?

Après un mois de transactions avec son bébé, cette mère est incapable de réaliser sa nouvelle situation, ni de considérer Désirée comme le fruit de son utérus, ce qui reflète non plus un déphasage émotionnel éphémère, mais un échec de la maternalité que renforce même un vœu inconscient de mort pour ce nourrisson. Pas de « préoccupation maternelle primaire », pas de « communication émotionnelle ». Dans la complète ignorance des besoins affectifs réels et importants conflits de la femme, l'attitude du personnel, désireux de soulager l'accouchée en gardant le bébé à la pouponnière, accentue la distance mère-nouveau-né et contribue à barrer la voie à l'éclosion de l'amour maternel. Si les relations au conjoint et à la mère de la femme demeurent les deux principaux domaines susceptibles d'ébrécher le développement d'un amour maternel (voir à ce sujet Racamier, 1979c, 32), des facteurs importants concourent à la réussite de la maternalité en renforçant la « bonne image » de mère, faisant ainsi triompher l'amour sur la haine (Racamier, 1979b, 202). Tels sont entre autres : le soutien d'un substitut maternel, celui de l'accoucheur sachant valoriser la maternalité et prévenir les craintes, l'accueil chaleureux du lieu de l'accouchement... (Deutsch, 1949c, 215; Racamier, 1979b, 201). Elsie se plaint de l'indifférence du personnel et de sa famille à son égard, peut-être se sentirait-elle moins désemparée en étant mieux entourée?

Le potentiel maternel a été mal amorcé chez cette mère fragile séparée de l'enfant au moment où elle est le plus profondément sollicitée, c'est-à-dire au début de la vie de Désirée dont elle a peur. Dès lors, des conflits importants ont envahi, comme des ronces, le jardin à peine bourgeonnant de l'amour maternel dont les fleurs s'étiolent avant même d'éclore. Un comportement encourageant et

valorisant peut favoriser la résolution d'une crise éphémère. En effet, en dépit de ses dispositions maternelles, une femme, peu sûre d'elle, est réceptive aux pressions négatives, mais elle est bien plus sensible encore à un soutien positif et puissant (Racamier, 1979b). Malheureusement, la cohabitation mère-nourrisson, qui devrait favoriser l'attachement, est parfois ressentie comme une entrave à la bonne marche du service hospitalier et suscite une certaine résistance de la part du personnel. Dans le cas d'Elsie, cependant, un fort doute demeure quant au fait qu'un encadrement plus affectueux et la cohabitation mère-nouveau-né suffiraient, seuls, à la résolution, même partielle, du conflit et à l'établissement du lien mère-bébé qui ne se fait pas encore. Au moment où les angoisses démesurées sonnaient l'alarme durant la grossesse, le dépistage précoce de leur éventuelle signification aurait nécessité une prise en charge thérapeutique visant à poser les jalons des premiers liens mère-bébé, à les amorcer, en tout cas à atténuer l'ampleur de la crise. Alors, dans la rencontre de la mère avec l'enfant réel, ce suivi, en concordance avec un milieu environnant mieux averti des difficultés de la parturiente, donneraient peut-être préséance à Éros sur Thanatos.

Une infinie (in-finie) tempête

L'orage qui gronde toujours dans le cœur d'Elsie, confirme les signes avant-coureurs d'agénésie maternelle dont personne n'a semblé apprécier l'ampleur, bien qu'ils aient marqué toute la grossesse du sceau de l'angoisse et de peurs démesurées. Cri sourd de détresse non entendue, non capté par le personnel, peut-être en raison d'une connaissance insuffisante des diverses manifestations psychologiques liées à la maternité. En effet chez toute femme, bien adaptée, existent des conflits normaux éveillés par la mise au monde considérée comme une étape de développement qui, grâce à l'empathie pour le bébé, aide à progresser. La régression normale est suivie d'une progression après la naissance qui s'amorce dès la fin du troisième trimestre. Cette régression qui se trouve liée à la dynamique personnelle, est aussi associée à l'institution. Ainsi, dans le cas d'Elsie, le personnel se tourne à bon droit vers Désirée, au détriment de la mère désemparée qui aurait voulu qu'on vienne davantage à elle, attitude qui entrave le lien mère-bébé. L'acceptation affectueuse, même insuffisante, de la régression d'Elsie l'aiderait quelque peu à être à l'écoute de son nouveau-né et atténuerait, sans doute, l'agénésie de sentiments maternels qui soumet Désirée à toutes sortes de risques, dont le plus important est celui de ne pas être aimée ou d'être mal aimée. Dans le désespoir et l'impuissance de la mère face à la détresse de l'enfant, il est possible de sentir le désespoir et l'impuissance du personnel face à la souffrance psychologique de la mère devenue, à son tour, sourde aux pleurs de son bébé.

Sa détresse se mesure au torrent de larmes qui par moment inondent son visage malgré ses efforts pour les arrêter et sa vigilance pour ne pas être surprise par son conjoint qui circule non loin. Tout au long de ce dialogue, cette grande femme, bien bâtie, d'allure solide, éveille en nous l'envie de la consoler comme son

nourrisson, de la bercer comme un enfant, bref un contre-transfert maternel. Nous restons disponible pour elle, soucieuse de ne pas l'écorcher davantage et notre écoute demeure particulièrement attentive, ponctuée de longs silences dont Elsie a su tirer profit s'il faut les mesurer à l'aune de ses insistants remerciements. Elsie semble percevoir notre silence comme une ouverture, un espace où déposer une parole chargée de mots lourds, indicibles, dont la résonance est inaccessible à l'entourage car «une mère ne peut qu'aimer un nouveau-né sain...» Encore aujourd'hui nous nous soucions de l'évolution de ce duo mère-bébé et peut-être que la décision de publier de larges extraits du verbatim, comme pour sonner l'alarme, constitue un passage à l'acte qui s'inscrit dans une tentative de réparation face à cette mère qui dit une souffrance que d'autres vivent pareillement mais n'osent peut-être pas avouer. Nous croyons que le pédiatre, au cours des rituels autour du bébé aura décelé les difficultés de cette mère en détresse afin de l'orienter vers une démarche thérapeutique, projection de nos propres désirs. Nous sommes toutefois assurée qu'Elsie compte dans son entourage des gens averties pouvant la diriger vers des ressources adéquates, si les choses devaient se détériorer.

Le vécu d'Elsie, croisée dans des circonstances particulières, soulève autant pour le chercheur que pour le clinicien bien des questions qui ne peuvent être débattues dans ce cadre. Dans quelle mesure un clinicien hors des murs de sa clinique peut-il et doit-il intervenir? L'intervention indirecte auprès du pédiatre, de l'obstétricien, du CLSC serait-elle une forme « d'acting out » plus appropriée? Fallait-il chercher à revoir la mère pour s'assurer de son bien-être et d'une éventuelle « liaison psychique » mère-bébé?... La limite à ne pas franchir est parfois bien mince, elle demande un certain seuil de tolérance à la souffrance, la nôtre et celle des autres.

Le service d'obstétrique rencontrera encore à son insu bien des femmes comme Elsie, mais un regard plus averti l'aiderait à mieux les déceler pour mieux les aider. Le processus menant à un accouchement par voie basse a ravivé, chez Elsie des conflits évoluant à bas bruit et conduisant vers un échec de la maternalité exprimé en sourdine. Nous ignorons toujours le devenir de ce couple Elsie-Désirée. Dans cet in-finie tempête intérieure, espérons seulement qu'Elsie, en devenant l'agent moteur de sa propre vie, rattrapera, à un tournant, le train de l'amour maternel qu'elle a raté à son départ, afin qu'un jour Désirée à son tour le prenne au bon moment.

marie-claude argant-le clair

2212, St Clare
ville mont-royal, qc
canada h3r 2p7

Notes

1. « L'an affectuosité est un déficit... Elle est défaut d'affects vrais, incapacité d'échanges, perte d'aimance, non connaissance d'autrui » (Racamier, 1979a, 53).
2. Nous remercions à cet effet la pédiatre Anne-Claude Bonin de nous avoir si fidèlement proposé les sujets apparemment aptes à former l'échantillon.
3. Traduction libre.
4. Tous les sujets de l'expérimentation ont été rencontrés à leur domicile.
5. Notons dans son discours qu'Elsie compare les filles aux hommes et non aux garçons, comme si le bébé mâle ne saurait être considéré comme un fils ou un garçon, d'emblée il cristallise le conflit d'Elsie avec les hommes, avec ses parents, avec elle-même.
6. Traduction libre.

Bibliographie

- Anzieu, A., 1989, *La femme sans qualité. Esquisse psychanalytique de la féminité*, Dunod, Paris, 1979.
- Argant-Le Clair, M.C., 1992, *Primiparentalité et rites de passage chez des couples québécois et haïtiens*, Thèse de doctorat en psychologie, inédite, Université de Montréal.
- Benedek, Th., 1949, The psychosomatic implications of the primary unit : mother-child, *Psycho-analytic investigations*, Selected papers : the New-York Times Book, 1973.
- Cukier-Hemeury, F., Lézine, I. et Ajuriaguerra, J., 1987, Désir d'enfant, *Psychiatrie de l'enfant*, 30, 1, 59-83.
- Deutsch, H., 1949a, Suite des couches et allaitement : début des relations avec l'enfant, *La Psychologie des femmes : Maternité*, Presses universitaires de France, Paris, 1967, tome 2, 225-255.
- Deutsch, H., 1949b, La relation entre la mère et l'enfant, *La Psychologie des femmes : Maternité*, Presses Universitaires de France, Paris, 1967, tome 2, 256-288.
- Deutsch, H., 1949c, L'accouchement, *La Psychologie des femmes : Maternité*, Presses Universitaires de France, Paris, 1967, tome 2, 176-224.
- Ferrand, M., 1986, Les « bénéfiques » de la médicalisation de la procréation, *Maternité en mouvement Les femmes, la re-production et les hommes de science*, P.U.G./St Martin, Montréal, 171-174.
- Gélis, J., 1987, Préface, *Accoucher autrement*, St Martin, Montréal, 7-15.
- Green, A. 1975, La sexualisation et son économie, *Revue française de psychanalyse*, Paris, 39, 905-918.
- Green, A. 1990, Passions et destins des passions, *La folie privée*, Gallimard, Paris, 141-193.
- Jones, A.D. et Dougherty, C., 1982, Childbirth, in a scientific and, industrial society, *Ethnography of Fertility and Birth*, Academic Press, New-York, 269-290.
- Laget, M. 1986, La détermination des rôles dans l'histoire de l'accouchement, *Maternité en mouvement : les femmes, la re-production et les hommes de science*, P.U.G./St Martin, Montréal, 152-155.
- Lemoine-Luccioni, E. 1976, *Partage des femmes*, Seuil, Paris.
- Nawawi, C., 1980, Le père... Une présence, *Désir d'enfant, refus d'enfant*, Stock-Pernoud, Paris, 105-114.
- Piché, D., 1987, Le lieu de l'accouchement : passé, présent, avenir, *Accoucher autrement*, St Martin, Montréal, 317-342.
- Quéniart, A., 1987, La technologie : une réponse à l'insécurité des femmes?, *Accoucher autrement*, St Martin, Montréal, 213-235.
- Racamier, P.C., 1967, Troubles de la sexualité féminine et du sens maternel, *Bulletin de la société française de psychoprophylaxie obstétricale*, 31-41.

- Racamier, P.C., 1979a, La pathologie frustrationnelle, *De psychanalyse en psychiatrie*.
- Racamier, P.C., 1979b, La maternalité psychotique, *De psychanalyse en psychiatrie*, Payot, Paris, 193-242.
- Racamier, P.C., 1979c, Les frustrations précoces : étude clinique, in :De psychanalyse en psychiatrie, Payot, Paris, 15-35.
- Renaud, M., Doré, S., Bernard, R., Kremp, O., 1987, Regard médical et grossesse en Amérique du Nord : L'évolution de l'obstétrique prénatale au 20ième siècle, *Accoucher autrement*, St Martin, Montréal, 180-212.
- Winnicott, D.W., 1969, La préoccupation maternelle primaire, *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Petite bibliothèque Payot, Paris, 1990, 168-174.