

Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 85 (1987)

Heft: 9-10

Artikel: Réflexions sur le desir d'enfant et sa gestion dans le couple : intégration dans l'accompagnement et le conseil professionnels

Autor: Lemièrè-De Vita, Stefania

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-950696>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 26.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>



Lesetip

«Wandel der Familienbildung in Westeuropa»

François Höpflinger
Campus Verlag, 1987, Preis: Fr. 33.10

François Höpflinger ist Privatdozent an der Universität Zürich. Er leitet soziodemographische Forschungsprojekte unter dem Thema «Wandel der Familienbildung».

Die Geburtenhäufigkeit in den westeuropäischen Ländern sank auf zum Teil historische Tiefstwerte. Höpflinger vergleicht 17 westeuropäische Länder miteinander und stellt einen Zusammenhang fest zwischen der Kultur und der Struktur eines Landes und seiner Familienbildung.

Der Autor schält verschiedene Ursachen heraus, die zu einem veränderten Kinderwunsch und zu einem neuen Familienverständnis führten. So geht er zum Beispiel den Auswirkungen folgender Einflüsse und sozialer Lebensmuster auf die Familienbildung nach:

- *Ausbildungssystem und Familienbildung*
Ein hohes Ausbildungsniveau verhindert eine Familienbildung nicht, verzögert sie jedoch.
- *Frauenerwerbstätigkeit und Familienbildung*
Berufstätige Frauen haben weniger Kinder, und umgekehrt sind Frauen mit Kindern weniger häufig berufstätig. Höpflinger geht der Frage nach, warum sich die Berufstätigkeit der Frau negativ auf die Fertilität auswirkt und sich schlecht mit einer Familienbildung zu vereinbaren scheint.
- *Arbeitslosigkeit und Heiratsverhalten*
Verschlechterte wirtschaftliche Bedingungen und ein Sinken der Arbeitsmarktchancen beeinflussen die Familienbildung.
- *Religion und Familienbildung*
Höpflinger zeigt, dass nicht ausschliesslich moralische und religiöse Elemente dafür verantwortlich sind, dass in katholischen Gebieten die Geburtenhäufigkeit erhöht ist.
Viele andere Faktoren sind ebenfalls mitbeteiligt an einer verzögerten Familienbildung und dem Geburtenrückgang, wie zum Beispiel auch die *Verbreitung nicht-ehelicher Formen partnerschaftlicher Verbindungen* und die zunehmend vorkommende *selbstgewählte Kinderlosigkeit*.
Am Schlusse des Buches hält Höpflinger in einem «Ausblick» fest, dass sich die Familienbildung in einem Wandlungsprozess befindet. Voraussagen können nur beschränkt gemacht werden. Die Geburtenentwicklung ist grossen Fluktuationen ausgesetzt, die von verschiedenen Seiten herausgelöst werden können. bl

Réflexions sur le désir d'enfant et sa gestion dans le couple:

Intégration dans l'accompagnement et le conseil professionnels



Exposé
de Stefania
Lemièr-De Vita,
psychologue,
éducatrice
pour la santé,
Genève

L'équation mariage-procréation est étayée par le fait qu'un couple marié avec des enfants constitue une «vraie famille», naturelle et complète. Ce modèle, même loin d'être partagé par tous les jeunes couples, est conforme aux normes de notre société.

Dans toute civilisation et ethnique, le fait d'avoir des enfants est hautement valorisé: ils sont vus comme source de satisfactions émotionnelles et affectives, d'intérêt et de nouveauté dans la vie tant qu'ils sont dépendants des parents. Une fois ces derniers âgés, les enfants représentent la continuité filiale dont on attend soutien et sécurité psychologique, morale et matérielle.

Synthèse des approches les plus importantes de l'origine du désir d'enfant

H.Deutsch, en 1945, relève une différence fondamentale entre les deux sexes, en reconnaissant que l'acte sexuel remplit simultanément deux buts: la satisfaction de la tension sexuelle et la reproduction. Ces deux finalités ne recouvrent pas les mêmes significations chez l'homme et chez la femme. Pour l'homme, la fonction reproductive est liée au plaisir sexuel et s'achève avec l'éjaculation. Chez la femme, selon cet auteur, le plaisir sexuel serait une récompense à l'accomplissement de la reproduction; il est très difficile à la femme de séparer sa vie sexuelle de la maternité car celle-ci et son vécu représentent la réalisation de l'ancienne promesse que sa destinée de femme ou les éducateurs lui ont faite quand elle a constaté et accepté sa féminité.

Le désir d'un enfant va au delà de l'enfant même (Fig. 1).

S.Freud affirme: «Le point le plus épineux du système narcissique, cette immortalité du Moi que la réalité bat en brèche, a retrouvé un lieu sûr en se réfugiant chez l'enfant. L'amour des parents, si touchant et, au fond, si enfantin, n'est rien d'autre que leur narcissisme qui vient de renaître et qui, malgré sa métamorphose en amour d'objet, manifeste à ne pas s'y tromper son ancienne nature.» (13; p.96) Un des mérites de Freud a été de démythifier les idéaux de son époque avec une vision réaliste des tensions instinctuelles, pour la plupart inconscientes, qui œuvrent dans l'être humain. Par contre, ses idées sont parfois influencées par la mentalité victorienne, telle la centration sur l'homme et son pénis qui laissent peu d'espace à la femme et à sa sexualité propre.

Après le mythe du désir universel, du phallus et du complexe d'Œdipe, il a formulé le concept du désir d'enfant à partir de la castration féminine. Il parle du moment fondamental que constitue le passage entre l'angoisse de la fillette face au manque de pénis et son désir de le recevoir du père, par le pénis-enfant. Les interdits liés au tabou de l'inceste provoquent le rouflement de la relation œdipienne et le développement de la capacité hétérosexuelle adulte. Freud a énoncé que c'est la découverte du vagin au moment de la puberté qui marque l'accès à la vraie féminité.

Le père de la psychanalyse ne modifie ses positions qu'en 1940, où il postule que le désir d'enfant est «asexuel», ou mieux, pré-œdipien. Ce désir aurait son

«En moi (ANY), il y a le vide (AYN).
Dans tout être, son manque
(qui n'est pas le néant)
compte plus que son plein.
Ce n'est pas la suffisance qui fait
notre valeur,
puisque c'est le **manque**, qui nous
a fait,
hommes et femmes,
êtres de désir.»

(B. This [29; p. 233])

Fig. 1

origine dans l'identification normale et universelle à la mère: garçons et filles désirent être comme la mère, détentrice du pouvoir de maternité, et désirent par la mère elle-même un enfant.

A partir de 1920, plusieurs analystes ont discuté les théories de Freud. Parallèlement devenait croissant l'intérêt porté aux crises précoces dans le développement et aux fantasmes de grossesse chez les deux sexes: Abraham, par exemple, a mis en évidence l'envie du sein en analysant les fantasmes de procréation chez un patient.

M.Klein, en se centrant sur l'agression, a souligné l'envie vers la mère nourricière. Elle affirme que l'homme peut satisfaire ses désirs féminins précoces par une bonne relation avec une femme: il se réalise en assumant le rôle de père, tout en s'identifiant à la mère et à l'enfant, ce qui lui permet de satisfaire son désir de possession du sein de la mère et des pouvoirs magiques de la femme.

Dans les années 40 plusieurs analystes ont critiqué, plus ou moins vivement, la vision freudienne dichotomique actif-masculin, passif-féminin.

Parmi eux, Fromm et Zilboorg ont remis en question l'accent androcentrique de Freud et le préjugé occidental de l'infériorité de la femme, défense de l'homme contre l'angoisse mêlée d'envie vers la capacité de la femme à enfanter. On étudia l'universalité des courants maternels enfouis dans l'identité psychosociale des garçons et des hommes. B.Bettelheim (3) a soutenu que les rites d'initiation ont la fonction d'intégrer l'envie portée aux femmes, à accepter l'identité sociale, à abandonner le désir de grossesse. Cela contre l'opinion de Freud qui considérait la circoncision chez les adolescents comme une menace de castration par une paternité culturelle et collective.

C'est surtout S.J.Kestenberg (1956) qui a essayé de révolutionner la théorie psychanalytique du développement sexuel, avec ses notions de phase génitale interne et de sentiment maternel présents et chez les garçons et chez les filles.

Depuis, les théories analytiques de la sexualité féminine ont eu comme point de départ la question discutée des sensations vaginales précoces: elles seraient le vecteur biologique de la maternité, en substitution de l'instinct animal. Des poupées peuvent être, à un certain moment du développement de la petite fille, des objets transitionnels, représenter mère et enfant, et aussi combler le manque de constance des sensations vaginales, uniques références concrètes à un probable «organe interne».

En effet, le bébé garçon, dans la

deuxième moitié de la première année, découvre l'organe génital et sa perception visuelle aisée contribue à le reconnaître comme faisant partie du corps propre. Chez le bébé fille, à cause de la localisation interne de l'organe génital, la découverte advient plus tard et les sensations vaginales et rectales se confondent. C'est à ce stade que s'élabore la théorie infantile de l'accouchement anal. La fillette développe le contrôle sphinctérien avant le garçon, cet acquis lui permet non seulement de retenir les produits fécaux, mais aussi de stimuler ses organes génitaux et de fantasmer sur un enfant anal produit par elle-même. C'est le début d'aspects de rétention, du «tenir dedans» concernés lors de la grossesse. Les aspects anaux et urétraux d'expulsion serviront comme modèle psycho-physiologiques liés à l'accouchement.

Les fantasmes d'incorporation et de pénis caché à l'intérieur du corps représentent des jalons importants vers la féminité et l'acceptation du vagin. En passant par une phase de jalousie et de compétition avec la mère pour la possession du père, en renonçant au désir du pénis et en espérant enfanter, la fille se rapproche ensuite du père sans ambivalence. Le complexe d'Œdipe se termine par la déception donnée par le père qui repousse la fillette. Elle entre ainsi dans la phase de latence par des frustrations reçues par les deux parents. A la puberté il y a la réactivation des conflits avec l'admission de l'ouverture vaginale en tant que partie du corps propre: le vagin est réellement découvert et investi.

Une autre analyste qui a recherché les origines de la fonction reproductrice est Th.Benedek (2): elle met aussi l'accent sur les facteurs physiologiques en jeu. La fonction reproductrice chez l'homme est réglée par un seul groupe d'hormones, les androgènes, et elle s'accomplit dans l'éjaculation.

Chez la femme, par contre, cette fonction se déroule en trois phases, le long du cycle menstruel.

En termes de reproduction, le rapport hétérosexuel n'est qu'un acte de préparation et la gestation et le maternage constituent les deux autres moments fondamentaux de la maturité psychosexuelle et reproductrice de la femme. Cet auteur constate que l'organisation pulsionnelle qui motive la grossesse et l'allaitement n'est pas génitale dans le sens prêté au comportement de l'accouplement. C'est pour cela que Benedek a mené une recherche spécifique sur le déroulement par phases des fonctions reproductrices féminines en observant des femmes en analyse (contenus des rêves) et en comparant ces résultats avec les données physiologiques (frottis

vaginal, courbe de température basale). Elle a remarqué que parallèlement au cycle ovarien, se développent des tensions psychodynamiques et elle émet l'hypothèse que par l'analyse des observations en consultation analytique l'on peut prévoir le moment ovulatoire. Avec les œstrogènes, la femme a une tendance active vers l'Objet, tandis que sous l'effet de la progésterone cette tendance se révèle passive et réceptive. Cette intégration des tendances psychodynamiques est manifeste lors de la phase ovulatoire, caractérisée par une sensation de chaleur. L'ovulation advenue, la tension descend et la dernière partie du cycle est caractérisée par une tendance passive. Ce contenu psychologique peut être défini comme une préparation émotionnelle à la maternité.

Selon Benedek, le schéma psycho-physiologique de la corrélation cycle ovarien-organisation pulsionnelle est inné.

Jaffe (1968) affirme que l'origine du désir de la fonction procréatrice de la femme chez l'homme est non seulement liée aux expériences infantiles, à l'histoire individuelle, mais aussi des apports culturels: par exemple la définition plus ou moins rigide du groupe d'appartenance, des rôles sexuels des individus, hommes et femmes.

D'autres auteurs ont souligné les aspects psychologiques liés aux attitudes, motivations et valeurs vis-à-vis de l'enfant. Par exemple Rabin et Green (1968) ont dégagé quatre catégories principales de motivation à la parenté:

- Motivations altruistes (dévouement, don de soi, protection, etc.)
- Motivations fatalistes (fatalité, obligation de par notre condition humaine, etc.)
- Motivations narcissiques (continuation de soi, réalisation de soi, prestige, etc.)
- Motivations instrumentales (aide-collaboration, sécurité pour plus tard, etc.).

La grossesse est le lieu de la mise en chair d'un désir qui tient toujours compte des motivations inconscientes et conscientes

C'est aussi le lieu de rencontre de toutes les lignes de force de l'évolution de la personne. Devenir père, devenir mère, quelles significations?

J.Guyotat (15; p.110) affirme: «Le lien de filiation ... n'est pas seulement celui qui unit un fils (ou une fille) à ses parents (géniteurs ou adoptifs), mais celui qui fait de lui un descendant des pères et des mères du lignage.»

Admis par les caisses-maladie

Pulmex[®] Baby

Bals. peruvian., Ol. aether.

pommade destinée aux nourrissons
et aux enfants en bas âge.

Pulmex Baby n'irrite pas
la peau délicate du nourrisson.
Appliqué matin et soir
en frictions légères sur le haut
du dos et de la poitrine,
Pulmex Baby combat les refroidissements,
bronchites, rhume et toux.

Le prospectus d'emballage
vous donne les informations détaillées
et le mode d'emploi.




Zyma

Cette référence aux générations précédentes dans le processus de filiation a été observée de très près par G. Delaisi de Parseval auprès d'hommes qui deviennent pères pour la première fois (les «primipères», statut aux implications particulières et pour le père et pour l'enfant): la signification entre le jeu des générations et la première naissance est appelée «l'axe vertical ou généalogique» de la filiation (11; pp. 176-189). Sur cet axe, au niveau inconscient, sont possibles plusieurs permutations entre les différents individus en jeu, où l'aspect temporel est plus ou moins modifié: devenir père rend l'homme adulte comme ses parents et c'est rendre grand-père son propre père, «en ce sens concevoir un enfant, c'est donc, quelque part, remplacer son père, le tuer symboliquement ou lui permettre de mourir». (11; p.177). D'une façon inverse, lors de la mort du père, devenir père peut être aussi la façon de le faire renaître ou encore, lors d'enfants morts dans la fratrie, donner un enfant au père de son vivant (cet enfant prend alors la signification d'enfant de remplacement / cf. 16).

L'exemple qui suit, permet de mieux comprendre la tragédie qui peut caractériser la vie de cet enfant, sans une place vraiment à lui dans le désir de la mère.

Jeanne veut son premier enfant dès la mort brutale de son père. Elle en espère consciemment un dérivatif à la dépression qui suit, pour elle et pour sa mère, cette disparition. Alexandra naît très prématurément; puis elle grandit peu. A 4 ans, elle est autiste et semble évoluer vers la débilité. Jeanne est profondément remuée, moins par l'état de sa fille, dont elle minimise les troubles que par la remémoration des derniers jours de son père, de sa mise en bière à laquelle elle a participé et qu'elle évoque avec beaucoup de gêne (elle a vraisemblablement eu la tâche de l'habiller). (6; p. 70)

Il est à relever le peu de considération donnée dans la littérature au père qui a un enfant, à son rôle pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum de sa femme. Même au niveau linguistique on remarque cette absence: ni en français ni en italien il n'y a de mot qui ait la même signification que l'anglais «expectant father». Racamier (24) a proposé le terme de paternalité «pour désigner les processus psycho-affectifs survenants lors de la période du devenir père.

Il est pourtant vrai que dans les sociétés judéo-chrétiennes un changement est en train de se faire dans les attitudes envers le père «qui attend»: malheureusement cette évolution est assez lente, faute surtout d'une prise de conscience du corps médical qui à l'ordre symbo-

lique de la parentalité préfère l'ordre biologique.

Un autre pôle d'élaboration de la paternité est «l'axe horizontal ou siblings» (fratrie, classe d'âge), ce que G. Delaisi de Parseval nomme «fantasmes latéraux, résultant d'une projection (au sens de la géométrie de l'espace) de sentiments originellement adressés à des frères, des sœurs, des neveux ou des nièces de l'homme qui conçoit (ou qui ne conçoit pas).» (11; p.180) C'est dans cette perspective que l'auteur affirme que «le point où se croisent l'axe généalogique et l'axe des «germains» représente la position réelle du père dans le jeu des générations: Saute aux yeux la comparaison possible avec les observations faites sur le désir d'enfant chez la femme (qui s'inscrit, lui aussi, dans un «registre dominant tantôt œdipien, tantôt narcissique.» [...] «Certaines stérilités tiennent d'impossibilité de donner vie à un enfant qui prendrait sa propre place.» (9; p. 69)

M. Bydlowski synthétise ainsi les versants intervenant dans toute grossesse: le versant narcissique, le versant hétérosexuel (l'enfant du désir incestueux, œdipien) et le versant homosexuel, dans la référence au parent du même sexe: «en enfantant une femme rencontre et touche sa propre mère, elle la devient, elle la prolonge en se différenciant d'elle». (6; p. 64)

Toute grossesse est porteuse d'une ambivalence fondamentale «je veux et je ne veux pas». En général un bon compromis est trouvé, également entre les plans conscients et inconscients. L'échec de cette cohésion est souvent observable dans l'éventail de la pathologie gynéco-obstétricale: grossesses pathologiques, fausses couches répétées, morts néo-natales, infertilités.

Très souvent, le premier enfant signifie symboliquement le règlement de la dette envers sa propre mère: «Comme si la vie n'était pas un cadeau gratuit, mais portait en soi l'exigence de rendre ce qui a été transmis et de reconnaître que le don de la vie est promesse de mort. Ainsi, la dette prend corps dans le corps de l'enfant.» (9; p.66) car «conduire à terme une grossesse sous-entend assumer [...] que l'image de la jeunesse que jusque-là le miroir reflétait, se brise pour laisser s'entrevoir un autre reflet, le reflet identificatoire la mère vieillissante, l'approche implicite de sa propre mort. [...] La stérilité permet cette économie, le maintien intact de l'illusion narcissique de l'éternelle jeunesse, le refus de s'inscrire dans une lignée de femmes par non reconnaissance de la dette maternelle.» (9; p. 66-67).

La question de l'ombre, ce double idéal de soi-même, immortel, est un thème extrêmement répandu dans les mythes

et la littérature poétique et romanesque. Lorsque l'héroïne est une femme, la question de l'ombre est toujours celle de sa fécondité. Dans un mythe scandinave, une jeune femme sur le point de se marier et redoutant d'y perdre sa beauté et sa jeunesse a recourt à une sorcière. En échange de son ombre, celle-ci lui supprime d'avance les sept enfants que le destin lui promettait. La sorcière lui dit:

«Tu es l'unique, l'élue parmi des milliers ... tu es celle qui saute par dessus son ombre, celle qui a renoncé aux vaines étreintes de son mari et qui s'est dit: «je suis rassasiée de la maternité avant d'y avoir goûté». Tu es celle qui a choisi d'avoir un corps intact, éternellement svelte et a refusé dans ta sagesse, le ventre abîmé et les seins tôt flétris.»

Dans le récit de von Hofmannsthal, l'héroïne est une fée, un être surnaturel, devenue impératrice par son mariage avec un empereur mortel. Elle peut, grâce à son talisman magique, prendre toutes sortes d'incarnations vivantes, mais elle n'a pas d'ombre et ne peut pas enfanter. Elle saisit brusquement cette liaison lorsqu'elle lit sur son Talisman: «... et sera changé en pierre celui qui ne rachète pas son destin à la terre, avec son ombre» (nicht der Erde mit dem Schatten ihr Geschick abkauft). Elle comprend alors que posséder une ombre signifie pouvoir transmettre la vie puisque ... «c'est avec son ombre qu'on rembourse à la terre sa dette d'existence» (Es ist das Schattenwerfen, mit dem sie der Erde ihr Dasein heimzahlen) (6; p. 66).

Par ailleurs, lors de conception, de naissance à la date de la mort d'un parent, Bydlowski observe «que la problématique de la perte soit celui de l'inceste ou celui du narcissisme, dans les deux cas il s'agit des avatars du travail du deuil. Le travail intrapsychique est évité; la mise en acte, la mise dans le corps vivant vient s'y substituer.» (6; p. 71).

Marie a toujours connu sa mère malade. Fille unique, elle est née par le siège, et depuis cette naissance, sa mère souffre de troubles gynécologiques puis d'un cancer utérin. Le jour où Marie apprend la fatale prévision qui pèse sur sa mère, elle a ses règles: d'émotion, elles disparaissent pour ne pas revenir. Sa mère finit par mourir un 10 juillet. Après un long traitement, Marie conçoit le 10 juillet de l'année suivante un enfant qui naît et meurt le 2 avril. Deux ans plus tard, elle conçoit de nouveau, un 2 avril. En cours de grossesse, elle retrouve et revit le sentiment douloureux d'avoir par sa naissance lentement tué sa mère. Elle la revoit répétitivement en rêve dans des situations quotidiennes. Elle donne vie à une fillette qu'elle prénomme comme elle. (6; p. 72).

C'est bien d'un deuil en travail ou en gestation, qu'il s'agit chez Marie. Ailleurs, il y a la négation du travail de deuil, littéralement il n'y a plus de cadavre ... mais l'enfant, lui, est très mal parti ... comme certains enfants autistes qui n'ont pas eu d'autre choix face à l'absence d'une place pour eux dans le discours de la mère. Fig. 2)

Dans le «crescendo» de la gestation, l'approche de la fin de la grossesse pose à la femme l'anticipation de la séparation et de l'affrontement inévitable de l'épreuve de réalité entre «l'enfant réel» et «l'enfant imaginaire». Ce dernier est défini comme «celui que toute femme, même la plus sincère dans sa dénégation de maternité, vient un jour à désirer». Il est l'enfant manquant à l'appel de celles qui par d'assez nombreuses maternités ont comblé leur désir de procréation mais non leur désir d'enfant. Il est «l'enfant suivant» dont rêve presque toute accouchée devant son nouveau-né vivant. Il est l'enfant supposé tout accomplir, tout réparer, tout combler: deuils, solitude, destin, sentiment de perte. Le désir d'enfant peut être entendu comme le lieu de passage d'un désir absolu. L'enfant qui se développe dans le corps au cours d'une grossesse reste d'ordre imaginaire. Cette élaboration imaginaire, indispensable pour la construction des liens précoces mère-enfant, peut être parfois dérangée; par exemple par une échographie présentée comme «la photographie du bébé». L'enfant prématuré, séparé immédiatement de sa mère, n'a pas de corps figuré dans son discours: le deuil de l'enfant imaginaire n'a pas pu être achevé. Dans certaines cultures une attention très grande est donnée à la délivrance: le placenta est une partie de l'enfant, son double symbolique qui va rejoindre la terre ou bien qui sera mangé par la mère ... rituels archaïques dont ont découvert aujourd'hui la signification et la richesse. Le passage entre le statut d'épouse et celui d'épouse-mère passe donc par la représentation de l'enfant réel comme Autre. Le père en ce moment joue un rôle essentiel, dans la mesure où sa femme le lui permet.

C'est avec la nomination de la part du père que l'enfant peut se référer aux deux parents, individus différents: «Absent du corps à corps de la reproduction le père va fondamentalement transmettre, par son patronyme, son histoire et son sens. [...] Mais ce nom ne lui appartient pas, c'est le nom de sa lignée ... Il ne le choisit pas, il n'y peut rien: ce nom le dépasse, il le précède et va le suivre, il l'inscrit et l'enfant avec lui dans l'ordre symbolique.» (6; pp.89-91).

La paternité se réfère toujours à la nomination. Dans l'Évangile de Saint Luc (ch.

«Être **parent** c'est savoir prendre **part**, **partager** ensemble, se **séparer** sans abandonner, **participer**, jouer son rôle dans la **partition** de la vie, au cœur d'une **parturition** qui **répartit** aux différents **partenaires** un même risque de mort, la vie étant risquée dès le **début**.»

(B. This [29, p. 223])

Fig. 2

l) est décrite la nomination de Jean (le Baptiste, annonciateur de la venue du Christ): son père Zacharie retrouve la voix, la Parole, seulement en cette occasion, elle lui avait été prise par l'ange Gabriel au moment de l'annonce de la maternité d'Elisabeth, car il ne la croit pas possible. Cette voix, dans ce cas perdue (et pour les hommes qui attendent un enfant?) est liée au nom du Père: elle le précède dans la relation précocement intra-utérine entre père et enfant. B. This (29) reporte ses observations sur la reconnaissance de la part du bébé de la voix de son père «grave, sécurisante, particulièrement riche en harmoniques et sonorités profondes» (p. 215): voix qui peut calmer l'enfant dès le moment de la naissance, là où même la voix de la mère n'a aucun succès. Cela est possible si cette voix, même quelques mots seulement, ont été associés par le bébé «in utero» avec une situation de calme et de sécurité.

La Parole, le nom du Père, la voix du Père, son souffle de vie, le souffle de vie du Père premier dans la Genèse: mais c'est seulement par la mère que le géniteur devient Père, en fonction de son amour à elle pour lui. (Fig. 3)

Du point de vue médical, des facteurs psychologiques peuvent influencer la fertilité du couple; ces difficultés dans la conception sont observées dans l'inhibition de l'ovulation, le spasme tubaire, des comportements sexuels tels l'impuissance ou le vaginisme.

Le spasme tubaire a été vérifié dans la pratique de l'hystérosalpingographie sans anesthésie: plusieurs femmes en thérapie pour stérilité nous ont raconté que la première HSG n'a pas été considérée valable à cause de spasmes tubaires dus à la tension émotive ou à la douleur. On répétait alors l'examen après la prise d'un calmant ou une légère anesthésie.

En ce qui concerne l'inhibition de l'ovulation, tout le monde connaît les exemples de femmes en prison pour de longues périodes et qui présentent des aménorrhées anovulatoires. Seibel et Taymor (27) s'interrogent sur la façon

dont sont suivis les couples en thérapie pour stérilité: ils proposent que les praticiens considèrent comme nécessaires des moments d'encouragement, d'explication et de soutien aux patients, afin de rendre leur vécu moins stressant autant que possible. En effet, ils ont pu vérifier que les cathécolamines, la prolactine, les endorphines, la sérotonine et les stéroïdes surrénaliens influencent l'ovulation et sont à leur tour influencés par le stress.

En psychiatrie, on peut rappeler l'exemple significatif des grossesses hystériques, où l'influence psychologique sur les mécanismes hormonaux est indéniable. On peut encore citer les cas de stérilité secondaire, après la naissance d'un premier enfant avec lequel la mère noue une relation de type symbiotique (cf. James, in 21), ou les situations de grossesses naturelles inattendues après adoption ou en coïncidences avec des dates de naissances ou de morts significatives pour la femme ou l'homme concernés (cf. 6).

Pasini W. (20) et d'autres auteurs mettent aussi l'accent sur la signification de la stérilité dans le contexte de la dynamique du couple: «Au niveau du couple, avoir un enfant peut être un projet commun ou l'expression du désir d'un des conjoints auquel l'autre s'oppose. De même que la sexualité, la procréation est un territoire de choix pour la gestion des conflits de pouvoir dans un couple.» (p. 8)

Bydlowski constate dans l'anamnèse des femmes stériles, un climat familial détérioré, souvent de réels traumatismes, des abandons. Les psychanalystes de l'école kleinienne font remonter l'inhibition psychosomatique de l'ovulation à une relation patholo-

La naissance

Lieu et temps où l'irréparable l'incontournable est vécu

Lieu et temps où des deuils

- de la mère (pour la femme)
- de l'enfant imaginaire
- de la jeunesse

Lieu et temps, pour la femme, de l'identification charnelle à la mère

Lieu et temps où l'homme et l'enfant sont sur le même niveau pour un court moment

Lieu et temps du passage de génération

Lieu et temps où la vie peut l'emporter sur la mort grâce à la parole

(S. Lemièrre-De Vita; 1987)

Fig. 3

gique à la mère rendant problématique l'acquisition de l'identité féminine.

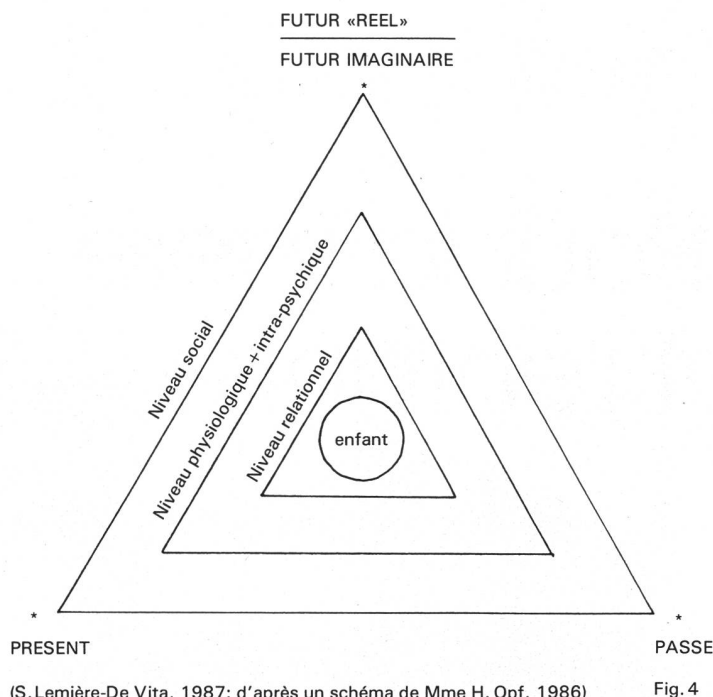
Pour Th. Benedek (2), la femme stérile maintient son équilibre psychosomatique en ne devenant pas enceinte: Une recherche effectuée à l'Unité pour soins de la stérilité de Clamart, a mis en évidence l'absence d'un profil psychologique typique ou d'un traumatisme commun à la plupart des consultants mais à chaque fois «La stérilité-souffrance, vient s'inscrire dans un contexte biographique singulier où elle prend son sens sans pouvoir référer à une explication univoque» (9; p. 470).

Le conflit entre un souhait conscient d'enfant et des désirs inconscients contradictoires aboutit au compromis psychique économique qu'est la stérilité; cela fait conclure aux auteurs que «la souffrance ne provient pas de la stérilité. La stérilité témoigne de la souffrance» (9; p. 476).

Derrière cet enfant qui ne vient pas, on cite les scénarios suivants: une intimité père-fille (scénario oedipien), un enfant pour ou de la mère de la femme qui se heurte à un refus (mère toute-puissante qui pose l'interdit), le fantasme de la maîtrise totale du corps (grossesse vécue comme une aventure incontrôlable), la place de l'enfant déjà prise par un parent âgé vivant plus ou moins au foyer (la femme, le couple, jouent déjà le rôle de parents), le secret de la filiation (interrogation au niveau existentiel profond de l'origine propre), la maternité vécue comme catastrophe (mort, transmission héréditaire d'une tare réelle ou pas), relation du couple où la présence d'un tiers est exclu (cf. 10), ou bien avec une situation de conflit, d'insatisfaction latents.

Par ailleurs, G. Delaisi de Parseval (12) propose une approche systématique des problèmes de fertilité; elle pose la question: Qui dans la famille tire un bénéfice de la stérilité? Elle a permis de mettre en évidence des règles familiales qui ne peuvent pas supporter le déséquilibre inévitable causé par une naissance: le couple, l'individu stérile, seul, porte tout le poids de l'équilibre familial.

Il n'est pas sans intérêt de savoir que les études sociologiques portant sur les couples sans enfants montrent qu'ils sont plus stables (moins de divorces) et plus fidèles aussi (il y aurait moins d'adultères) que les autres couples. Ces faits et d'autres observations permettent d'émettre l'hypothèse que le choix du partenaire n'est jamais le fruit d'un hasard et que dans les situations de souffrance il y a très souvent un renforcement des liens, lorsqu'une crise est dépassée et assumée.



(S. Lemièrre-De Vita, 1987; d'après un schéma de Mme H. Opf, 1986)

Fig. 4

Le désir d'un enfant et sa mise en chair vont au delà de l'enfant-même

La figure 4 donne un aperçu des différents niveaux en jeu dans la conception [futur imaginaire: projets, rêves, craintes, angoisses plus ou moins justifiables objectivement]

Deux remarques s'imposent: dans toute situation de difficultés dans la conception, même les plus organiques, il faudrait tenir compte des aspects psychologiques inévitables.

Dans toute rencontre avec un couple, une femme qui attend un enfant, il serait important de dresser une anamnèse, même d'une façon informelle, mais qui puisse nous renseigner aussi des aspects relationnels et psychologiques, désirs et craintes qui déjà marquent la relation future entre enfant et parent. On devrait tenir compte aussi des aspects sociaux et touchant la famille élargie. Par exemple: Jusqu'à quand la femme a travaillé pendant la grossesse? Son congé maternité va durer jusqu'à quand? Comment le couple pense s'organiser avec l'enfant? Quel partage des tâches est prévu? Est-ce que les futur parents sont proches (dans l'espace et dans la relation) disponibles à soutenir la nouvelle famille? Est-ce que le couple connaît, a des amitiés avec des familles ayant des petits enfants? ...

Th. Brazelton (5) présente des exemples de couples avec un bébé et les difficultés qu'ils rencontrent. En ce qui concerne la femme qui travaille, par exemple, il met l'accent sur les difficultés à assumer et le dédoublement de

rôle et la pression sociale paradoxale. En ce qui concerne son rôle:

- au travail elle doit être une femme réaliste, capable de distance sur le plan émotionnel, qui se montre volontaire et directe, très efficace
- à la maison elle doit être une femme souple, chaleureuse, capable de tenter des expériences, tirer des leçons de ses échecs, ouverte aux changements, qui prévoit toujours les choses qui peuvent mal tourner et être en mesure de compenser.

Le secret de la réussite: être capable de passer d'un rôle à l'autre sans trop de flottements. Quand les deux partenaires travaillent, le couple regroupe 5 «carrières»:

- 2 emplois de parents nourriciers
- 2 emplois rémunérés
- les relations du couple

Il est important qu'ils puissent sauvegarder le sens du plaisir et celui du partage: cela ne va pas de soi.

Plus les parents attachent d'importance à chacun de leurs rôles, plus le dédoublement sera difficile, d'autant plus que socialement on leur demande d'être des experts du développement de l'enfant, et être des parents plein d'amour inépuisable. Or, si on assume le rôle nourricier comme un professionnel, on ne va pas avoir du plaisir. L'enfant sent très bien ça, il a plus besoin de souplesse et d'humour que d'efficacité.

Des problèmes de territoire, de rivalité, peuvent surgir dans l'apprentissage au sein du couple, du partage des tâches et des soins à donner à l'enfant. L'apprentissage aux soins peut être très dur:

- il existe le mythe que la femme sait d'instinct ce qu'il faut faire



Pour la mère
et l'enfant

«BÉPANTHÈNE» ONGUENT

lubrifie, protège de l'humidité, guérit

- les fesses enflammées de l'enfant
- les mamelons douloureux
ou gerçés

D'où vient la grande efficacité du «Bépanthène»?

Du dexpanthénol, son principe actif, qui est un proche parent de l'acide pantothénique, une vitamine. C'est vrai, le dexpanthénol se transforme instantanément en acide pantothénique dans les cellules de la peau et des muqueuses. Et c'est grâce à cet acide pantothénique que les cellules endommagées retrouvent un fonctionnement normal ou bien se renouvellent. L'action du «Bépanthène» repose donc sur un phénomène purement biologique.

Dexpanthénol

ÉLÉMENT CONSTITUTIF DE VOTRE PEAU

Une information détaillée concernant la composition, les indications, les contre-indications, les effets secondaires, la posologie et les précautions vous sera fournie sur simple demande.

Bépanthène = Trade Mark



F. Hoffmann-La Roche & Cie, S.A., Bâle, Pharma Suisse

- les livres spécialisés parlent de «façon naturelle» de s'occuper de l'enfant
- les hommes risquent de ne pas se sentir à la hauteur de la tâche: pour eux il est souvent plus facile de démissionner que de faire l'apprentissage.

Brazelton affirme: «un père qui se laisse exclure et renonce à la possibilité de se sentir compétent et de compter pour son enfant en concevra de l'irritation et s'apercevra souvent le rôle et le travail de sa femme. En revanche, un père qui participe activement aux soins à donner, qui tire les leçons qui s'imposent de ses échecs et de ses réussites, se développera au même rythme que son bébé. Peu d'expériences de la vie adulte sont aussi impressionnantes et enrichissantes que les soins à donner à un enfant qui grandit.» (5; p. 20).

Par ailleurs, la mentalité courante veut qu'une femme qui ne travaille pas se prive d'une partie importante de l'existence et que s'occuper des enfants n'apporte pas de satisfaction, de plaisir; en même temps il existe un préjugé négatif contre les femmes qui se séparent de leur bébé pour aller travailler sans y être vraiment obligées. La situation devient paradoxale: quel que soit le choix de la femme, elle aura tort.

Une femme peut réussir objectivement très bien dans les deux rôles, sans être une «supermaman», et avoir l'impression d'avoir tout raté. Souvent cette remise en question est cyclique et marque des états de fatigue ou de crise. Le rôle du père est en train de changer: non seulement il est un soutien financier pour la famille, mais il devient toujours plus actif en tant que parent nourricier. Malheureusement, les hommes ne sont pas du tout préparés à ce nouveau rôle et les premières expériences ont beaucoup d'importance.

Il y a un nombre croissant d'études sur les effets de la présence du père sur le développement du nourrisson. Certaines démontrent que les enfants dont les pères se sont activement occupés lorsqu'ils étaient bébés arrivent à l'école avec de meilleurs Q.I. et une meilleure chance de réussite ultérieure. Ce qui est encore bien plus passionnant, cependant, c'est que ces enfants ont de meilleurs rapports avec les autres enfants, un plus grand sens de l'humour et semblent avoir une plus forte image d'eux-mêmes. La présence active du père offre de nombreuses occasions de consolider non seulement la famille tout entière, mais l'enfant lui-même. Ce qui ne devrait nullement nous surprendre.

Les recherches effectuées dans notre laboratoire au Children's Hospital de Boston ont prouvé que le père d'un petit bébé, lorsqu'il joue avec lui, manifeste

un comportement très différent de celui de la mère, mais pourtant très prévisible. Un père se comporte de façon plus «physique». Très souvent, il parlera et réagira de façon amusante et stimulante, ce qui produira chez le bébé une réaction plus vive; une mère aura tendance à apaiser son enfant et à jouer doucement avec lui. A l'âge d'un mois, un nourrisson hausse les épaules et les sourcils avec une expression de joie impatiente en entendant au loin la voix de son père. Un bébé d'un mois dont le père s'occupe activement fait déjà l'apprentissage de deux espèces de personnalités différentes.

En utilisant l'échelle de développement du nourrisson de Brazelton, Judy Beal a montré que les pères deviennent nettement plus sensibles aux manifestations de leurs bébés si un médecin ou une infirmière leur fait remarquer le comportement de leur enfant dès le deuxième ou troisième jour.

Le Dr Ross Park, a aussi prouvé l'étonnante capacité de réaction du nouveau-né, qui permet au père d'avoir davantage confiance dans ses capacités de parent nourricier: sa participation accrue auprès de l'enfant agira à son tour indirectement sur la mère. (5; pp. 17-18)

Mais aussi pour le «nouveau père» il y a un fort préjugé culturel contre l'homme qui s'occupe de ses bébés et qui a comme priorité la famille et non la réussite professionnelle. Il faut aussi souligner qu'avant de devenir père, les hommes ne sont pas encouragés à s'intéresser à leurs facultés nourricières.

Malheureusement, de nombreux parents qui travaillent à l'extérieur se prémunissent d'instinct contre une intimité avec leurs enfants, qui risquerait de se révéler douloureuse à l'heure trop vite venue de la séparation.

Par ailleurs, jamais le besoin de grands-parents n'a été aussi vif et pourtant jamais ils n'ont été si peu disponibles, car ils sont souvent accaparés par leur travail et mènent des vies très occupées, les distances géographiques et celles émotionnelles privent bien souvent la jeune famille du soutien de la famille au sens large.

Une optique de prévention primaire et de promotion de la santé de la famille

Les besoins de base de tout être humain (sécurité, dépendance, amour ...) visent tous à réaliser la même réalité: le sentiment d'identité intérieure et de plénitude. Pour satisfaire ces besoins l'individu a à disposition plusieurs moyens

dont l'enfant. D'autre part, l'enfant a aussi une valeur en soi, différente pour chaque individu, couple, communauté sociale-culturelle; cette valeur de l'enfant influence considérablement la réalisation d'une grossesse et elle évolue d'un enfant à l'autre.

Il en est de même pour le modèle idéal familial: la famille souhaitée n'est pas décidée une fois pour toutes, mais s'inscrit dans l'histoire de l'individu et du couple. Le projet familial est en effet soumis régulièrement à l'épreuve de la famille réelle, et le désir d'enfant en sera plus ou moins désinvesti ou renforcé. Chaque enfant est donc aussi un «objet-but» intermédiaire vers la famille idéale. Le désir d'enfant sera aussi marqué par les vécus liés à la décision (ou pas) d'avoir un enfant, sa conception, la grossesse, l'accouchement et la première année de la vie de l'enfant. Pour l'importance de ces moments, nous devenons donc des facteurs influençant plus ou moins directement les attitudes, les motivations des nouveaux parents, que ce soit en positif ou en négatif. Voici quelques données qui m'ont fait beaucoup réfléchir. Celles américaines nous renseignent sur la probable évolution en Europe dans les prochains 5-10 ans. 55% des enfants aux USA ont des mères qui travaillent. Prévisions pour le 1990 aux USA: 75% des enfants seront de foyers où les deux parents travaillent 58% des enfants passeront une partie de leur enfance dans un foyer monoparental. (5)

Il est vrai qu'en Suisse le taux des naissances hors-mariage est assez bas, même au niveau de l'Europe; ce taux est égal à environ 5% des naissances.

Le nombre de foyers monoparentaux est en augmentation rapide aussi chez nous. Souvent, c'est l'arrivée de l'enfant qui déséquilibre la relation, asymétrique ou fragile, et le parent le moins concerné quitte le foyer. En 1980, ces familles monoparentales étaient 124 325 en Suisse (c'est à dire environ 8% du total des foyers). A Genève, un mariage sur deux se termine en divorce. En Suisse, ce taux est de un divorce sur quatre mariages. (Source: Office cantonal genevois des statistiques)

Un autre phénomène alarmant est le nombre croissant d'adolescents carrément «jetés dehors», rejetés par leurs parents. A New York, par exemple, huit mille adolescents (dont certains n'ont que quatorze ans) vivent comme ils peuvent, par eux-mêmes. La plupart des «rejetés» sont des filles entre seize et dix-sept ans. «Dès que vous ne suivez pas le modèle américain de la réussite, les parents coupent les vivres. C'est le «marche avec moi ou crève.» (31)

En Suède aussi ce phénomène prend toujours plus d'ampleur, ici, les travail-

leurs sociaux sont confrontés à un nombre toujours plus important de tentatives de suicide, réussi ou non, d'adolescents. (31)

Le rôle des premiers jours du post-partum pour l'aménagement qualitatif du lien mère-enfant, est fondamental. Moment privilégié non seulement pour la mère, le père, l'enfant, mais aussi pour tout leur réseau de relations parentales et amicales.

Actuellement on comprend davantage les mécanismes physiologiques en jeu au moment de l'accouchement, connaissances merveilleuses, que ce soit pour faciliter et accompagner ce travail, ou bien pour le maîtriser, dompter, dès que techniquement la nature est paresseuse ou défaillante... ou jugée comme telle. Je ne vais pas m'étendre sur ce sujet auquel je vous sais très attentives, mais j'aimerais souligner quelques aspects institutionnels.

Mère et enfant sont sous la tutelle, la protection, l'autorité, la dépendance de la «Maternité-Institution», qui peut devenir comme une grande-mère envahissante qui, au lieu d'aider, rassurer, conseiller, cherche à substituer ses normes, ses règles, son optique, à celles que la mère n'a pas encore trouvées. Qu'est-ce que la «mère suffisamment bonne» de Winnicott?

En avoir une image trop définie, trop claire, risque d'empêcher le cheminement original du couple nouveau qui se construit devant nos yeux.

Nous transmettons nos attentes, souvent malgré nous. Tout le monde connaît l'expérience des deux groupes d'élèves de même qualité, qui changeaient complètement leur rendement scolaire en fonction de comment on les avaient présentés à leurs nouveaux maîtres. La classe des élèves appelée «en retard» a eu une évaluation de fin d'année catastrophique, celle appelée «très bonne» est devenue la meilleure de l'école. Au départ, elles étaient équivalentes. L'institution, ses représentants, ont une influence proportionnelle à la sensibilité des personnes dont elle s'occupe.

La nouvelle mère, surtout si primipare, vit un moment de grande fragilité, de perméabilité psychique. C'est cet état qui lui permet d'être à l'écoute de son enfant aux niveaux les plus profonds de son être, de le sentir, le percevoir avec toute une foule de sentiments primaires auxquels une femme aujourd'hui n'est confrontée que très rarement. Le personnel hospitalier et médical assiste au début du cheminement dans la relation à l'enfant: les tâtonnements, les craintes, les émotions... la femme peut très facilement se vivre comme une mère avec beaucoup de difficultés... d'autant plus si l'accouchement et ses suites ne se

déroulent pas selon ses attentes et/ou celles du corps médical. Elle peut donc entrer volontiers dans une situation provisoire de dépendance, à la fois bénéfique et ambivalente. Sa sécurité et celle de l'enfant, la levée de ses angoisses, ont lieu souvent au prix d'une certaine soumission ou passivité – avec le risque, si on y est pas attentifs, qu'elle se désengage de la relation à l'enfant avant même de s'y être impliquée, dans une situation de délégation des gestes, des décisions, des choix, que quelqu'un d'autre fera beaucoup plus vite qu'elle et, apparemment, beaucoup mieux.

On retrouve ici le même risque que dans les suivis pour des problèmes de stérilité: souvent on donne la priorité à l'efficacité de l'action au lieu et place de l'aspect relationnel.

Il en suit un mouvement dynamique où l'aspect temporel n'est plus considéré. Or, le temps est ce dont une femme qui vient d'accoucher a le plus besoin: combien de choses elle doit aménager, apprendre, considérer, oublier, élaborer, voir, toucher, structurer, sentir... dans les quelques jours à la maternité. Heureusement elle y trouve souvent une écoute attentive et une disponibilité au partage.

En effet, dès qu'elle se sent accueillie véritablement, elle l'apprécie tellement qu'un «bouche à oreille» commence à circuler dans le réseau relationnel auquel elle appartient: il est incroyable de constater comment une femme qui se prépare à l'accouchement est très vite renseignée de la qualité de l'accueil qu'elle peut trouver dans tel ou tel service de maternité. Dans l'après-coup, elle en prend davantage conscience, prête à rappeler telle ou telle sage-femme, nurse ou infirmière qui lui a donné un bon conseil, un sourire, une écoute «comme si elle n'était là que pour elle».

Mais nous savons comment il est parfois difficile de se «laver les oreilles» dès qu'on entre chez une cliente après en avoir déjà rencontré des dizaines dans la même journée, des milliers, peut-être, pendant notre expérience professionnelle. Nous n'avons pas toujours l'occasion de terminer un dialogue, comme on ferme un livre, sans avoir encore dans l'esprit des pensées qui vont parasiter inévitablement l'écoute de la femme suivante. Et c'est si difficile parfois de s'arrêter, de reprendre le temps de notre respiration, du battement de notre cœur. C'est en effet quand on est le plus stressées qu'on tombe dans des pièges relationnels bien connus, et combien négatifs tant pour nous, que pour la femme, que pour notre relation avec elle, la sienne avec l'enfant, le mari et les autres... Par exemple, nous savons très bien que parler à quelqu'un à la pre-

mière personne (je sens que, je vous trouve, je crois que...) au lieu d'utiliser le «vous», permet d'éviter des relations où l'autre se sent constamment jugé par nos affirmations lapidaires et tranchantes. L'autre situation classique est celle explicitée par le «triangle tragique» de Karpman. (Fig. 5).

LE TRIANGLE TRAGIQUE (Karpman, S.B; 1968)

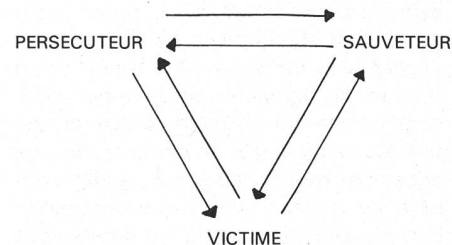


Fig. 5

(in: 1; p. 162)

«Dans la vie comme au théâtre, la tragédie repose sur des renversements de situation, c'est-à-dire sur des permutations magistralement résumées par ce triangle. Au théâtre comme dans la vie, le héros (le protagoniste) part de l'un des trois grands rôles – Sauveur, Persécuteur, Victime –, et l'autre personnage principal (l'antagoniste) part de l'un des deux autres. Quand la crise arrive, les deux personnages se déplacent sur le triangle et changent de rôle. L'une des permutations les plus courantes se produit dans le divorce. Pendant le mariage, le mari était par exemple le persécuteur, et la femme jouait le rôle de la victime. Une fois engagée l'action en divorce, les rôles sont inversés: la femme devient le persécuteur, et le mari la victime. Et leurs avocats respectifs jouent les sauveurs concurrents.» (1; p. 162).

Tous les affrontements de la vie sont des combats pour se déplacer sur le triangle, conformément aux exigences du scénario. Or, il nous arrive de vivre des journées comme un long combat. Les nouvelles mères, par leur situation psycho-physiologique, se trouvent dans un état de dépendance qui peut les faire apercevoir comme victimes, automatiquement les sauveurs c'est nous.

Mais, si on oublie que la situation de la femme est temporaire et si on renforce trop cette relation de dépendance, à un moment donné la même femme nous vivra comme persécuteur... auparavant, cette place était occupée par le médecin... ou l'enfant-même? Le triangle de Karpman est appelé «tragique» parce qu'une fois qu'on entre dans cette dynamique relationnelle, s'en sortir est extrêmement difficile et les dégâts peuvent être assez importants pour nous, et du point de vue professionnel (conflits internes au Service) ou personnels (sentiments de frustration, de culpabilité...).

Lorsqu'on ressent qu'on joue le rôle de sauveur, qu'on est en train d'entrer dans le triangle, il faudrait pouvoir reprendre la conviction que la meilleure façon pour aider la femme est d'être là, sans l'abandonner, tout en lui laissant un grand marge de liberté et en valorisant son intuition maternelle, si riche et si souvent insoupçonnée d'elle-même.

Lui donner l'envie et le plaisir d'être mère

Cela dépend beaucoup de notre regard sur elle, son enfant, leur relation. Cette occasion unique qu'est la période à la maternité, si elle est perdue, l'est pour la mère et l'enfant, elle l'est aussi pour l'adulte, père ou mère, qu'il sera.

Le regard sur l'autre dépend de plusieurs facteurs. En ce qui concerne notre activité professionnelle, il dépend surtout des motivations à la profession sanitaire, à la relation d'accompagnement et conseil. On ne choisit pas une profession par hasard, jamais.

Ceci est un atout important pour la qualité des prestations fournies: les motivations personnelles sont les meilleures garanties de la présence à long terme d'un souci de formation permanente, d'approfondissements continus et réguliers, si indispensables dans un éventail de professions où la sclérose, l'habitude, la routine, la ... stérilité (!) nous guettent.

Par ailleurs, quand on travaille dans le domaine de la fertilité, les contenus affectifs qui y sont rattachés (vie, mort, sexualité, relations archaïques ...), ces contenus sont tellement forts, que l'implication de notre vécu émotif personnel est inévitable: notre désir d'enfant, réalisé ou pas, l'enfant qui n'est pas venu ou qui nous est mort, un mari absent ou trop présent, les expériences les plus intimes influencent notre regard ... d'autant plus qu'on cherche souvent à les nier «pour ne pas faire des projections».

Or, les projections à craindre sont celles qui portent sur l'autre des vécus non élaborés, non travaillés, des souvenirs conflictuels pour nous. Des chapitres douloureux de notre vie que nous avons mal conclus ou pas conclus ... héritage d'un mot «fin» non mis.

En général, la projection permet de s'identifier un peu à l'autre, de le sentir moins inconnu, plus proche de moi, me poser la question «qu'est-ce qu'elle peut avoir vécu pour être comme ça?» me rend l'autre sympathique, malgré les difficultés initiales: inévitablement je reconnais un vécu commun et donc je peux m'investir d'une façon positive dans la relation.

Sans la projection ma relation à l'autre est uniquement le fruit d'une technique,

d'un souci d'efficacité personnelle et professionnelle: inutile de dire que les parturientes (comme du reste les enfants et les jeunes dans la relation éducative), les accouchées ont des radars très fins pour détecter une vraie disponibilité ou bien un sourire qui les laisse seules. Heureusement une équipe de soins est assez grande pour que les femmes puissent avoir de bonnes relations.

Rogers (23) parle d'empathie dans le sens d'une identification à l'autre, tout en gardant un espace de recul qui permet la rationalisation ... autrement je me fait bouffer par l'autre! ... il s'agit de percevoir l'autre à travers ses yeux à lui et pas de comprendre l'autre, mais de comprendre **avec lui**, percevoir son monde interne de manière peut-être différente, mais avec chaleur et acceptation. Cette attitude face à l'autre devrait régir aussi notre attention aux mots que nous utilisons et l'impact émotif qu'ils peuvent susciter: nous sommes des points de repères, des personnes importantes, nous sommes écoutées attentivement. Nos connaissances sont aussi des instruments à double tranchants: parfois verbaliser nos pensées peut entraîner des conséquences inattendues et graves. Par exemple, la tentation de donner notre explication à certains phénomènes, sans tenir compte de notre relation à la cliente (Fig. 6) ... voilà, peut-être ce qu'on raconte à cette femme c'est la vérité, mais est-ce qu'elle est prête à l'entendre et à l'utiliser positivement? ... peut-être que la cause est franchement organique (un problème de cordon, par exemple), ... et toute femme lors de la grossesse et l'accouchement a des problèmes avec sa mère! Parfois nous rencontrons des situations qui nous questionnent, qui nous font réfléchir, nous donnent envie d'aller plus loin avec la mère ou le couple. Nous sommes très attentives, aussi par notre sensibilité, à ce qu'on a appelé les «indicateurs de risque»: ces clignotants qui nous signalent un malaise, une solitude, des difficultés. Loin d'être des symptômes psycho-pathologiques, ces clignotants activent en nous une plus grande attention à l'émergence éventuelle d'une demande latente ... plus difficile à verbaliser, à expliciter clairement.

Que faire? On constate deux tendances institutionnelles: la première est celle de la «sauvegarde de la liberté personnelle» (on ne répond qu'aux demandes clairement formulées), la deuxième est celle qui veut que «le service assure aussi un niveau de prévention primaire» (28). Ces deux positions extrêmes peuvent bien-sûr s'entremêler et se rencontrer en fonction de l'optique choisie par les équipes.



Fig. 6

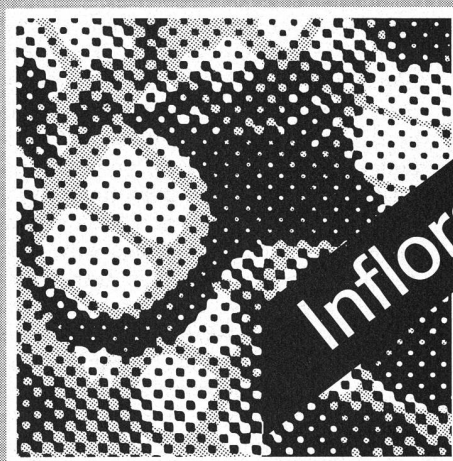
[S.Lemière - De Vita, 1987]

Dans le concret, certaines initiatives se sont révélées fort utiles pour montrer d'emblée une attitude d'accueil, sans être trop invasifs.

- Par exemple, communiquer aux femmes les horaires de présence des différentes nurses, sages-femmes, infirmières, médecins: elles pourront ainsi se repérer dans le va et vient du personnel, proposer éventuellement une rencontre, un moment privilégié et personnalisé. Il n'est pas évident en quelques jours de comprendre les rotations de l'équipe soignante.
- Proposer une petite bibliographie (non seulement concernant le bébé!) et, si possible, mettre à disposition les livres cités, avec un système très simple de prêts. Trouver des canaux pour renseigner les femmes des lieux qui peuvent la soutenir, être à son écoute, la dépanner si elle rencontre des difficultés à son retour à la maison.
- Il est évident que la priorité devrait être l'aménagement de cours de préparation à la naissance (et non seulement à l'accouchement!) ou le couple puisse anticiper, sans être traumatisé, les déroulements possibles, et donc aussi les difficultés, qu'il pourra rencontrer ... mais vous êtes déjà très sensibles à l'effort de qualité dans ces cours!

Je crois que nous sommes des agents actifs de prévention primaire, que nous le voulions ou pas, c'est notre choix professionnel qui nous rend point de repère dans un moment: le projet, la mise en chair, la naissance d'un nouvel être humain et dans un lieu: la relation d'accompagnement et conseil professionnel qui sont privilégiés.

La qualité de l'aménagement de ce Temps et de cet Espace est l'un des indicateurs de la place véritable que réservent les adultes à l'enfant dans notre société.



Infloran Berna

**Troubles digestifs chez
les nourrissons alimentés
artificiellement**

Infloran Berna

avec **deux** germes vivants
entrave la prolifération de bactéries pathogènes,
comme les colibacilles, les entérocoques, etc.

1 capsule contient:
min. 1000 million. *Lactobacillus acidophilus*
min. 1000 million. *Bifidobacterium infantis*

Pour des informations plus détaillées,
veuillez consulter le prospectus d'emballage ou
vous adresser directement à notre maison.

Produits

BERNA

**Institut Sérothérapique
et Vaccinal Suisse Berne**

Case postale 2707, 3001 Berne
031 - 34 41 11

C'est sur cette qualité que nous agissons et cet effort va influencer la mère, le père, l'enfant, la famille. Le désir et le plaisir d'avoir des enfants ne dépend pas que de nous; mais, tout en restant dans nos cadres professionnels, nous pouvons illuminer davantage les expériences liées au «devenir parents».

Bibliographie essentielle

Le désir d'enfant et sa gestion dans le couple

- Berne E.: Que dites-vous après avoir dit bonjour? Ed. Tchou, Paris, 1972-1977
- Benedek Th. et coll.: «Some emotional factors in fertility» in *Psychosom. Med.* vol. 15, 5, 1953, pp. 485-498
- Bettelheim B.: «Les blessures symboliques». Ed. Gallimard, Paris, 1971
- Bouchard-Godard A.: «Huit jours à la maternité... moment privilégié souvent gaspillé...» in *Méd. Hyg.*, 34: 143-145, 1976
- Brazelton T.B.: A ce soir. Concilier travail et vie de famille. Ed. Stock, Paris, 1983-1986
- Bydlowski M.: «Les enfants du désir: le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient». In *Psychanalyse à l'université*, t. 4, 13, 1978, pp. 59-92
- Bydlowski M. et R.: «Le cauchemar de la naissance: contribution à la représentation inconsciente de l'accouchement». In *Topique*, No 17, 1976, pp. 139-156
- Bydlowski M., Lévi-Leblond E.: «La paternité à l'épreuve de la première année» in «Les pères d'aujourd'hui» ed. INED, Paris, 1982
- Bydlowski M., Dayan-Lintzer M., Cahen F., Fonty B., Levaguerese L.: «Souffrir de stérilité» in *Psychanalyse à l'université*, vol. 8, 31, 1983, pp. 459-476
- Cahen F.: «L'enfant impossible. Ou quelques hypothèses sur les stérilités psychogènes» in *Perspectives psychiatriques*, IV, No 68, 1978, pp. 358-365
- Delaisi de Parseval G.: «La part du père» Ed. Seuil, Paris, 1981
- Delaisi de Parseval G.: «Intérêt de l'abord systémique de la stérilité du couple» in *Psychothérapie*, 3: 187-193, 1984
- Freud S.: «Pour introduire le narcissisme» 1914 in «La vie sexuelle», éd. PUF, Paris, 1970, pp. 81-105
- Frydman R.: L'irrésistible désir de naissance». Ed. PUF, Paris, 1986
- Guyotat J.: «Mort, naissance et filiation». Ed. Masson, Paris, 1980
- Hanus M.: «Objet de remplacement: enfant de remplacement» in *Rev. Franç. Psychan.*, t. XLVI, nov. déc. 1982, pp. 1133-1147, éd. PUF, Paris
- Lemière-De Vita S.: Désirs de paternité et maternité. Aspects psychologiques de l'IAD in *Travail de diplôme de spécialisation en psychologie clinique*, FAPSE-Université Genève 1984
- Manuel C., Czyba J.C.: «Aspects psychologiques de l'insémination artificielle» éd. SIMEP, Lyon, 1982
- Morin F.E.: «La rouge différence. Les rythmes de la femme». Ed. du Seuil, Paris, 1982
- Pasini W.: «Aspects psychologiques de la fertilité et de la stérilité» in *Folia psychopractica Roche*, éd. Hoffmann-La Roche and Cie. S.S., Bâle, 1982
- Pasini W. et Al.: «Les enfants des couples stériles». Ed. EFF, Paris, 1985
- A. Campana et S. Lemière: «L'infécondité par stérilité» in Pasini et Al «Les enfants des couples stériles»

S. Lemière, G. Micioni, A. Campana: «Insémination artificielle avec donneur: l'expérience de Locarno» in Pasini et Al «Les enfants des couples stériles»

F. James, «Stérilité secondaire: désir et deuil» in Pasini et Al «Les enfants des couples stériles»

22. Pasini W., Rouge S., Meylan J.: «Stérilité et infertilité psychosomatique» in «Sexualité et Gynécologie psychosomatique», éd. Masson, Paris, 1974

23. de la Puente M.: C.g. Rogers: de la Psychothérapie à l'enseignement. Ed. EPI, Paris, 1970

24. Racamier P.C.: «Mythologie de la grossesse et de la menstruation» in *Evol. Psychiatr.*, Paris, vol. 2, 1955, pp. 286-297

25. Ross J.M.: «The development of paternal identity: a critical review of the literature of nurturance and generativity in boys and men» in *Journ. Am. Psychoanal. Ass.*, vol. 23, 1975, pp. 783-817

26. Salome J.: «Je t'appelle tendresse». Ed. Le regard fertile, Montréal, 1985

27. Seibel M.M., Taymor M.L.: «Emotional

aspects of infertility» in *Fertil. and Steril.*, 37, 2, 1982, pp. 137-145

28. Soule M., Noel J.: Valeur opératoire de la notion «d'émergence d'une démarche masquée» dans la prévention médico-psycho-sociale précoce in *Perspectives psychiatriques*, 1-9: 49-54, 1983

29. This B.: «Le père: acte de naissance». Ed. Seuil, Paris, 1980

30. Buron, A.: «Psychologie et fécondité. Les motivations à la parenté» in *Acta psychiat. belg.* 1976, 76, 893-918

31. Giron P.: «Gagne ta croûte ou va-t'en!» in *Enfant d'abord*, juillet-août, 1986, pp. 25-33

Remerciements:

Mme Fr. Godet (Infirmière HMP et Santé Publique, Service Santé de la Jeunesse, GE)

Mlle L. Jeker (Psychologue, Centre d'Endocrinologie gynécologique, Hôpital de Locarno, TI)

Mme R. Sabbadin (Sage-femme, Aubonne-Morges, VD)

Mlle Dr T. Kubski (FR)

Mrs. Ph. et G. Lemière (GE)

Nouvelles d'ici et d'ailleurs

La crise au «Bon Secours»

Suite aux articles parus dans la presse et précédant l'interpellation et la proposition de résolution qui seront débattues les 18 ou 19 juin au Grand Conseil, l'Association du personnel de l'Ecole de soins infirmiers «Le Bon Secours» (APEBS), l'Association suisse des infirmières (ASI), l'Association suisse des sages-femmes (ASSF), la CRT et la VPOD tiennent à donner leur point de vue sur la situation.

Attaché à maintenir la qualité de la formation des infirmier(e)s et sages-femmes, le personnel de l'Ecole souhaite une adaptation des structures au développement de l'Ecole.

Projet sur lequel l'APEBS, le Conseil de fondation et la direction sont d'accord.

Les divergences entre les parties quant à l'analyse de la situation institutionnelle et aux moyens pour aboutir à une restructuration ont amené à la crise actuelle. Crise liée également à l'élaboration du statut du personnel, en cours depuis plus de 5 ans.

Des positions différentes rendent le dialogue difficile depuis le début des projets de changements; d'autant plus que la représentation du personnel au sein du Conseil de fondation a toujours été refusée, contrairement aux autres institutions d'enseignement de type similaire.

Un bref rappel historique permet d'éclairer le conflit actuel.

L'APEBS, regroupant la presque totalité du personnel (96%), a été créée en 1982. Elle a pour but de défendre la qualité de la formation professionnelle en soins infirmiers, ainsi que les conditions de travail de l'ensemble des travailleurs du «Bon Secours».

C'est pourquoi, en accord avec la Direction d'alors, l'APEBS avait été chargée d'élaborer un statut fixant clairement les conditions de travail pour toutes les catégories d'employés.

Un changement de direction a reporté les discussions à ce sujet.

En août 1985, la nouvelle directrice, en place depuis 1984, a proposé un contrat de travail faisant fi du projet de l'APEBS, et de véritables négociations ont été refusées par le Conseil de fondation.

A ce jour, il n'y a toujours pas de consensus entre les parties intéressées, au sujet du personnel.

En avril 1987, l'APEBS et les organisations professionnelles sont intervenues auprès de l'autorité de surveillance (DIP) demandant d'être considérées comme de réels partenaires. Parallèlement à l'élaboration d'un statut du personnel, la nécessité de revoir le fonctionnement de l'Ecole est apparue. La Direction et le personnel ont alors travaillé à la préparation d'une analyse institutionnelle qui garantirait le maintien des options pédagogiques.

Cette proposition n'a pas été prise en compte par le Conseil de fondation qui, en accord avec la direction, a mandaté un organisme spécialisé en gestion d'entreprise, pour analyser le fonctionnement de l'institution (New Consulting, société belge).

C'est suite au rapport présenté par New Consulting en janvier 1987 que des différends sont apparus entre les parties concernées. En effet, les propositions de changement influençaient directement la qualité de l'enseignement et mettaient en cause les options pédagogiques.