

# **Le blues du post-partum : un marqueur du lien intersubjectif mère-bébé ?**

## **Expérience émotionnelle maternelle et régulations du bébé dans les huit premières semaines de vie**

*Sarah Bydlowski*

Pédopsychiatre, Docteur en Psychopathologie, Psychanalyste, Chef de service adjoint du Département de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Association de Santé Mentale du XIII<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, Unité Inserm 669 (UMR-S0669, Universités Paris-Sud et Paris Descartes)

La problématique centrale de notre travail est celle des enjeux psychiques de l'immédiat après-naissance, thématique au sein de laquelle se nouent fondamentalement l'expérience maternelle traversée, et les tous premiers temps de l'organisation psychique du nouveau-né. Cette période du post-partum immédiat encore mal connue cristallise la complexité des théorisations contemporaines autour de la naissance.

Le blues post-natal et plus particulièrement ses paradoxes épistémologiques, constituent le point de départ de nos réflexions. Les témoins de la naissance connaissent depuis toujours ce moment émotionnel, incompréhensible et sans gravité, fait de larmes, de tristesse subite et transitoire, survenant dans les jours mêmes où devrait se célébrer un heureux événement. Renvoyant aux mélodies nostalgiques qui chantent l'Afrique perdue, Yalom (Yalom et al., 1968) le premier aux Etats-Unis emploie le terme évocateur de blues du post-partum pour décrire ce curieux phénomène clinique.

Au même moment, Pitt (1968) en Angleterre y voit une dépression atypique. Une confusion s'installe alors qui va se révéler durable avec les tableaux dépressifs du post-partum, qui ne seront qu'ultérieurement décrits. Parfois limité à une labilité de l'humeur, à une euphorie transitoire, à quelques crises de larmes en décalage avec les sentiments et à un sentiment d'irritabilité, s'étalant sur deux à trois jours, le blues

du post-partum est, dans d'autres circonstances, plus sévère et intense, accompagné de sentiments dépressifs accusés, voire de confusion et de dépersonnalisation. Il peut alors interférer dans les relations de la mère avec son enfant et son entourage, lui-même déstabilisé par ce phénomène insolite, en rupture avec le comportement de la jeune mère et peu lié aux circonstances extérieures.

Le blues a ainsi constitué longtemps l'entité nosographique la plus fréquemment évoquée de la psychiatrie périnatale, tout en étant la plus polémique, car privée de toute définition consensuelle. L'une des raisons principales en est, selon nous, la très grande instabilité et le désordre chaotique, qui caractérise la clinique du post-partum immédiat, fait d'intrications cliniques, entre soma et psyché et entre différents niveaux de fonctionnement psychique.

Malgré les nombreuses études menées dans ce domaine et les progrès considérables accomplis dans la compréhension des mécanismes de l'humeur, le blues reste décrit de façon contradictoire et peu compris sur le plan psychopathologique. La confusion est grande au sein de ces recherches dont les résultats sont difficiles à généraliser, dans la mesure où sous le terme de blues du post-partum sont réunis des phénomènes cliniques parfaitement hétérogènes du point de vue de leur évolution, de leur durée, de leur intensité et de leur gravité.

Les professionnels de terrain s'accordent cependant sur un certain nombre de caractéristiques : La très grande fréquence de survenue du blues qui touche plus de la moitié des accouchées dans les dix premiers jours suivant la naissance, l'intensité de l'amplitude émotionnelle qui le constitue, son caractère transitoire et réversible, et enfin sa fonction d'ouverture à l'échange avec le nouveau-né.

Le grand intérêt suscité un temps par le blues du post-partum, porté par l'espoir d'une modélisation possible des variations de l'humeur, a par la suite considérablement décliné du fait, sans doute, de l'échec à mettre en évidence une causalité biologique à ce phénomène clinique stéréotypé, cumulant la fin du stress de la grossesse et de l'accouchement, avec des conditions hormonales nouvelles. L'accumulation empirique de résultats épars et disparates est probablement, pour

une part, liée au manque d'une théorisation solide a priori et de construction de concepts suffisamment heuristiques concernant cette entité clinique. C'est à ce défi difficile que notre travail tente d'apporter une ébauche de réponse. Le blues du post-partum d'intensité modérée et rapidement résolutif, considéré par la plupart des auteurs comme s'apparentant à la normalité du vécu maternel en post-partum immédiat, n'a finalement fait l'objet que de peu de recherches et son étude nous a semblé ouvrir des perspectives nouvelles.

Le nombre considérable de recherches et de notations cliniques portant sur ce phénomène, laissent ainsi certaines questions de côté. L'une d'elle concerne notamment le fonctionnement psychique des femmes qui ne font pas de blues. Ces femmes qui ne semblent pas éprouver ce « vécu douloureux subjectif » (Rochette, 2009), n'avaient jusqu'à présent, jamais suscité l'intérêt scientifique. L'absence de blues n'avait donc pas été spécifiée en tant que telle et l'on ignorait tout du fonctionnement psychique de ces femmes, de leur style interactif avec leur bébé et des conséquences éventuelles de ces qualités émotionnelles sur le développement et l'organisation précoces du nouveau-né.

Ces interrogations ont parcouru l'ensemble de nos travaux qui s'organise en deux parties essentielles. La première s'inscrit dans une perspective clinique et tente une compréhension psychodynamique et métapsychologique du post-partum immédiat. La deuxième expose une recherche soumettant des hypothèses à la mise en œuvre d'un protocole expérimental.

Pour construire notre problématique de recherche, nous avons réuni les principaux travaux sur l'expérience psychique maternelle en période périnatale, sur les interactions précoces du bébé avec ses partenaires, mais aussi ceux sur les origines de la vie psychique, qui invitent à un nécessaire retour sur ses propres éprouvés, permettant parfois d'entrevoir quelque chose de l'expérience initiale traversée par le tout petit.

Nous nous sommes ensuite appuyés sur le modèle intersubjectif de la dynamique émotionnelle du lien et sur l'intrication somato-psychique caractérisant le travail de l'émotion, suivant ainsi les récents travaux de René Roussillon (2004) et de Denis Mellier (2005). Nous envisageons ainsi la très grande complexité de l'épigénèse périnatale qui noue ensemble et fondamentalement les processus de la naissance psychique d'une part, ceux de la parentalité en devenir d'autre part.

Dans le post-partum immédiat, mère et bébé se trouvent confrontés à une série d'enjeux déterminants pour l'avenir de leurs liens. La mère est nostalgiquement renvoyée à la situation de sa propre naissance et se trouve massivement replongée dans une réactualisation de ses conflits infantiles restés irrésolus. On sait désormais que la femme qui accouche doit faire face à la perte de l'objet interne de la grossesse et au risque de débordement de son pare-excitation et de ses capacités de contenance par un trop plein d'affects. Le nouveau-né, du fait de son immaturité physique et psychique et de son besoin de soins, la confronte à son amour désordonné, comme l'écrivait Winnicott, et lui impose un déficit intersubjectif, selon la formule de Joëlle Rochette (2009).

Jusqu'ici le blues du post-partum a été abordé sur le plan quantitatif et phénoménologique des signes qui le constituent. Nous proposons un autre regard qui permet de considérer l'émotion comme témoin du travail précoce de symbolisation de l'expérience dans l'intersubjectivité et permet ainsi de changer de paradigme pour aborder le blues du post-partum, en suivant la deuxième théorie de l'angoisse freudienne. Ce point de vue renouvelle le questionnement sur ce phénomène clinique et nous a permis de formuler les hypothèses de la recherche que nous exposerons ensuite. Dès lors, la problématique psychique du post-partum immédiat se pose comme suit : Les émotions éprouvées lors du blues sont-elles à considérer comme des affects-signal permettant une mise en phase avec les besoins de l'enfant ? Ou sont-elles plutôt du côté d'affects-débordement, mettant à l'épreuve la contenance maternelle ? Cette théorisation nous permet conjointement de nouer cette interrogation sur le blues avec celle de la mise en forme des souffrances et

agonies primitives du bébé qui lui permet de passer d'une angoisse irreprésentable à un éprouvé signifiant, l'émotion, dans l'interaction.

En poursuivant l'idée de l'intrication somato-psychique qui caractérise le travail de l'émotion, le blues peut être considéré comme la traduction affective d'un double phénomène.

D'une part, la naissance a pour corollaire la perte de la satisfaction phallique de la grossesse, le deuil de cet objet intérieur qui, en silence, accompagnait la jeune femme depuis des mois ; d'autre part, la mère expérimente une sorte de dénudation psychique qui lui permet de se mettre en phase avec les besoins de l'enfant naissant. Nous faisons l'hypothèse que l'expression émotionnelle, ancrée dans la réalité du corps, favoriserait le passage du statut de femme enceinte à celui de mère. L'ensemble de ces enjeux tendent à renvoyer la mère à son monde interne dont elle va être amenée à vérifier la solidité. Le blues témoignerait de la désorganisation du « cristal du Moi maternel », selon la métaphore de Lebovici (1983), et de la préparation de la mère à saisir les indices en provenance de son enfant, ce qui expliquerait son universalité.

Certains travaux actuels se centrent, en effet, sur la compréhension du blues comme moment signifiant des transformations psychiques accomplies, scandant la fin du processus de la grossesse. Pour Rochette (2009), il traduirait ce « désordre aléatoire » qui s'installe à la naissance, avant que, passée la traditionnelle quarantaine qui boucle la période du post-partum immédiat, la mère et son bébé ne trouvent leur « vitesse de croisière » et leur style interactif. L'après-naissance immédiat est marqué par l'étrangeté et la complexité du difficile réglage du temps de la mère sur celui de son bébé ; « si différents et si proches, mère et bébé vont avoir à se rencontrer, à se retrouver autrement ». Il s'agit ainsi de conjuguer plusieurs réalités : celle du bébé avec ses exigences vitales ; celle de la mère, engagée en temps réel dans le maternage, mais aussi dans un intense travail psychique afin d'affronter les enjeux fragilisant de la situation qu'elle est amenée à traverser.

La très grande instabilité caractérisant la clinique du post-partum immédiat tend à la rendre presque insaisissable tant sur le plan nosographique que métapsychologique : sur le plan topique, les instances sont profondément remaniées ; sur le plan dynamique, certaines conflictualités retrouvent une actualité nouvelle. Mais, ce qui fonde cette période est probablement l'importance des facteurs économiques liés à l'intensité des affects convoqués.

Il nous semble que la problématique de l'émotion ouvre des perspectives plus centrales que celle des représentations pour caractériser les enjeux de l'après-naissance. Les phénomènes psychiques liés au post-partum peuvent se comprendre comme la présence d'affects, échappant en tant que tels à la représentation parce que liés à la perte et à la destruction de l'objet intériorisé de la grossesse. Un travail de figuration de ce fantasme de meurtre originaire, caractérisant l'archaïque à l'œuvre chez la mère, lui permettra de « faire le deuil » de l'enfant fantasmatique intériorisé et d'entamer, comme l'écrit Drossart (2003), de manière vivante un dialogue avec son « vrai » bébé.

L'idée d'un « trop-plein d'affects », d'un « débordement du pare-excitation », du risque traumatique, doit pourtant être complexifiée par la spécificité de la rencontre avec le nouveau-né qui se trouve dans un état de détresse. Le contexte du post-partum est proche du chaos lié aux remaniements psychiques, physiques, générationnels, groupaux, et ce chaos est redoublé par l'asymétrie interactive fondamentale, le « déficit intersubjectif » temporaire, imposé à la mère par l'immaturité de l'enfant qui vient de naître. En effet, la relative non réponse du nouveau-né aux besoins intersubjectifs de la mère, l'absence de réciprocité, de partage affectif initial, risque de provoquer un ébranlement identitaire et narcissique douloureux, plus ou moins surmontable selon le fonctionnement psychique maternel prévalent.

Le blues peut dès lors être considéré comme un authentique mécanisme de défense face à une menace de désorganisation psychique en raison des enjeux émotionnels et affectifs inédits du post-partum immédiat. Cet ensemble risque de

faire effraction de façon traumatique et de conduire à une symptomatologie clinique qui prendra différentes formes selon le fonctionnement psychopathologique prévalent : dépression clinique, désorganisation psychotique, mais aussi peut-être les formes de maternités blanches, silencieuses dans le post-partum immédiat, sans affects paradoxalement exprimés en cette période. Dans le cas inverse, si le blues constitue une défense efficace contre ce risque traumatique, il aura valeur de signal pour le moi et permettra à la mère de traverser dans une ambiance émotionnelle cette période, tout en entamant un commerce affectif avec son bébé. Ces émotions seront alors perçues par la mère qui les exprime ou seront du moins ressenties comme telles par un observateur attentif, c'est ce que nous avons développé pour la construction de notre recherche.

Ainsi, le champ de l'affect et de l'émergence de la représentation nous a semblé particulièrement intéressant pour notre question qui tente de cerner les enjeux du post-partum immédiat, du point de vue maternel et de ses liens avec le développement de la vie psychique du bébé. Le travail de l'émotion est actuellement considéré comme un processus dynamique, comportant en lui-même une valeur de représentation et de communication. En ce qui concerne le bébé, les processus de sémiotisation, passage de l'indice au signe, sont fondamentalement affect-dépendants, puisque c'est dans le cadre des interactions précoces, centrées par le jeu des émotions, qu'ils se jouent et se déploient (Golse, 2006). C'est ainsi qu'une indisponibilité psychique de la mère ou un manque de malléabilité (Milner, 1977) vont la rendre peu réceptive aux projections du bébé, induisant chez ce dernier une sorte de répression interactive des affects, puisque, dans ces conditions, ne fonctionne plus la voie de retour qui sous-tend la mise en forme représentative des affects chez l'enfant. La mère apporte dans l'interaction toutes ses capacités d'accordage et d'harmonisation des affects, toute son histoire et tout le poids de sa personnalité, mais aussi tout l'impact de la place que cet enfant particulier occupe au sein de son monde représentationnel.

Les enjeux théoriques du post-partum immédiat ainsi problématisés, nous avons construit un protocole de recherche dont l'objectif principal était de répondre à la question centrale suivante : le blues du post-partum est-il une manifestation signifiante sur le plan clinique et pronostique pour le lien mère-enfant ?

Notre méthodologie de recherche associe des observations cliniques interprétées à l'aide des concepts de la psychanalyse, et des données de psychologie expérimentale, issues des évaluations désormais classiques de la période néonatale. Celles de Kennerley et Gath (1989) pour le blues, de Cox et al. (1987) pour la dépression, de Brazelton et al. (1995) pour l'étude des compétences précoces du nouveau-né, et de Murray (Fiori-Cowley et al., 1999) pour celle des interactions mère-bébé. Nous proposons un suivi longitudinal aux dyades mères-bébés rencontrées depuis les suites de couches de la Maternité jusqu'aux deux mois de vie de l'enfant. 22 dyades constituent notre population initiale, 13 bébés et leurs mères ont pu être réexaminées 8 semaines plus tard.

Nous avons confronté nos données à différents niveaux d'analyse : tout d'abord un niveau statistique, permettant un traitement des données quantitatives ainsi recueillies ; ensuite et parallèlement, un niveau clinique, qui tente de prendre en compte les effets du cadre de la recherche et des contre-attitudes de l'observatrice ; enfin, un niveau métapsychologique.

Nous avons ainsi soumis trois hypothèses à cette validation.

Première hypothèse : le blues du post-partum dans sa forme classique, modérée et transitoire, participerait et témoignerait de l'élaboration psychique de l'événement naissance.

Deuxième hypothèse : un silence émotionnel maternel en post-partum immédiat, autrement dit une absence de blues, témoignerait d'un fonctionnement psychique maternel distinct de celui qui caractérise les femmes qui traversent un blues classique.



Troisième hypothèse : la présence d'un blues classique serait garante d'une capacité de contenance maternelle à l'égard de son enfant et se traduirait donc dans son style interactif, voire dans les compétences neuropsychomotrices du nouveau-né. Inversement, l'absence de blues maternel conduirait à des interactions et à un développement du bébé qualitativement distincts.

Cette dernière hypothèse renvoie donc à une *question développementale* : Quelles sont les conséquences du blues du post-partum et de son absence sur le développement et l'organisation précoce du bébé (état somatique, tonico-postural et neuropsychomoteur)? Quelles en sont les conséquences sur les interactions précoces mères-bébés (proto-conversations, échanges émotionnels entre partenaires de la dyade, rythmicité des échanges) deux mois plus tard, période autour de laquelle doivent pouvoir s'observer et être évalués les premiers organisateurs d'un « sens de soi émergent » et de l'intersubjectivité du côté du bébé (Stern, 1985) : meilleure régulation des états de vigilance, débuts du sourire social, premiers babillages et vocalises, plus grande sensibilité à la contingence et aux états émotionnels du partenaire ?

Ne pouvant présenter ici l'ensemble de nos résultats, nous avons choisi d'en sélectionner certains faits marquants.

Premier groupe de résultats : en dehors de toute psychopathologie avérée, l'analyse phénoménologique de nos entretiens nous a conduits à distinguer, parmi les femmes présentant un blues du post-partum, des mères avec un blues classique, tel que précédemment décrit, et des mères avec blues triste, exclusivement constitué d'affects négatifs et sans alternance émotionnelle ressentie. Cette distinction entre ces deux niveaux de blues nous permet de sortir de la confusion habituellement établie avec la dépression dans les travaux de recherche dans ce domaine, confusion qui a gagné le champ de la connaissance générale et le domaine médiatique.

Ainsi, la distinction entre différents types de blues s'est-elle révélée heuristique sur le plan du fonctionnement psychique dans la mesure où les femmes

ne présentant pas de blues étaient bien plus proches de celles au blues triste que de celles au blues classique du post-partum. En effet, quels que soient les événements traumatiques ou carenciels traversés au cours de leur histoire passée, les femmes sans blues ou au blues triste habitaient l'actualité de leur vie psychique et leur rencontre avec l'observatrice et leur nouveau-né sur un mode, caractérisé par la tristesse et le sentiment d'abandon. Leurs représentations imagiques étant globalement défailtantes et peu structurantes. Les nombreuses thématiques de deuils inélaborés semblaient polariser l'ensemble de leurs investissements pulsionnels au détriment de l'ouverture à l'échange avec leur enfant.

Au contraire, les femmes présentant un blues classique, se sont révélées particulièrement disposées à un retour sur elles-mêmes, et présentes dans la relation à l'observatrice comme à l'enfant. Ces observations tendent en outre à se confirmer et à s'accroître deux mois plus tard, notamment pour les femmes au blues triste, encore submergées par le chaos de la naissance à quelques semaines de vie de l'enfant.

Le blues classique du post-partum semble donc constituer un signal adaptatif pour le moi, et témoigner du travail intersubjectif de l'émotion, à la mesure de la régression maternelle indispensable face au bébé et des nombreux remaniements psychiques, à l'œuvre dans le post-partum immédiat.

Deuxième groupe de résultats. La méthode statistique que nous avons utilisée tentait de reconstituer une typologie des groupes de blues, dégagés à partir de nos observations cliniques. En recherchant donc le pouvoir prédictif et sélectif de données maternelles et infantiles, nous avons eu la grande surprise de découvrir que certaines compétences précoces du nouveau-né, notamment l'organisation du réflexe main-bouche, repérée par l'examen de Brazelton, étaient le fait exclusif des bébés dont la mère expérimente un blues classique dans le post-partum immédiat.

L'échelle de Brazelton constitue un aménagement de l'examen pédiatrique classique, neurocomportemental, du nouveau-né. Il se fonde sur l'interaction directe

du clinicien avec le nouveau-né, qui s'engage activement et corporellement avec le bébé qu'il tient dans ses bras et manipule. Il vise à solliciter et évaluer d'une part les compétences précoces du bébé à la communication, de même que ses capacités motrices et sensorielles oculomotrices, et d'autre part la capacité du bébé à gérer par lui-même les stress et intrusions progressifs apportés par les stimuli qui lui sont proposés et qui risquent de le désorganiser.

Il permet d'évaluer quelles stratégies primitives le bébé met en œuvre pour gérer ces stress, et trouver suffisamment de disponibilité pour l'interaction ? Quelles sont ses préférences, ses aversions, ses manières personnelles de se protéger contre les stimuli envahissants ? Comment manifeste-t-il qu'il est débordé, et dans ce cas, que peut-on faire pour l'aider, quelles manœuvres semblent utiles pour l'apaiser, le consoler, lui permettre de se restaurer et de retrouver le contrôle ?

Le réflexe main-bouche dont nous avons mis en évidence l'importance, cette acquisition d'une capacité d'auto-réconfort par le nouveau-né constitue une compétence particulière d'organisation et de coordination tant sur le plan psychomoteur que sur le plan tonico-postural. Elle témoigne d'une plus grande liberté du bébé et du développement d'une certaine capacité d'autonomie néonatale. Mais, c'est son association aux qualités psychiques maternelles qui constitue un fait nouveau, d'autant qu'aucun autre facteur explicatif ne semble étayer cette corrélation. Le repérage de cette compétence permet donc de mettre en valeur la dimension précoce de l'échange émotionnel entre mère et enfant probablement présente dès la vie *in utero*. Cependant, le passage de la vie émotionnelle maternelle à une gestuelle d'auto-réconfort néonatale reste bien entendu totalement mystérieuse et ce n'est que leur association que nous avons mis en exergue.

Troisième groupe de résultats : Une certaine continuité du post-partum immédiat aux deux mois de l'enfant se dégage de nos résultats : la présence d'un blues maternel et d'un réflexe main-bouche dès la naissance garantissent des interactions mères-bébés à huit semaines ajustées et accordées. La mère offre une

contenance de qualité à un bébé qui la gratifie et soutient l'ajustement maternel en puisant dans ses ressources propres d'organisation tonico-posturale. Inversement, les échanges mères-bébés à deux mois sont marqués par la dysharmonie en cas de blues triste maternel et d'absence de compétence précoce au main-bouche chez le bébé en post-partum immédiat. Les femmes ayant présenté un blues triste et celles n'ayant pas présenté de blues dans le post-partum immédiat sont plus en difficulté que les autres dans l'interaction avec leur bébé. Celles qui ont présenté un blues triste présentent un désajustement relationnel particulièrement franc. Inadéquation maternelle, non consolabilité et excitabilité du bébé, ont par exemple bien été mises en évidence par les évaluations des interactions mères-bébés. Le bébé se trouve mis en difficulté par l'absence de contenance maternelle et entraîné dans une auto-excitation non maîtrisée ni par lui ni par sa mère débordée par son enfant. Mère et bébé semblent alors prisonniers d'un cercle vicieux dont ils ne peuvent se dégager.

Le blues post-natal pourrait dès lors être considéré comme un marqueur du lien intersubjectif avec le nouveau-né et intervenir dans son évolution neuropsychomotrice.

Bien sûr, ces observations seraient à confirmer sur de plus larges échantillons, puisque nous n'avons revu que treize dyades sur vingt-deux à huit semaines, et associées à des mesures plus fines du développement psychomoteur et tonico-postural, et des interactions mères-bébés.

Notre méthodologie nous conduit à proposer une révision et une complexification du repérage et de la contextualisation de la clinique de l'humeur et des émotions développées par la mère après l'accouchement, en nous écartant des définitions habituelles, partielles et souvent contradictoires, du blues du post-partum. Nos observations cliniques et la lecture psychodynamique que nous en avons faite mènent à l'idée que le blues, quand il est transitoire et d'intensité modérée, diffère profondément d'un état dépressif et témoigne au contraire d'un travail psychique à l'œuvre, participant à l'élaboration intérieure de « l'événement

naissance ». Constituant un « signal » pour le moi, il indique le travail de l'émotion et fonctionne comme un mécanisme de défense, permettant de faire face au contexte chaotique du post-partum.

L'absence de blues, le « silence émotionnel » dans la situation de l'après-naissance, de même qu'un blues « triste », tel que nous l'avons défini, témoignent tous deux d'une fragilité du pare-excitation et des capacités de contenance maternelle, et sont par là-même les expressions d'un débordement. Absence de blues et blues triste constituent donc des indices d'une psychopathologie maternelle qui se retrouve dans les difficultés d'ajustement interactif mère-bébé deux mois plus tard. Ces deux types de situations représentent cependant deux formes cliniques distinctes d'expression d'une même détresse. L'absence de blues est parfois l'indicateur d'un fonctionnement défensif visant à la mise à distance d'affects, alors que le blues triste s'inscrit déjà dans le cadre du risque de maladie dépressive qui tend à s'aggraver par la suite.

Inversement, l'échange émotionnel avec le bébé peut être considéré comme le fruit du commerce de la mère avec ses imagos internes et avec la mémoire du bébé qu'elle a été. Grâce à de fines évaluations néonatales et à celles des interactions mères-bébés quelques semaines plus tard, il est possible de trouver la trace de cet échange émotionnel au travers des compétences neuropsychomotrices et tonico-posturales du bébé dès la naissance et du style interactif ultérieur mère-enfant à deux mois.

Ces observations contribuent à invalider l'idée que le blues dans sa forme modérée et transitoire est une figure de la psychopathologie. Au contraire, il contribuerait à une meilleure régulation du bébé et à de meilleurs ajustements relationnels ultérieurs entre mère et enfant.

Ces constats étant exposés, un certain nombre d'enjeux peuvent être dégagés en matière de pratique clinique et de projets de recherche futurs.

Cette perspective nouvelle permet d'ouvrir certaines pistes en matière de prévention dans le domaine de la santé publique pour les soignants œuvrant dans le champ de la périnatalité. Un certain nombre d'indices du côté maternel, tels que le silence émotionnel de l'absence de blues ou la qualité exclusivement triste des affects exprimés dans le post-partum, devraient alerter les témoins de la naissance. Nos résultats conduisent également à une attention redoublée devant toute dysrégulation psychomotrice et tonico-posturale du nouveau-né, dont l'importance est largement soulignée dans les travaux de recherche actuels (Vaivre-Douret, 2003). Partant de ces constats, de nouveaux facteurs de risque dans l'établissement des premiers liens mère-enfant pourront peut-être être repérés, favorisant ainsi une meilleure orientation vers les lieux de soins les plus adaptés. Il s'agit d'être attentif à la fois à l'éventuelle dysthymie maternelle comme à l'état somato-psychique du bébé, mais aussi à la réciprocité de leurs effets sur les partenaires de la dyade.

Ainsi, nos résultats conduisent à interroger les termes du débat actuel sur la durée de séjour en Maternité dans les suites immédiates de la naissance. Il nous semble que nos observations apportent des arguments complémentaires pour favoriser l'allongement de la présence à la Maternité des mères et des nouveau-nés, ou tout du moins pour avancer dans la réflexion sur le type d'accueil à leur proposer. Un repérage attentif de l'expression émotionnelle maternelle paraît fondamental et requiert une collaboration multidisciplinaire au sein de l'équipe soignante.

En outre, l'acquisition du réflexe « main-bouche », même s'il ne constitue probablement qu'un marqueur d'une organisation neuropsychomotrice et tonico-posturale plus complexe, semble particulièrement intéressante à considérer en tant que telle. Ce d'autant que son installation néonatale paraît garante d'une meilleure coordination motrice et corporelle, comme d'un meilleur ajustement relationnel du bébé deux mois plus tard. La recherche systématique de cette compétence pourrait être proposée aux pédiatres et aux puéricultrices de Maternité, de même qu'aux intervenants d'aval (PMI, pédiatres, etc.) qui peuvent facilement la repérer lors des examens de routine.

Nos recherches invitent également au développement d'un « suivi longitudinal psychosomatique périnatal », selon l'expression de Sylvain Missonnier (2009). En effet, nos observations sur une relation entre le travail de l'émotion maternelle en post-partum immédiat et une précocité tonico-posturale chez le nouveau-né, laissent ouverte la question fondamentale de l'émergence d'un fonctionnement psychique lors de la vie fœtale *in utero*. Une mise en place neurocérébrale même très primitive suffit-elle pour qu'émerge une organisation tonico-posturale et un tout début de vie psychique ? D'autres mécanismes moteurs et corporels que ceux que nous avons mis en évidence sont probablement à l'œuvre dans le développement du fonctionnement de la « cavité primitive » (Spitz, 1955). Cette perspective devrait permettre, au travers d'observations conjointes des obstétriciens, des échographistes, des pédiatres et des professionnels du psychisme, une meilleure compréhension psychologique des processus de parentalité dès la période anténatale, des interactions fœto-maternelles, et du développement psychique premier de l'enfant.

Le passage de l'intrapsychique à l'interpersonnel tout en restant profondément énigmatique ne peut et ne doit cesser d'alimenter l'inventivité et la créativité des interrogations dans le champ périnatal.

### ***Bibliographie***

Brazelton T.B., Nugent J.K. *Neonatal Behavioral Assessment Scale*. 3<sup>rd</sup> Edition. Mac Keiss Press, 1995 (Traduction française Bruschiweiler-Stern N., Candilis-Huisman D. Echelle de Brazelton, Evaluation du comportement neonatal. Editions Médecine et Hygiène, 2001).

Bydlowski S., Lalanne C., Golse G., Vaivre-Douret L. The postpartum blues: A marker of early neonatal organization? *Infant Mental Health*, 2013, 34, 6, 508-15.

Bydlowski S., Vaivre-Douret L., Lalanne C., Apter G., Golse B. Le blues post-natal : un marqueur du lien intersubjectif. *La Psychiatrie de l'Enfant*, sous presse.

Bydlowski S. Le blues post-natal et ses effets sur le bébé. Dynamique de l'émotion maternelle et régulations du nouveau-né dans les huit premières semaines de vie. *Le Carnet PSY* 2012/8 (N° 166).

Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. Detection of postnatal depression : a development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 1987, 150, 782-6.

Drossart F. L'archaïque maternel dans la situation périnatale. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 2003, 32, 269-87.

Fiori-Cowley A., Murray L., Gunning M. *Global Ratings for Mothers-Infant Interactions at two and four months*. 2<sup>nd</sup> edition. Winnicott Research Unit, University of Reading, Department of Psychology, 3 Early Gate, Reading, RG6 6AL, UK, 1999.

Golse B. *L'être-bébé*. Paris : PUF, 2006.

Kennerley H., Gath D. Maternity blues I: "Detection and measurements by questionnaire". *British Journal of Psychiatry*, 1989, 155, 356-62. Maternity blues III: "Associations with obstetric, psychological, and psychiatric factors". *British Journal of Psychiatry*, 1989, 155, 367-73.

Lebovici S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces. Paris : Le Centurion, Paidos, 1983.

Mellier D. Les bébés en détresse. Intersubjectivité et travail de lien. Une théorie de la fonction contenante. Paris : PUF, coll. « Fil rouge », 2005.

Milner M. The role of illusion in symbol formation. In : *New direction in psychoanalysis*, London : Maresfiels Reprints, 1977, pp. 82-109. Trad. Fr. Houzel D., Le rôle de l'illusion dans la formation du symbole. Les concepts psychanalytiques sur les deux fonctions du symbole, *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 1990, 8, 244-78.

Missonnier S. *Devenir parent, naître humain. La diagonale du virtuel*. Paris : PUF, 2009.

Pitt B. Atypical depression following childbirth. *Brit. J. Psychiat.*, 1968, 114, 1325-35.

Rochette J. Travail des traces en post-partum immédiat : le blues des quarante jours. In : L. Ayoun, P. Ayoun, F. Drossart (eds), *Les traces de l'archaïque*. Toulouse : Erès, 2009, pp. 61-116.

Roussillon R. L'intersubjectivité et la fonction messagère de la pulsion. *Psychiatrie Française*, 2004, 2, 45-54.



Spitz R.A. (1955) La cavité primitive. *Revue Française de Psychanalyse*, 1959, XXIII, 2, 205-34.

Stern D.N. *The interpersonal world of the infant*. New York : Basic Books, 1985.

Vaivre-Douret L. *La qualité de vie du nourrisson*. Paris : Odile Jacob, 2003.

Yalom I.D., Lunde D.T., Moos R.H. et al. Post-partum blues syndrome: A description and related variables. *Archives of General Psychiatry*, 1968, 18, 16-27.