

« Comment favoriser une dynamique d'attachement au rythme des parents... »  
DES MOTS POUR DIRE, UN ESPACE POUR PENSER,  
UN TEMPS POUR ANTICIPER...

Federica ROBICHEZ  
Psychologue clinicienne  
CHG Clavary, Grasse

### Une grossesse s'annonce...

Une grossesse s'annonce et tout professionnel sait qu'à partir de cette annonce la femme et le couple ne seront plus les mêmes : selon la période de la vie d'une femme, son histoire et celle de son couple, l'annonce de la grossesse pourra être vécue comme un grand bonheur, un bouleversement ou un drame.

Dès le début de grossesse, la rencontre avec le professionnel est un temps important : par sa connaissance médicale, son expérience humaine et son écoute, le professionnel peut avoir un regard sur le processus psychique de la femme, ses questionnements, ses attentes et ses doutes. Le gynécologue obstétricien, la sage-femme, le médecin traitant vont annoncer et expliquer le suivi de grossesse, entendre les interrogations et accompagner les inquiétudes, parfois recevoir des couples confuses et les aider dans la prise en charge.

Au fil d'annonces successives, bonnes ou mauvaises, la femme et le couple, vont vivre et se confronter à des événements qui vont les transformer. La période prénatale comporte en effet une mise à l'épreuve des fondations identificatoires de la femme. La grossesse peut devenir le lieu de révélation de ses propres fragilités narcissiques comme de mise en place de ses compétences à accueillir son enfant. Quelle que soit l'issue de la grossesse : une interruption volontaire de grossesse, une naissance à terme d'un enfant bien portant, une complication médicalement minime ou une découverte d'une pathologie fœtale conduisant à une IMG, chaque situation est unique, et peut entrer en résonance avec des événements passés de la vie des femmes et des couples.

Dans ce cadre, la grossesse est donc aussi potentiellement le lieu privilégié des répétitions traumatiques : la capacité des femmes et des couples à tolérer les mutations somatiques et psychiques relatives à la maternité, les interactions fœtales et le suivi médical de la grossesse fait de procédures de diagnostic anténatal, de bilans et d'exams échographiques, avec des possibles complications médicales, montre la bonne évolution des leurs fragilités psychiques.

La surveillance prénatale apporte un bénéfice maternel et fœtal certain, mais elle est aujourd'hui dominée par les technologies de dépistage qui, du fait de leurs enjeux, rendent les annonces anténatales inévitables et peuvent bouleverser la temporalité de la grossesse.

Dans le passé, la grossesse a été décrite comme un « état intéressant », un état entre deux: entre la fille et la femme, entre la femme et la mère, un état de transition dans lequel se créaient l'enfant et la mère. Peu de événements intervenaient sur la continuité somatique et psychique des neuf mois de grossesse. La « nature » suivait son cours, si elle était imparfaite, cela n'était découvert qu'à la naissance, si la grossesse venait à s'arrêter, c'était par accident et non par choix assumée.

Les dernières décennies ont bouleversé les données à tous les niveaux. Les progrès des techniques de suivi, en particulier de la génétique et de l'imagerie, permettent de proposer à la femme enceinte une surveillance performante, au service du bien-être et de la femme et du fœtus, mais aussi centrée sur le dépistage de plus en plus précoce, de plus en plus précis des malformations. L'obstétrique avec sa technologie n'est qu'un modèle particulier de la médecine moderne : elle ne garantit pas plus de grossesses sans risque que la médecine ne garantit un bon état de santé. À tout moment, grâce aux capacités d'investigation des techniques médicales, chacun peut se trouver exposé au signe précurseur ou à l'annonce d'une maladie dont il n'avait pas de ressenti. C'est le paradoxe de la médecine moderne : une capacité puissante d'investigation diagnostique mise au service du dépistage des maladies, alors même que le sujet, le patient, n'en a souvent ni conscience ni ressenti.

La médecine est devenue prédictive : l'attente du résultat biologique ou de l'image prophétique, la possibilité de l'événement d'une annonce, font vivre un état de vigilance anxieuse, aux limites du conscient, qui peut être ressenti comme un état d'urgence.

Le diagnostic anténatal, souvent socialement présenté comme banal et anodin, condamne parents et professionnels à s'interroger sur les limites de l'humain. Il met potentiellement chacun face à la responsabilité du choix de vie et de mort pour celui qui n'est pas encore né, choix qui se ferme définitivement qu'à la naissance.

Il conduit à explorer ce qu'il y a de virtuellement humain chez le fœtus qui peut, le plus souvent, naître humain à l'issue de la grossesse, mais aussi, basculer à tout moment dans la mort (l'IVG puis l'IMG), l'informe ou la monstruosité.

Le diagnostic anténatal donne en temps réel des informations médicales précieuses là où autrefois persistait un point noir. Attention, il ne crée pas l'incertitude de la grossesse mais peut l'amplifier en avançant dans le temps le questionnement sur la normalité médicale de l'enfant. C'est là que réside toute son intensité dramatique. Son caractère prédictif transforme le fardeau de la fatalité qui autrefois s'abattait sur une famille dont l'enfant naissait porteur d'une malformation, en fardeau de la responsabilité devant les décisions à prendre.

Le fœtus est devenu un « patient » du diagnostic anténatal, un membre de la famille dès sa première photographie échographique conservée dans l'album, un « survivant » en cas de naissance prématurée ou un sujet d'un deuil en cas de « décès ».

Aujourd'hui, la temporalité de la grossesse est donc bouleversée. Elle se trouve fragmentée en une succession de périodes de quelques semaines, chacune vécue comme des étapes décisives : test de grossesse, échographie et dépistage sanguin du risque de trisomie, possibilité d'avoir recours à une biopsie du trophoblaste ou à une amniocentèse, échographie morphologique, dépistages sanguins et suivi divers, échographie du dernier trimestre. Chaque étape peut évoquer une fin en soi.

Par ses enjeux et la turbulence émotionnelle qu'il provoque, le dépistage anténatal peut contrarier le processus de parentalité, en particulier de la maternalité, provoquant des doutes et des discontinuités dans les liens qui se tissent entre des parents et leur enfant à venir.

En périnatalité, comme dans la vie en général, l'individu confronté à cette incertitude multiforme et omniprésente peut mettre en place un mécanisme de défense aidant et organisateur grâce à **l'anticipation**.

L'anticipation inscrit l'individu dans le flux d'une temporalité source de créativité : elle s'enracine dans le passé et permet de négocier avec l'avenir.

Le processus de parentalité anténatale s'organise autour de l'anticipation comportementale, affective et fantasmatique de l'altérité du futur bébé et de sa dépendance envers ses parents. L'histoire individuelle et intergénérationnelle de chaque futur parent et l'histoire de leur relation conjugale signent les caractéristiques de leur anticipation périnatale. Les scénarios comportementaux et fantasmatiques anticipés pendant la grossesse par les devenant parents participent à la construction de leurs interactions futures avec le bébé.

Après la naissance, les réaménagements portés par la rencontre avec le bébé permettent une réorganisation de l'histoire adaptative de chacun.

Toute complication somatique ou psychique de la grossesse, de la naissance ou du post-partum, aura une répercussion sur l'anticipation de la mère, du père et du couple.

Dans le contexte de la périnatalité, S. Missonier propose le concept d'**anticipation parentale adaptative** : il s'agit d'un mécanisme défensif adaptatif prévenant les effets désorganiseurs des dangers réels ou imaginaires. Sur un versant psychique, l'anticipation permet le passage de l'angoisse automatique traumatique, à l'angoisse signal ce qui constitue un mécanisme de défense mature et créatif.

Une **anticipation adaptative** ne correspond pas à une prévision exacte du futur mais plutôt à **un processus de symbolisation de la diversité et de la complexité des scénarios possibles et soutien ainsi l'élaboration du processus de parentalité**.

Il est donc important, pour nous professionnels, d'évaluer la part des angoisses pathologiques liées à la grossesse et la part des angoisses signales où l'affect contenant va permettre des possibilités de travail et d'adaptation.

Partager avec les futurs parents un regard tourné vers l'avenir de la relation mère-bébé, y compris quand il consiste à partager les représentations morbides ou mortifères du bébé, permet à la mère de se réinscrire dans une position psychique active, de se réapproprier fantasmatiquement sa grossesse, et conduire à nouveau ses investissements vers un bébé évoluant au centre du moi.

### Un exemple d'anticipation : les angoisses de malformation

La perméabilité psychique maternelle aux représentations inconscientes propres à la grossesse peut s'exprimer alors à travers des angoisses d'enfants monstrueux. Pour une future mère, l'émergence consciente et la verbalisation de « l'anticipation imaginaire » d'une possible anomalie dépendront, d'un côté, de la nature et du contenu de sa transparence psychique et, de l'autre, de l'accueil que ses divers interlocuteurs réserveront à ces éléments porteurs d'inquiétante étrangeté.

En général, il s'agit d'une angoisse signal psychologique : les craintes de malformation ne sont pas invasives mais liées au travail créatif de la transparence psychique. Cette angoisse signal est aussi une prévision préventive de faits réels possibles : une anomalie fœtale, une complication obstétricale, la naissance d'un enfant porteur d'un handicap... sont des scénarios possibles qu'aucun professionnel raisonnable ne peut prétendre exclure à partir des explorations anténatales.

Parfois on retrouve une angoisse de malformation psycho-pathologique automatique : elle s'exprime par la réactualisation de points de fixations traumatiques et désorganisateur qui bloquent une anticipation adaptative parentale.

Entre ces deux formes d'angoisse de malformation, le professionnel périnatal rencontrera toutes les nuances possibles. La relation entre soignant et parent en devenir permet, par une mise en perspective, d'étayer l'angoisse signal tout en contenant l'angoisse automatique et de favoriser une anticipation adaptative.

Lorsque l'anticipation est créative, elle permet de donner une relative souplesse à la conflictualité inhérente aux désirs des futurs parents comme des aux désirs soignants tout aussi qu'à la confrontation aux aléas de réalité biologique.

## Vignettes cliniques :

Mme A.

Jeune femme de 32 ans, première grossesse souhaitée.

Elle est adressée en consultations par le gynécologue en fin de grossesse, au 8<sup>ème</sup> mois, car ses angoisses deviennent difficiles à contenir.

La grossesse s'est physiquement bien déroulée malgré un contexte médical de surveillance due à la présence des fibromes utérins.

Questionnant son histoire personnelle et familiale, elle parle de son frère né avec une malformation des globes oculaires... événement qui donne origine à ses angoisses de malformation. Dans son travail psychique, elle a mis en place ses propres défenses contre cette source d'angoisse utilisant une forte intellectualisation et s'appuyant au suivi médical pour être assurée plus que rassurée. Les paroles du médecin et les examens, sont accueillies avec l'ambivalence due à son anxiété : entre vigilance presque méfiante et besoin d'explications médicales sécurisantes.

Dans son anticipation imaginaire elle cherche à se représenter la place de bébé dans son utérus fibromateux : ses défenses contre ses angoisses arrivent à contenir les représentations inquiétantes de malformation et donnent lieu à des anticipations plus adaptatives expression d'une angoisse signal : bébé, aurait-il un torticolis ? Une plagiocéphalie ? Puis, la naissance approchant, le gynécologue évoque le mode d'accouchement : une césarienne est recommandée du fait de la présence des gros fibromes qui rendent la voie basse compliquée.

Cette annonce a été difficile à entendre: lors des consultations médicales pendant la grossesse, la voie d'accouchement avait été laissée en suspens attendant d'observer l'évolution des fibromes. Ce que pour la gynécologue était une temporisation de bon sens pour un accompagnement au plus près du possible et pour laisser place à la grossesse, a été interprété par la patiente comme une autorisation à envisager l'accouchement souhaité par voie basse et à l'investir dans son imaginaire. De surcroit, la voie normale supportait la normalité de l'accouchement, de la naissance et du bébé.

L'annonce d'une césarienne programmée est venue ainsi télescoper ses angoisses de malformation : au temps de la réalisation, du passage au réel par la naissance, avoir à envisager une césarienne, ce qu'elle avait mis de côté, fait écho à cet autre inquiétant qu'elle avait réussi à mettre de côté, la malformation. Ainsi sont ré-apparus des peurs, des angoisses de mort, jusqu'à une anxiété à propos de la capacité du gynécologue à assurer l'opération et bien sur une difficulté à investir la césarienne en tant que accouchement et naissance.

L'accompagnement cohérent et l'étayage mis en place par la SF de PMI, la gynécologue, la SF de HdJ et la psychologue ont permis d'entendre son angoisse et de contenir l'inquiétant.

Les mots que la sage-femme a parlé pour expliquer, les repères qu'elle a proposés pour anticiper la situation césarienne et les conseils donnés pour l'accueil de bébé, le travail d'élaboration

psychique fait par la patiente tout aussi que le cadre sur mesure qui a été mis en place pour elle (un rendez-vous SF de PMI et une hospitalisation la veille de la césarienne, la possibilité pour le conjoint de rester dormir la veille de la césarienne avec sa femme une hospitalisation...) ont pu étayer une anticipation créative de la naissance et de la rencontre avec bébé.

Enfin, le lendemain de la naissance, elle en parlera ainsi : « la césarienne c'est bien passée, j'étais beaucoup plus calme que je n'aurais pensé, j'ai eu mon moment d'émotion à la vue de bébé mais je n'ai pas ressenti toutes ses émotions gores que je craignais... »

Mme B. :

Femme à sa 3<sup>ème</sup> grossesse, souhaitée, qui vient accomplir le désir d'une famille nombreuse malgré une vie professionnelle très active.

Demande rendez-vous rapide dans le cadre d'une MAP

Lors du premier entretien, elle n'évoque pas de contexte de MAP mais d'annonce d'anomalie possible suite à la découverte lors de la deuxième échographie de la présence de calcifications sur le foie. Une amniocentèse vient d'être réalisée quelques jours auparavant. En entretien, elle vient parler son angoisse pour cette grossesse et ce bébé, elle ne peut savoir, comprendre et ne sait plus ce qu'elle peut anticiper. Dans l'attente des résultats son angoisse est débordante : elle craint que les professionnels ne puissent donner un diagnostic clair et que des troubles ne se révèlent que dans le post-natal. elle se dit incapable de faire face à un enfant handicapé, elle en vient à questionner la possibilité d'une IMG et l'espace d'un bref instant, à évoquer la possibilité d'un accouchement dans le secret ne pouvant pas tenir face au doute que cet enfant puisse ne pas être normal ou à la peur d'observer tout comportement futur de ce bébé à venir comme signe annonciateur de handicap ou défaut. Ces pensées provoquent un sentiment de culpabilité envers les enfants et la grossesse.

Avoir pu parler le pire, évoquer son besoin de se s'éloigner de cette inquiétante grossesse ne serait que le temps d'une pensée, avoir pu partager ses émotions les plus noires, permettra de sortir d'une angoisse automatique et reprendre la pensée.

Lors des entretiens suivants, grâce à la contenance de l'écoute, elle retrouvera ses défenses habituelles et sa compétence intellectuelle : déplaçant l'attente d'un diagnostic au questionnement sur la portée du diagnostic anténatal et la question de la place de l'humain et de l'humanisme dans le soin médical, elle pourra retrouver une dynamique de pensée pour contenir ses angoisses, repositionner son lien à cette grossesse en retrouvant une expression de soi plus authentique et créative. Par cette capacité reconsolidée, par l'accompagnement professionnel et sécurisant du gynécologue, petit à petit elle reprendra son expérience de grossesse dans un nouvelle rythmique entre temps de projection créative autour de la maternité et de son moi et contretemps des annonces et de la remise en question du sens du soin au profit d'une anticipation adaptative et plus dynamique.

Malgré un accouchement prématuré, avec son corollaire d'hospitalisation et de prise de poids difficile, madame mettra en place un bon lien avec son bébé, s'autorisera à vivre une fusionnalité consciente et du besoin et de la compensation que cela représente pour elle. Enfin, elle se donnera temps pour vivre cette maternité au rythme de son bébé et de ses propres désirs.

## Conclusions

Alors même que la femme est à peine enceinte, le regard sur sa personne change. Elle est perçue comme une future mère alors que le plus souvent elle-même n'imagine pas encore l'enfant qu'elle attend. Les représentations de l'embryon puis du fœtus puis du bébé sont développées dans les livres et dans les représentations sociales, mais dans l'esprit des femmes, l'enfant à naître reste flou avant de devenir une « personne ».

A chaque étape, la représentation du contenu du ventre maternel diffère selon les femmes, leurs antécédents, la perception de leur corps, mais aussi leurs lectures et l'expérience de leurs proches. La représentation de l'embryon, du fœtus véhiculé par la société vient se confronter à celle de l'enfant « imaginaire » mais la place donnée à l'enfant réel, celui qui fait grossir le ventre, celui qui bouge d'une certaine façon, celui qui pèse et accompagne le quotidien, cette place-là ne se construit que très progressivement.

Chaque consultation de suivi de grossesse, chaque main posée sur le ventre, chaque mesure de la hauteur utérine, l'écoute des bruits du cœur fœtaux ou son absence, les mots des professionnels, vont permettre à la grossesse de s'ancrer dans la réalité, bien avant la perception par la femme elle-même des mouvements actifs.

La technologie médicale apporte beaucoup d'informations qui vont nourrir la représentation du futur bébé, mais la technologie seule est aveugle. C'est aux professionnels d'être médiateur entre la technique et le patient, entre la nécessité et l'abus. Chaque professionnel est témoin du danger permanent que représente cet état d'urgence chronique soutenu, comme nous l'avons vu, par le pouvoir du diagnostic anténatal: l'acte peut court-circuiter la pensée, maintenir la pensée en mode opératoire et conduire à une répression des affects.

Lors de la prescription des examens complémentaires, l'information sur l'objectif de l'examen permet d'évoquer la possibilité d'un résultat anormal. Cette éventualité est alors présente à l'esprit de la femme qui viendra chercher le résultat, ce qui évoquera des angoisses.

L'appareil psychique a pour fonction de décharger les angoisses en excès, internes ou externes, pour les lier à des représentations qui puissent organiser un sens. Lorsque ce travail devient difficile pour le sujet, le psychologue et le soignant peuvent mettre leur fonction pare-excitante au service de la création du lien. La contenance qui se réalise par l'accueil de la parole déliée pose les conditions préalables à l'émergence de la pensée pour la patiente.

Il est important de soutenir le moment de difficulté ou d'effroi lorsqu'il se produit afin de prévenir les effets potentiellement désorganisateurs d'un état traumatique sur le fonctionnement psychique et sur l'équilibre psychosomatique et développemental, dérivé d'une rencontre contrariée avec la grossesse.

Alors, face aux crises du devenir parents et du naître humain, il est important d'accompagner et **soutenir une anticipation parentale adaptative et créative** dès le début de la grossesse.

En périnatalité l'asymétrie de la relation patient-soignant ne se limite pas à une asymétrie de connaissances ou de situation et ne peut se réduire qu'en partageant les informations.

La consultation médicale ne devrait avoir pour seul but de surveiller une grossesse ou de poser un diagnostic, mais aussi de développer un **art médical créatif** où l'anticipation parentale et celle soignante se rencontrent de manière productive.

Lors du suivi de grossesse, la future mère et le futur père peuvent mettre en scène les scénarios imaginés sous le regard contenant du professionnel. C'est à lui de savoir se placer suffisamment en retrait pour permettre aux futurs parents une anticipation suffisamment dynamique et créative, tout en restant à l'écoute pour saisir les doutes, les inquiétudes, les attentes, les émotions et y répondre sans parti pris.

Alors l'anticipation soignante devient suffisamment bonne quand elle est « sur mesure », jamais systématisée, capable de soutenir l'anticipation parentale sans provoquer une dépendance et sans favoriser l'émergence d'une angoisse pathologique que la prévention prétend combattre.

## BIBLIOGRAPHIE

Sylvain Missonier : « Pour une hospitalité périnatale », ed. Fabert, yakapa.be

Sylvain Missonier : « La consultation thérapeutique périnatale. Un psychologue à la maternité », collection « la vie de l'enfant » ed. Eres, 2009

Anne-Marie Rajon : « La grossesse : un état d'urgence », *Empan* 2011/4 (n° 84)

Véronique Mirlesse, « Les annonces anténatales », *Devenir* 2007/3 (Vol. 19)

Anne Aubert-Godard, « L'aventure de la grossesse, aujourd'hui », *Laennec* 2002/2 (Tome 50)

Luis Alvarez et al. : « La naissance d'un enfant porteur de pathologie foetale sévère : réflexions cliniques et éthiques périnatale », ed. P.U.F. | *La psychiatrie de l'enfant* 2008/2 ( Vol. 51)

« La grossesse », *Enfances & Psy* 2005/2 (no27)

« Gérer toujours plus la grossesse et l'accouchement ? » Laennec, 2015/4 (Tome 63)

Monique Bydlowski : « Transparence psychique de la grossesse et dette de vie », *Devenir père, devenir mère.* ed. Eres 2004

Bárbara Figueiredo et al. , « Anxiété, dépression et investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse », *Devenir* 2007/3 (Vol. 19)

Armellede Bouvetet, Dominique Jacquemin : « Un « bilan » du diagnostic anténatal : critique épistémologique, enjeux éthiques et ouvertures théologiques au regard d'une proximité des pratiques », *Revue d'éthique et de théologie morale* 2005/1 (n°233)