

Comment expliquer qu'une future maman ne se sente pas enceinte? Comment comprendre que l'enfant naisse alors que la grossesse est restée inconnue de la mère et de son entourage? Pour comprendre le paradoxe sidérant du déni de grossesse qui se manifeste par une «non prise de conscience de l'état d'être enceinte», Sophie Marinopoulos nous expose la dimension psychique de la maternité et de la parenté.

Parce que le psychisme s'allie au corps pour annuler une réalité non pensable pour la femme, l'auteur parle de «trouble grave de la représentation».

Cette absence de pensée qui nie la réalité de l'enfant et de la maternité se contamine à l'entourage en ce compris la sphère de soins. La (re)connaissance de ce phénomène hors de toute rationalité est l'accès à une prévention centrée sur la dimension psychique parallèlement à l'encadrement technologique actuel de la grossesse.

Psychologue clinicienne et psychanalyste, Sophie Marinopoulos exerce à l'Hôpital Mère Enfants du CHU de Nantes. Elle est l'auteur de nombreux livres dont *Le corps bavard*, Fayard, 2007, *Dans l'intime des mères*, Fayard, 2005

LE DÉNI DE GROSSESSE

Sophie Marinopoulos

LECTURES

Temps d' Arrêt:

Une collection de textes courts dans le domaine du développement de l'enfant et de l'adolescent au sein de sa famille et dans la société. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes.

yapaka.be

Coordination de l'aide aux victimes de maltraitance
Secrétariat général
Ministère de la Communauté française
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles
yapaka@yapaka.be



TEMPS D' ARRÊT

yapaka.be

Le Déni de Grossesse

Sophie Marinopoulos

Temps d'Arrêt:

Une collection de textes courts dans le domaine de la petite enfance. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes...

Psychologue clinicienne et psychanalyste, Sophie Marinopoulos exerce à l'Hôpital Mère Enfants du CHU de Nantes. Engagée dans la reconnaissance de la santé psychique comme faisant partie intégrante des questions de santé publique, elle est fondatrice de l'association pour la Prévention et la Promotion de la Santé Psychique (PPSP). Elle est l'auteur de nombreux livres dont *Le corps bavard*, Fayard, 2007, *Dans l'intime des mères*, Fayard, 2005.

Cette publication reprend l'intervention de Sophie Marinopoulos présentée lors de la conférence du 10 mai 2007 à Bruxelles.

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection Temps d'Arrêt est éditée par la Coordination de l'Aide aux Victimes de Maltraitance. Chaque livret est édité à 11.000 exemplaires et diffusé gratuitement auprès des institutions de la Communauté française actives dans le domaine de l'enfance et de la jeunesse. Les textes sont également disponibles sur le site Internet www.yapaka.be.

Comité de pilotage:

Jacqueline Bourdouxhe, Nathalie Ferrard, Ingrid Godeau, Gérard Hansen, Françoise Hoornaert, Perrine Humblet, Roger Lonfils, Philippe Renard, Reine Vander Linden, Jean-Pierre Wattier.

Coordination:

Vincent Magos assisté de Laurie Estienne, Diane Huppert, Philippe Jadin et Claire-Anne Sevrin.

Avec le soutien de la Ministre de la Santé, de l'Enfance et de l'Aide à la jeunesse de la Communauté française.

Éditeur responsable: Henry Ingberg – Ministère de la Communauté française – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles. **Septembre 2007**

Sommaire

Approche sociale	7
• Le déni ne se parle pas	7
• Du fait divers à l'acte juridique	9
Approche théorique	17
• Le désir d'enfant et ses aléas	17
• Comment devient-on mère ou la construction de la maternité psychique?	20
- La mère des soins	22
- La mère symbolique	25
- La mère préœdipienne	26
- La mère œdipienne	26
• Les trimestres psychiques de la maternité	28
- Le premier trimestre: l'état d'être enceinte	28
- Le deuxième trimestre: l'attente d'un enfant	31
- Le troisième trimestre: l'attente d'un enfant dont la femme va se séparer	36
• Le déni dans la littérature psychiatrique	38
• Le déni est contagieux	41
• Le déni à l'épreuve du psychisme: quelles hypothèses psychopathologiques?	42
• Le corps dans le déni de grossesse	54
• L'enfant du déni	56
En conclusion, quelle prévention?	59

*« Croire que l'on comprend c'est tomber
dans le piège des évidences que l'on croit
partager avec d'autres, comme s'il s'agissait
de sous-entendus universels concernant...
le père, la mère, la famille, l'amour...
Les évidences sont des énigmes
auxquelles les humains se rendent
sourds au moyen de croyances issues de
leurs histoires personnelles, greffées
sur des croyances collectives religieuses,
philosophiques, scientifiques, dans
"une conception du monde" supposée
identique pour tous. Dès lors nous
aurons à briser quelques évidences... »*

Jean Szpirko

Approche sociale

Le déni ne se parle pas

Si le corps est le messager privilégié de l'âme, il arrive parfois que son silence conduise le Sujet dans une histoire impensable, où plus rien n'a de sens. Rares sont les moments où nous pouvons prendre conscience de la force de la psyché et de sa communion avec le *corps-organe*. Rares sont les histoires où nous rencontrons un corps capable de trahir celui qui l'habite.

Le déni appartient justement à ces phénomènes difficilement saisissables et toujours interrogeables. « On n'en a pas fini avec le déni » devrions-nous dire en ouverture de cette réflexion, qui se veut avant tout proposer un partage de pensées et de mots, là où résident le silence et l'impensable.

Car le déni ne se parle pas. Il est. Le déni se manifeste par une non-prise de conscience de la réalité. Dans le cas du déni de grossesse, il s'agit d'une non-prise de conscience de l'état d'être enceinte. Ainsi sa manifestation est de ne pas se manifester. Phrase bien étrange qui démontre qu'avec le déni, nous sommes au pays des paradoxes.

Pour approcher le déni, pour tenter de le décrypter, il nous faut nous armer de patience, et surtout renoncer à saisir en l'homme une compréhension qui le figerait et l'étiquetterait dans des descriptions allant de la simple symptomatologie à une pathologie avérée.

Le déni, par les qualificatifs que nous pouvons lui accorder, est excessif, insupportable, inimagi-

nable, étrange, cruel, dangereux, quand il n'est pas sidérant, confusant, perturbant, affolant. Mais pour l'heure, notre propos n'est pas de parler seulement du déni dans sa fonction défensive générale, mais du *déni de grossesse*, celui capable d'arrêter le temps, le corps, la croissance, les maux, rendant l'enfant in utero clandestin, le privant de sa réalité et parfois même de la vie. Le déni peut en effet conduire à la mort de l'enfant comme dans le cas où la femme ignore sa grossesse jusqu'à l'accouchement.

Nous verrons que le déni appartient à la psychopathologie de la femme enceinte et qu'il peut aussi avoir des issues plus heureuses que la mort d'un enfant, en particulier quand le déni est levé assez rapidement au cours de la grossesse. En effet, pris en compte et reconnu, le déni peut être appréhendé dans des accompagnements médico-psycho-sociaux étayant, favorisant au mieux un lien mère-enfant à venir. Des outils de prévention peuvent être alors pensés pour accompagner la suite de la grossesse et permettre à celle-ci de se dérouler dans des conditions sécurisantes.

Pour comprendre le déni, nous devons avant tout prendre le temps de nous représenter ce qu'est une *maternité psychique* et ce que peut être une bonne santé psychique en maternité. En effet, nous ne pouvons pas parler d'un phénomène psychique sans appréhender ce qu'est une construction psychique.

Nous commencerons toutefois ce texte avec Martine, un récit de vie, qui va nous permettre dans un premier temps une approche plus intime de la question. Cette histoire est choisie pour illustrer d'une part, comment quand le déni reste actif tout au long de la grossesse, quand il n'a pas pu être levé, il conduit à un drame humain. Et, d'autre part, pour attirer notre attention sur les réactions de la société que nous tenterons de relier à nos

idéaux, croyances et mythes autour de la maternité. En cela, le procès de Martine est éclairant.

Rappelons pour finir cette part introductive sans aucune ambiguïté, que l'acte de Martine est condamnable, que celui-ci n'est pas acceptable, mais que notre propos dans ce texte est de chercher à comprendre l'acte pour tenter d'approcher le Sujet mère.

Là sont notre présence et notre travail ensemble.

Du fait divers à l'acte juridique

C'est dans une grande ville de province que se joue le procès d'une femme, Martine, qui a mis au monde son enfant et l'a tué aussitôt sa naissance¹. Elle n'était plus si jeune, elle était déjà mère, elle était intégrée dans une vie sociale et familiale plus ou moins heureuse.

Elle appartient à la génération qui connaît la contraception, l'interruption de grossesse, l'aide médicale gratuite, les lieux de protection maternelle et infantile en vue d'un suivi de grossesse. Elle a un compagnon présent au domicile, père de son deuxième enfant, un fils, qu'elle élève avec sa fille aînée de 12 ans, brillante élève de cinquième. La société dans laquelle elle vit est la nôtre, nous partageons ces valeurs communes de démocratie qui permettent l'égalité, la liberté, la fraternité. C'est dans ce contexte qu'elle sera reconnue coupable et jugée pour avoir volontairement donné la mort à son enfant naissant. Elle accouchera seule dans la chambre conjugale, après une grossesse dans le déni. Elle laissera l'enfant mourir dans le sac de couchage dans

¹ S. Marinopoulos, « Dans l'intime des mères », 2005, Fayard.

lequel elle s'était réfugiée pour accoucher, puis l'enterrera dans la jardinière de la chambre, le rendant inexistant, tout en gardant le corps proche d'elle. Le compagnon, père de l'enfant, avec qui elle vit, n'a rien vu, occupé à regarder la télévision au moment de l'accouchement dans une pièce attenante.

Lors du procès, elle se tenait debout ou assise au rythme des ordres qui lui étaient lancés par l'homme qui détenait l'autorité ce jour-là. Son incroyable docilité en faisait un pantin de chair et, si la situation n'était pas aussi dramatique, on aurait pu imaginer un spectacle de marionnettes pour adultes. La voix de l'homme tout en noir commandait le corps de la femme dans un ballet surréaliste. Chaque intonation représentait un fil invisible qui provoquait sur ce corps mou des ondes, des mouvements, des brisures. La voix était forte, assurée, posée, de celle d'un homme dans son bon droit qui peut dire sans sourciller ce qui doit être. L'acteur principal, l'actrice plus exactement, ne semblait pas réaliser qu'elle était justement la vedette. D'ailleurs, elle laissait sans broncher la première place à «la voix».

La plupart du temps, elle restait silencieuse, le corps courbé, le menton sur la poitrine, les yeux fixés sur un point de son gilet. Était-elle consciente de ce qui se passait autour d'elle, prenait-elle la mesure des enjeux de cette journée? Comment savoir? Seule la maille de ce cardigan trop grand semblait l'occuper, la tenir... ses yeux rivés sur ce minuscule point de tricot. Celui-ci était devenu son axe, son appui, le seul capable de la soutenir face à l'insoutenable. Sait-elle que les équilibristes, pour ne pas tomber, fixent à l'horizon un point fictif qui devient leur appui où le fait-elle instinctivement comme un axe de survie?

On parlait d'elle, on ne cessait de parler d'elle,

comme personne ne l'avait jamais fait avant. Qui aurait pu dire quoi que ce soit sur son insignifiance, sa vie sans couleur, son parcours banal? Qui savait qu'elle était née? Où était ce juge lorsque, enfant, elle recevait pour toute attention des cris et des injures?

Oubliée de tous, la voilà aujourd'hui promue vedette d'un jour, non de deux jours, le temps d'un procès, le temps des réquisitoires, le temps d'entendre, d'analyser, de décortiquer sa vie, à partir du jour où l'enfant a été trouvé mort, dans sa chambre, enterré dans la jardinière.

Pas un mot sur l'inconcevable: comment une femme au XXI^e siècle peut-elle douter des hommes, de la société, au point de ne pas trouver d'autre solution que d'accoucher seule, dans sa chambre, pendant que son mari regarde le match de football dans la pièce attenante? Comment a-t-elle pu douter à ce point de notre capacité à l'aider, à l'entendre, à la comprendre? Mais le jugement aujourd'hui ne porte pas sur notre impuissance collective à entendre la souffrance d'une femme et en particulier d'une mère, mais bien sur le geste intolérable qu'une mère a posé.

Pour la presse et le grand public, ce drame humain est un reality show digne des plus célèbres programmes télévisés du moment et il colle bien à la culture ambiante. Aujourd'hui, on est encouragé à l'exploration de soi-même, en public de préférence. L'émission «états d'âmes» est sûre d'attirer le chaland, particulièrement friand de ces interviews sous forme d'autoanalyse.

En réponse à cette attente ou pour bien d'autres raisons, le procès n'aura pas lieu à huis clos, comme le droit l'autorise. Les audiences du procès de cette jeune femme seront publiques. Elle sera livrée aux spectateurs qui pourront en toute bonne conscience assister à cette exposition

intime. Elle ne pourra pas se cacher ni se protéger des regards des hommes et des femmes venus la voir. Il n'y a aucun recoin dans ce box étroit consacré aux accusés où elle sera priée de rester durant toutes ces longues heures à écouter sa vie, un pan de celle-ci revisitée.

La mère de la mère accusée est venue durant le procès. Elle s'est avancée vers le juge et a pu en le regardant lui dire son dégoût, sa haine pour cette enfant devenue femme, qui ne lui a apporté que malheur et déception. Ce procès lui donne l'occasion de le crier publiquement, mais surtout l'autorise à la traiter ainsi sous couvert de la justice qui cherche des éléments de compréhension. Les coups qui s'abattaient sur le corps de l'enfant sans que personne ne le remarque, ne le signale, au point que l'enfant est devenue femme en se sentant responsable de ces mauvais traitements, sont aujourd'hui devenus des mots. Hier des coups, aujourd'hui des mots, tous laisseront la trace indélébile d'un amour jamais donné. Et le juge comprend que décidément cette femme est née dépourvue de la capacité d'aimer. Elle n'aimait pas sa mère et n'a pas su aimer l'enfant qu'elle a mis au monde, d'ailleurs elle l'a tué.

Martine avait deux premiers enfants, qu'elle élevait. Le deuxième enfant, un garçon, était le fils de son conjoint lors du procès. L'enfant décédé était également le fruit de cette union. L'aînée, Catia, était une enfant de 12 ans en 5^{ème}, bonne élève, proche de sa mère. À compter de ses 13 ans, le juge lui interdit les visites à sa mère. En voulant sans relâche punir la mère, il punit l'enfant. Celle-ci est venue me voir quelques années après le procès pour évoquer sa mère et leur proximité. Pour elle, élevée dans l'attention et l'amour maternels, le procès avait été une rupture terrible. On lui avait enlevé la seule personne qui l'aimait et qui l'entourait. Cette mère meurtrière pour son dernier enfant avait su être une

mère aimante pour les aînés. Étrangeté de la vie, de l'humain, qui met à découvert soudainement que nous sommes porteurs ainsi de monstruosité.

Catia, âgée alors de 16 ans, voulait témoigner de ce qu'elle avait été et qui n'avait pas été dit lors du procès. Elle est repartie en me disant qu'elle ne la jugeait pas car le jugement qu'elle portait sur elle-même était tel que rien ne pouvait être pire. Sa punition, elle la portait dans son cœur et son corps, meurtris à tout jamais de l'acte posé et irréversible. Quoi de plus difficile à supporter que son propre regard sur soi dont on ne peut jamais se débarrasser, jamais fuir, et qui de jour comme de nuit vous poursuit ? Images harcelantes.

Le juge de l'époque ne pouvait prendre en compte les enfants vivants. Malgré son habitude et son expérience à juger des drames humains, dans ce procès, l'enfant mort, était devenu une figure vivante à défendre. La complexité de ces procès d'infanticide repose sur la nécessité de comprendre l'acte maternel en interrogeant toutes les étrangetés maternelles.

Par exemple, pourquoi les deux premiers enfants recevaient-ils l'amour de leur mère ? Quelles relations avait-elle instaurées avec eux ? Quel incroyable décalage. « On ne peut pas en croire ses yeux ni ses oreilles », balbutiaient les témoins à la sortie de l'audience. Comment leur en vouloir quand le statut de mère ne fait que des apparitions idéales, laissant dans l'ombre tout ce qui pourrait ternir cette vision ? Et la vision de la mère est véritablement devenue une sorte de mirage, une figure altérée.

Dans ce procès, les enjeux psychiques liés aux images maternelles étaient multiples. Les représentations maternelles de chacun, mais aussi le mythe de la bonne mère, étaient convoqués. Impossible de protéger Martine de ce caphar-

naüm d'images, intrusives, influentes, sans pitié. Mais si une part était inconsciente, il y avait une volonté consciente de punir la mère défaillante et de faire un exemple. Martine, au cours de ces deux journées de procès, est devenue victime en plus de son histoire, d'une forme de négationnisme, dans le sens où il y régnait un véritable refus de comprendre le geste. Et c'est le sort des mères qui « dérapent ». Pour elles, aucune compassion.

Au cours de ce procès, les passages à l'acte furent nombreux, tant sur la forme que sur le fond. Sur la forme, ce furent les tentatives répétées du juge d'interférer durant l'audience, dans toute forme de témoignage opposé à sa propre idée, à son propre penser sur la maternité et ce que doit être une mère. Bien entendu, une mère n'est pas par définition une femme qui tue son enfant, mais une histoire maternelle peut parfois prendre une tournure qui mène à la mort de l'enfant sans que celle-ci soit préméditée.

Être rattrapée par son histoire, par une part de soi qui signifie l'impossible en actes, cela arrive, malheureusement. C'est la compréhension de ces actes qui mettra en lumière des moyens efficaces pour sinon éradiquer ces situations, au moins faire en sorte qu'elles soient plus rares. Car en reliant l'acte au Sujet, nous ferons le lien entre l'agir, celui qui agit, et les causes de ses agissements. En les repérant et en les interprétant, nous pourrions réfléchir à la façon de les prévenir dans d'autres situations.

Pour tenter un début de compréhension, force est de constater que l'inconscient n'est pas un spécialiste de la raison, bien au contraire, il est fait d'irraisonnable, d'irrationnel, d'inattendu, et là était mon expertise, celle qu'attendait l'avocat de la femme accusée. Elle visait la vie psychique des mères en général, son fonctionnement d'un point de vue général avec son étrangeté et par-

fois ses actes qui, s'ils sont inadmissibles, n'en restent pas moins des actes à entendre, des signifiants. Il me fallait parler du déni. Dire que l'enfant n'existe pas pour la mère. Qu'elle ne sait pas qu'elle attend un enfant, que ce phénomène est incroyable mais qu'elle est sincère quand elle dit qu'elle ne s'était pas rendu compte de son état. C'est pour cette raison qu'elle n'a pas prémédité son geste. Qu'elle n'a pas envisagé à l'avance de tuer cet enfant.

Martine n'a pas cessé de dire sa difficulté à être mère sans jamais être entendue. Il est vrai qu'elle ne l'a pas formulé avec des mots, mais avec son corps, qui a mis en route des grossesses pour ensuite les annuler. Ce drame de la maternité, soumis à l'ambivalence et cet impossible à dire, a été le tout premier langage de Martine sur sa souffrance dans le devenir mère. Elle n'a pas été entendue et, lors du procès, elle n'a pas pu être comprise.

Après deux jours de procès, éprouvant par la tension qui régnait lors de l'audience, Martine a reçu le verdict dans une dignité silencieuse: 12 ans de réclusion.

Approche théorique

Associer déni et grossesse, c'est accepter avant tout de reprendre le mouvement psychique qui accompagne la mise en route d'un enfant et de repérer les enjeux psychiques en présence, comme à chaque fois que le Sujet nous rappelle sa condition de Sujet désirant.

Le désir d'enfant et ses aléas

Le désir d'enfant, qui peut paraître la plus naturelle et la plus universelle des valeurs humaines, est en réalité un processus complexe où se retrouvent les souhaits conscients d'immortalité et d'identification aux parents qui nous ont précédés. À ces vœux conscients se combinent les représentations inconscientes, et pour certaines transgénérationnelles, de chacun des deux parents, tout spécialement de la mère, physiquement engagée dans le processus. «*La combinaison va se faire dans un processus d'organisation imprévisible par avance.*»²

C'est à la maternité, dans ce lieu où la naissance est convoquée, que nous sommes confrontés dans le réel à des situations multiples. Les couples arrivent, se croisent, porteurs d'histoires de vie.

Ainsi par exemple, dans certains cas, l'enfant, bien que sincèrement espéré, n'arrive pas. Dans ce contexte dit d'infertilité de l'un ou l'autre des membres du couple, l'enfantement est entravé.

2 M.Bydlovski, « Je rêve un enfant », Éditions Odile Jacob, 2000.

Parfois aussi l'enfantement est inconcevable, comme dans le cas des personnes seules, des couples sans sexualité, des couples de même sexe, des personnes âgées; la procréation alors «ne peut prendre corps» au sein de la relation. Et puis surgit aussi dans des parcours différents l'enfant inconcevable, celui du *déni*, de la dénégation, celui que l'enfantement annonce mais qui n'était pas attendu et pour lequel ses parents dits «de naissance» penseront parfois une séparation dès la naissance.

Toutes ces situations sont, pour les soignants les accueillants des successions de rencontres troublantes.

L'une pleure l'enfant qu'elle attend depuis si longtemps. L'autre pleure cet enfant qui arrive contre sa volonté et avec qui elle ne veut pas rester, allant jusqu'à l'oublier, le nier, le rendant clandestin et mal venu. D'autres réclament que nos progrès scientifiques se mettent à leur disposition en faisant fi de leur âge (demande de fécondation de couple âgé), fi de leur sexe (couple de même sexe), fi de la vie (demande de fécondation post mortem par le conjoint vivant).

Dans tous les cas de figure, la souffrance est au cœur du vécu de chacun, résonnant tel un éprouvé non métabolisable, c'est-à-dire dénué de sens, privant le Sujet de sa raison. Chacun essaye de mettre des mots, tel le couple qui est surpris de l'annonce d'un enfant à naître suite à un déni massif et qui tente de nous dire alors «*qu'il ne comprend pas ce qui lui arrive, qu'il ne peut pas s'agir de lui, que c'est un autre qui vit cela et qu'il espère vite se réveiller de ce cauchemar*». Ou bien encore le couple infertile qui signifie «*que c'est injuste, que leur amour devrait suffire à justifier leur demande, à valider leur parentalité espérée*».

À chaque fois, la naissance hors de son contexte singulier, hors de ces expressions de souffrance, devient un sujet de débat et vient interférer dans le social, faisant naître des pensées collectives qui ne seront pas sans influences dans l'accueil de ceux et celles que nous rencontrons. Ainsi, en parallèle de notre travail au sein des murs de nos institutions de naissance, le public s'agite et réagit face aux histoires exposées. Elles font naître des émois dont les risques sont des jugements hâtifs, annulant le Sujet qui souffre, le privant de son corps signifiant. *Le déni choque* pendant que *l'infertilité émeut*. *L'infanticide scandalise* pendant que *l'adoption nous ravit*.

Quant à ceux qui travaillent auprès de ces parents, il leur faut se dégager de ces prises de position qui mènent au jugement pour rester sur la seule place professionnelle possible, celle d'un positionnement qui mène au signifiant, c'est-à-dire à une écoute qui cherche le sens de ce que vit celui qui le consulte. Écouter pour comprendre et donner du sens. Accompagner pour entendre au-delà de ce qui se présente à nous.

Car le désir provoque l'irruption de l'irrationnel et fait naître des histoires familiales, parentales, des liens parents-enfants qui sont nourris d'étrangeté qu'il nous faut dépasser.

Ainsi nous voyons que le lien parent-enfant peut être inexistant (*le déni*), impossible (*abandon*), violent (*maltraitance*), insaisissable (*délaissement*), vide (*carence*), déplacé (*abus*), mais aussi le lien ne peut être qu'imaginaire (*infécondité*).

Chaque situation présente des spécificités et les incidences sur les enfants varient en fonction de celles-ci. Ces situations qui constituent mon quotidien de clinicienne démontrent que l'enfant attendu dans la réalité ne transforme pas toujours psychiquement l'adulte en parent. L'adulte

reconnu dans une naissance sociale comme père ou mère peut se sentir dans une incapacité à endosser ce rôle. Notre clinique nous apporte chaque jour le témoignage de ces naufrages familiaux ou certains membres de la famille se vivent plus ou moins consciemment comme des imposteurs. C'est leur souffrance qui va les conduire à nous consulter en vue de s'engager dans un processus de compréhension et de découverte de soi-même.

Naître parent ne va pas de soi. Il s'agit de pouvoir supporter les multiples métamorphoses imposées par sa propre histoire. Elles sont habitées de forces psychiques parfois contradictoires et qui peuvent mettre en péril la filiation. Ce constat clinique permet d'introduire la question de la maternité, de son processus, de sa définition, avant d'en explorer ses manifestations et dérives.

Comment devient-on mère ou la construction de la maternité psychique ?

La maternité n'est pas instinctive mais historique. Elle prend sens dans la construction de l'histoire de l'enfant, dans des repères filiatifs où père et mère occupent des places centrales. Là se joueront les liens originaires des enjeux de la maternité psychique à venir. Là se déploieront des ressources que le Sujet exploitera dans son rapport à l'autre, dans son bagage psycho-affectif, mais aussi des défenses, qui pourront prendre plus tard, le temps d'une grossesse, la forme d'une dénégation, d'un *déni*, surprenant le Sujet lui-même.

Le tournant de cette construction se situe dans la prise de conscience par l'enfant qu'il est un être sexué dans un couple parental lui-même sexué.

Ce moment est comme un rite de passage qui bouleverse les projections de l'enfant envers ses parents, le nourrissant de nouveaux enjeux psychiques, alimentant des identifications et des contre identifications sources d'affects et d'émois, lesquels seront des traces amnésiques que le corps gardera pendant que la psyché oubliera.

On devient mère par une histoire dans une histoire. Il ne s'agit pas tout simplement d'être mère quand on attend un enfant; il s'agit d'être mère dans une famille, là où il y avait d'autres mères et d'autres pères qui prennent une part active dans la constellation familiale fantasmatique, convoquée lors de l'attente de l'enfant. De nombreux conflits psychiques se dévoilent à l'insu même de celui qui est à l'origine de cette convocation générationnelle.

Chaque future mère porte non seulement son enfant mais avec lui l'enfant qu'elle a été, accompagnée des parents qu'elle a eus et intériorisés, les transformant en imagos parentaux. Ces personnages intériorisés se sont succédé, associés, permettant à l'enfant de grandir. Chaque adulte que nous sommes devenus porte en nous des mères et pères qui ont jalonné notre parcours de vie, nous construisant psychiquement, nous soutenant physiquement. Nous sommes ainsi empreints de différentes mères que nous pouvons présenter ainsi: une mère des soins, si sensorielle qu'elle soutient l'enfant dans ses premiers émois; une mère protectrice qui par sa fonction pare-excitation sera un bouclier efficace contre les stimulations endogènes et exogènes; une mère symbolique dont les aptitudes à s'absenter aideront l'enfant à devenir un créateur d'image, un penseur de la mère absente; puis suivra la mère précœdipienne qui ouvrira la tiercité sexuée, très vite remplacée par la mère œdipienne capable de mettre en scène le contexte œdipien en vue de voir grandir l'enfant hors de la sphère familiale. Chacune a

son importance. Chacune mérite quelques minutes de notre attention pour que nous rappelions de quoi ce cheminement est fait, tout en précisant que chaque mère porte en elle un père qu'elle introduit auprès de l'enfant, en commençant par le nommer, lui donnant ainsi sa place symbolique, lui qui nommera l'enfant, pour le porter à son tour.

La mère des soins

est une mère dont le rôle précoce est fondamental et structurant au niveau du corps en éveil de l'enfant. Celui-ci, tout juste né, découvre le monde au travers d'échanges sensoriels, portés prioritairement par cette mère soignante.

Personnage qui n'est pas nécessairement celle qui a mis l'enfant au monde mais qui représente une fonction métapsychologique telle que Freud l'entend : présence, rythme, contenance. Elle est donc là avec une extrême régularité, mère qui répond aux besoins de l'enfant tout en développant la dimension symbolique du lien : voix qui nomme avec un son enveloppant, une main caressante, des yeux qui parlent, créant ainsi un pôle de sensorialité qui fera traces, traces mnésiques d'une rencontre fécondante. L'enfant construit alors son *Moi peau* cher à Anzieu, source d'un corps psychique en construction. Bien des auteurs se sont lancés dans la course aux nominations pour signifier ce que peuvent être ces premiers liens prometteurs de vie, d'amour, de narcissisme, de soi, de l'autre. Tel Stern qui parle « d'accordage affectif ». Dans ce tête à tête idéal parent-enfant, le sentiment de soi du bébé est reflété par le parent lui-même, qui en réciproque se forge son identité maternelle et paternelle et se réinvente en tant *qu'individu parent*. Il y a de la métamorphose : une « Re-naissance ». Bion, un autre auteur brillant et attentif aux relations précoces, développe son concept de rêverie maternelle, pendant que Winnicott, son aîné, parle de

la « préoccupation maternelle primaire » qu'il nomme aussi « une folie normale ». C'est un moment où le psychisme de la mère et celui de l'enfant sont branchés l'un sur l'autre. La mère se retrouve dans *des processus originaires* qui lui permettent cette empathie avec le bébé. Ce processus originaire est essentiellement corporel, sensoriel, dans un monde d'éprouvés. Pour le père, il s'agit de jouer un rôle de contenant pour permettre à la mère ce travail d'empathie et cette rêverie. Il est un support à la rêverie de la mère. Il est l'Alter de la mère. Cette capacité d'être, en tant qu'adulte attentif et soignant, un corps qui éprouve et qui transmet de cet éprouvé, permet ensuite à l'enfant de fabriquer, à partir de ce matériel brut, une substance psychique qui deviendra émotions, relations, rencontres.

Nous noterons tout de suite, en retournant du côté de nos patientes adultes, que dans le cas du déni, il y a une place prépondérante du corps gelé, qui ne ressent pas, n'éprouve pas, allant jusqu'à donner au visage de ces femmes une sorte de gel d'affects, empêchant de décrypter leurs états émotionnels.

Une mère qui soigne et aussi une mère qui protège, devenant une « mère pare-excitation » qui apaise son bébé. C'est elle qui vient le soustraire aux stimuli endogènes (ex. : tension de la faim), le soulageant et favorisant un mieux-être. L'enfant, par l'expérience de cet apport extérieur à lui dont il prend conscience au fil de l'expérience relationnelle vécue, se construit et se vit comme différencié avec des assises narcissiques propres. Les expériences émotionnelles, que Freud appelait « les trop puissantes excitations extérieures », doivent être contenues dans cette maternante, que Bion avait pris pour habitude de nommer la fonction alpha. Ainsi apparaît toute la force du concept de cet auteur qui note que les stimuli reçus à l'état brut sont des éléments bêtas, mor-

celants pour l'enfant, que la mère va transformer grâce à cette fonction alpha protectrice.

Dans ce lien à son enfant qu'elle soigne, contient et protège, elle a aussi une portée érotisante, donnant aux soins une tonalité de plaisir sexualisé. Ce que Freud appelait un «courant tendre» en parlant de cette relation de soin maternelle. Soins, nous le voyons au fil des mots, sont complexes et à l'origine de la naissance de l'enfant dans son rapport au monde, qu'il découvre à travers ce personnage central qu'est la mère. L'enfant est donc très tôt bercé de messages maternels qu'il va se charger d'interpréter.

Pour P. Aulagnier³, si nous nous attardons en particulier sur l'enfant fille, celle-ci arrive dans un univers préformé au féminin, sorte de territoire balisé des valeurs maternelles et d'un discours interprétatif préexistant. La place de la mère est définie comme «une ombre parlée» qui énonce ses exigences, donne ses sentences. La mère est une «double matrice» : elle porte la fille et elle dit les valeurs des femmes de la famille. Mais elle est aussi l'objet d'amour originaire et donne le poids des modèles féminins⁴. La mère est dans des processus primaires c'est-à-dire qui font naître des fantasmes, des imagos, des personnages, du mouvement. Là est tout le sens de la part historique de la maternité, l'éloignant définitivement d'un concept mythique d'une maternité instinctive.

Il est temps d'ailleurs de noter que ces mères aux prises avec le déni ne sont pas dénuées d'instinct, hypothèse bien simpliste, mais elles sont emprisonnées dans une matrice maternelle qui

3 P. Aulagnier-Castoriadis, «La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé».

4 F. Couchard, «La parole des mères, parole structurante dans la culture musulmane», in Perspectives psychiatriques 8, III.

les a précédées et qui fait entrave à leur propre développement de mère.

La «mère symbolique»,

quant à elle, appartient aussi à cette fonction métapsychologique qui sait manier ses apparitions, comme une «mère image» qui peut se maintenir dans la pensée de son enfant. Car une mère qui disparaît sans jamais être perdue pour l'enfant est une mère qui accepte le corps à corps distancié, et donc supporte que son enfant se passe d'elle, et fasse sans elle. L'enfant éloigné du corps de la mère, dans une atmosphère sécurisante (elle n'est jamais très loin, la mère), va tenter de supporter l'absence en fabriquant seul, un état identique à quand la mère est là. C'est le rôle par exemple du suçotement ludique du bébé qui attend son biberon et qui maladroitement tente de mettre à la bouche un bout de drap, un doigt, quelque chose qui *fait fonction de*. Calmé quelques secondes par le sentiment d'apaisement, qui lui fait ressentir quelque chose que nous pourrions nommer : *comme si* la mère le nourrit, le bébé est capable d'attendre qu'elle arrive. Ce mécanisme de *comme si* est une ouverture à l'autonomie psychique et au rapport à l'absence. La mère image, symbolique, sait faire attendre, elle sait se passer de l'autre car elle a elle-même expérimenté l'absence et sait que la construction de soi repose sur cet espace. Elle a expérimenté elle-même que se perdre de vue provoque du manque mais en aucun cas de la perte. La qualité de la présence dans la discontinuité est à l'origine de ce sentiment fondamental de *continuité d'être*.

La mère est ainsi à distance et tempérée dans ses réponses qu'elle sait distribuer avec justesse. Elle permet la mise en place *des processus secondaires* faits de pensées, de liens entre les choses qui prennent sens. Le père soutiendra ce temps en suspens *sans mère* auprès de l'enfant et favori-

sera l'ouverture triadique de la relation. Le père est symbolique et il va soutenir les processus successifs de manque, indispensables au grandir de l'enfant, en l'emmenant dans son devenir de Sujet.

La mère précœdipienne

regarde sa fille comme sa propre mère a pu la regarder, la préparant aux relations affectives futures. L'enfant construit son identité sexuée dans le regard de sa mère qui l'aime et dans celui de son père qui l'en détache. L'enfant, à cette période, peut déceler les sentiments de son père et de sa mère à travers des indices qui prennent différentes formes. L'enfant écoute les mots de ses parents, observe leurs gestes, leurs regards, infiltre leurs pensées en écoutant leur silence, leur fuite, leur distance. L'enfant s'imprègne des alliances et désalliances de ses parents. Il existe pour l'enfant tout un tas de signifiants qui viennent traduire une atmosphère triadique qu'il commence à percevoir. Il «naît» enfant sexué dans un couple parental et bien sûr sa vie affective, émotionnelle, relationnelle va se métamorphoser au rythme de cette croissance psychique. L'enfant emmagasine, il intuitionne quelque chose de l'autre différent et s'en nourrit dans son être psychique fait de maternel et de paternel.

La mère œdipienne

prendra la suite, autorisant sa fille à se séparer d'elle, à sortir de son désir et devient «une passeuse de féminité sous le regard et l'autorité du père»⁵. L'enfant construit son identité sexuée dans un rapport au masculin et féminin. Sans ces identifications sexuées œdipiennes, rien n'est possible. Pour la fille, l'image liée à l'évolution pubertaire est étrange. L'envie fondée sur une relation duelle (Klein) et la jalousie (qui inclut toujours un rival), interfèrent sans cesse dans les relations mère-fille, instaurant une relation tria-

5 J. Morel, «Cinq-Mars», op. cit.

dique. L'œdipe peut entrer en scène, les acteurs sont bien là. Chacun a une place à occuper et il ne faut pas se tromper de place.

Toutes ces mères portées par la future mère fondent la maternité psychique que nous observons pendant la grossesse et prennent une part active dans les manifestations d'étrangeté que nous auront à étudier. La notion de transparence psychique expliquée par Monique Bydlowski est très parlante.

Voilà comment une histoire psychique qui fait naître un Sujet symbolique, c'est-à-dire un Sujet relationnel (avec la dimension consciente et inconsciente du lien) qui est lié à ceux qui l'entourent au regard des places qu'ils occupent, se construit dans le plus grand silence, à l'abri des regards, élaborant la part énigmatique des êtres que nous sommes. Nous ne nous souvenons de rien et pourtant nous n'avons rien oublié. Ainsi, on devient mère avec des mères qui nous ont précédées, porteuses des pères qui les accompagnent et qu'elles ont intériorisés; avec des mères mythiques et idéales que nous partageons; avec des croyances que nous défendons farouchement pour ne pas voir nos propres défaillances. Ce que nous avons du mal à comprendre, c'est que, lorsque le Sujet défaille, ce n'est pas l'être social qui se révèle. Lui ne fait qu'agir. C'est le Sujet *symbolique* qui s'exprime, mettant en lumière une histoire obscure et sans paroles qui, lorsqu'elle apparaît, nous agresse et nous empêche de penser. Le Sujet symbolique est celui qui est lié et relié à ceux qui l'ont précédé. D'ailleurs, quand nous entendons parler d'une histoire terrible sous forme de *faits divers*, nous sommes dans un premier temps saisis, privés de pensée, abasourdis. Puis nous nous mettons en colère, laissant exploser notre agressivité, notre violence verbale, pour nous défendre de ce que nous recevons.

Les trimestres psychiques de la maternité

Au départ de sa grossesse, la mère est habitée non pas d'un enfant mais d'un événement. Aucune mère n'oublie sa grossesse et son accouchement. *Souvenir non pas d'une date mais de ce qui fait date: un corps fécondant.*

Cette période pour laquelle j'ai repris une temporalité trimestrielle en référence au découpage médical de la gestation, possède un rythme, une temporalité, des représentations propres à chaque trimestre. La préhistoire de l'enfant commence par des mots d'avant sa conception, par la rencontre des désirs parentaux, et se poursuit dans ce temps de la grossesse, scandé par un corps se transformant. Les trois grands temps de la naissance psychique, je les ai dessinés au fil des mots de celles que j'ai rencontrées durant des années de pratique clinique, en observant et écoutant leurs corps ambivalents, souffrant, désirant, parfois au bord de leur propre faillite.

J'en ai retenu comme élément de prévention et de surveillance psychique de la grossesse la construction de la représentation de l'enfant⁶.

Le premier trimestre: l'état d'être enceinte
Le premier trimestre ouvre sur l'état d'être enceinte qui relie la femme à un corps fécondant habité. Il ne s'agit nullement de l'attente d'un enfant mais plus exactement d'un «état d'être». La métamorphose corporelle est bien intériorisée dans le changement propre de la femme d'un point de vue psychique, mais il n'y a pas de représentation d'enfant. Les femmes parlent de leur ventre, de leurs états, de leurs maux de corps, et

mesurent le changement psychique de leur propre statut, s'en étonnant au regard du peu de transformation physique. Elles sont le plus souvent avides de paroles sur cette période nouvelle qui fait naître des émois jusque là inconnus. Dans cette première période maternelle réelle, les liens passés, tels ceux à la mère et au père, sont réveillés et évoqués. Ils peuvent être douloureux ou au contraire paisibles, mais ils sont présents et viennent prendre une part active dans le récit de ce trimestre. C'est d'ailleurs dans cette période que l'interruption volontaire de grossesse est possible. Dans ces situations, il s'agit pour la femme d'arrêter un mouvement en marche vers un statut qui n'est pas souhaité, celui de devenir mère dans un ordre symbolique. Il ne s'agit aucunement d'un enfant, celui-ci n'ayant pas encore d'existence dans la pensée maternelle.

Notre attention durant ce trimestre doit être totale sur justement l'avancée de la construction psychique de l'enfant dans la pensée de sa mère. Lors d'un entretien pré IVG, si la grossesse est évoquée non pas sur le versant de son statut mais celui de l'attente d'un enfant, celle-ci est contre-indiquée. Si elle a lieu malgré tout, elle risque d'être vécue psychiquement comme le drame de la perte d'un enfant; perte non métabolisable donc non assimilable. La représentation trop précoce de l'enfant serait une contre-indication aux interruptions volontaires de grossesse.

C'est ce dont témoigne cette patiente, Carmen, qui a eu quatre enfants après une première grossesse interrompue. Il n'y a donc pas eu d'effets délétères sur sa fécondité physiologique, mais par contre, sa fécondité psychique a été profondément atteinte. Alors que son enfant aîné a déjà 14 ans, elle se dit ne pas se sentir mère de ces enfants vivants, partageant une histoire avec un seul, «celui qu'elle a tué». Elle est le plus souvent

6 S. Marinopoulos, «Dans l'intime des mères», Fayard 2005.

perdue dans des pensées le concernant, et quand elle pose son regard sur ses enfants réels, elle devine à travers eux ce qu'ils possèdent de l'absent. Cette situation rend folle et elle n'est pas loin de le devenir, lorsque je la rencontre pour la première fois.

Dans la clinique des infécondités, il n'est pas rare de retrouver parmi les antécédents une interruption de grossesse certes volontaire mais insupportable d'un point de vue psychique, car justement l'enfant était né dans la tête de sa mère. Le corps en devient ensuite infécond pour des raisons psychogènes, laissant la femme dans la détresse entre cet impossible enfant tant espéré et celui qui aurait dû être autrefois, dont elle n'a pas fait le deuil, culpabilisant sans interruption.

C'est également dans les grossesses chez les femmes au profil carentiel parfois maltraitant que nous retrouvons des représentations d'enfant extrêmement précoces. La grossesse n'est pas encore confirmée qu'elles parlent déjà de l'enfant. Enfant réparateur qui, une fois né, devient vite persécutant puisqu'il ne peut rien pour réparer l'histoire passée défailante, et son impuissance sera totale pour l'histoire à venir.

Dans le contexte de déni, aucun maux du corps ne sont repérés. Les femmes d'ailleurs ne consultent pas dans cette période de la grossesse trop précoce. D'ailleurs nous ne parlons pas de déni dans les trois premiers mois de grossesse, considérant que le déni n'est existant qu'après le premier trimestre. C'est comme s'il y avait un espace de tolérance accordé aux femmes pour qu'elles se disent enceintes.

Or, dans le déni, nous sommes face à l'absence de prise de conscience de manifestations du corps se transformant. Il est lié non pas à un nombre de mois sans déclaration, mais à un état

d'être qui vient couper le corps éprouvé du corps pensé, et cela peut se voir très précocement. Nous devons être attentifs à cette absence de ressentis éprouvables et formulables.

Le deuxième trimestre: l'attente d'un enfant

Le deuxième trimestre voit naître l'attente d'un enfant qui se caractérise par la représentation de l'enfant et les émergences fantasmatiques et imaginaires qui l'accompagnent. Dans cette période, l'enfant est examiné en le corps de sa mère, et les explorations guettent sa bonne santé. Ce bébé virtuel porté par les pensées de ses deux parents accompagne le bébé réel, de chair, niché au creux du corps de sa mère.

Lors de ce trimestre, une faille dans la représentation de l'enfant peut avoir des incidences graves sur la construction future du lien à l'enfant réel. Il s'agit par exemple des annonces de handicap qui demandent des examens complémentaires en vue de s'assurer de la réalité des craintes médicales, mais qui par la suite révéleront un enfant en bonne santé. Pendant la période d'attente des résultats, les parents nous témoignent d'un mécanisme de protection face à la douleur d'une possible mauvaise nouvelle confirmée, à savoir: couper toute pensée avec l'enfant attendu.

D'un point de vue psychique, ils provoquent une rupture dans le lien fantasmatique et imaginaire qu'ils avaient élaboré et qui inscrivait l'enfant dans sa lignée familiale. Cela revient à arrêter de le nourrir affectivement. *«Il y a alors un mécanisme de clivage qui s'opère mettant en scène un enfant réel qui se développe en dehors de la rêverie de sa mère et de son père. Cette effraction dans la fantasmatique maternelle lors du déroulement de la grossesse entrave la capacité de rêverie (selon Bion) de la mère, provoquant un état de sidération, empêchant par la suite le développement de la capacité de préoccupation*

maternelle primaire» (Winnicott⁷). Nous retrouvons ces parents généralement après la naissance de l'enfant, dans des demandes de soins psychiques au regard d'une relation difficile avec l'enfant.

Telle Brigitte⁸ qui attend son troisième enfant. C'est une jeune femme dynamique qui a eu des antécédents médicaux avec ses deux premières grossesses, expliquant une surveillance pointue de cette troisième grossesse. Les deux premiers enfants ont présenté des problèmes de santé. Pour l'un, il a fallu des interventions chirurgicales et pour l'autre des soins pluridisciplinaires au regard d'un retard global de l'enfant. Pour cette troisième grossesse, nous pouvons imaginer que tout le monde est vigilant, médecin, futur père, future mère. Après cinq premiers mois sans encombre, c'est détendue que Brigitte se rend à son échographie, et quelques jours avant, lors d'un rendez vous, elle me confiait que c'était la première fois qu'elle se sentait bien à ce terme de grossesse. Elle faisait plaisir à voir et sa sérénité paraissait de bon augure.

L'accueil du médecin a été courtois sans expansion ni attention particulière au regard de son passé médical. Il l'a fait s'installer confortablement en vue de l'examen, le tout dans un silence complet. Mais dès les premiers mots, Brigitte s'est sentie blessée par la manière dont le médecin s'est exprimé. Au lieu de la nommer par son nom pour la présenter à l'interne présent lors de cet examen, il a énoncé «*nous avons donc déjà eu deux enfants, le premier atteint d'une pathologie cardiaque et le deuxième d'un retard global...*» sur un mode très universitaire qui décrit un cas clinique.

7 I. Allard et S. Marinopoulos, «Prise en charge psychanalytique des tout petits», mars 2003, Confluences, numéro 57.

8 S. Marinopoulos, «Dans l'intime des mères», Fayard 2005.

Mais dans le cas présent, le médecin a oublié que «le cas clinique» était Brigitte, une femme en chair et en os en face de lui. Lors de l'échographie qui dura fort longtemps, un silence terrible régnait dans la pièce pour enfin entendre qu'il y avait un problème au niveau du cortex et qu'il n'arrivait pas à repérer la substance grise avec sa sonde. Après de multiples tentatives, il décide d'arrêter l'échographie et propose à Brigitte de revenir dans huit jours. Huit jours, soit une éternité. Une mère suspendue à l'annonce d'un drame possible mais pas certain. Que dire de plus ? Que penser de cette attente proposée ? Brigitte est effondrée et repart sous le choc de l'annonce. Elle s'arrête alors au niveau de mon lieu de consultation à la maternité et demande à pouvoir être reçue. Là, elle se vide littéralement, se laissant aller à évoquer le choc, la peur, le terrible destin de mère qui la poursuit et son incapacité à procréer normalement. Du bébé elle ne dira rien, plus rien, elle qui était si volubile à son sujet. Le lien est rompu entre eux, la confiance aussi. Brigitte ne peut plus penser, ne peut plus porter son enfant dans sa tête. Ces mots qui coulent ont valeur d'une grossesse qui s'interrompt naturellement. Elle perd les mots comme on peut perdre les eaux, mais c'est si tôt. D'ailleurs sa respiration est devenue difficile. Le souffle coupé, elle a du mal à reprendre le rythme pourtant si naturel de l'air qui vient la faire vivre et faire vivre son enfant.

Huit jours plus tard, Brigitte est là, fidèle au rendez-vous. Les nouvelles sont meilleures. Finalement, le spécialiste voit bien la substance recherchée dans le cortex mais cette fois il la trouve légèrement trop épaisse. Un millimètre de trop ; là, il propose à Brigitte avant toute conclusion définitive, d'exposer «son cas» le soir même en urgence, dans un staff spécialement réuni à cet effet. Là viendront des spécialistes de pédiatrie, d'obstétrique, et autres... Il ne reste plus

qu'à attendre. Ce ne sera pas long car dès le lendemain matin, les résultats de ces réflexions mènent à des mots rassurants. Un des collègues convoqués dans ce staff a rappelé la genèse de ces explorations échographiques et leurs inexac- titudes encore aujourd'hui. Il a proposé de rester dans le chemin du bon sens et de ne pas sur- ajouter d'inquiétudes là où il n'y a pas lieu d'en avoir. Pour lui, ce fœtus va bien et correspond aux normes en vigueur. Rassuré ou content d'être épaulé face au doute qui l'a envahi, le médecin de ma patiente s'est rangé à son avis. C'est avec satisfaction qu'il annonce cette bonne nouvelle à Brigitte, persuadé qu'il ne lui reste plus qu'à finir sereinement ces trois derniers mois de grossesse.

Et Brigitte n'a pas le choix. Elle ne pourra rien dire de ce qu'elle vient de traverser, muselée par un sentiment violent d'un impossible à dire face à «des bonnes nouvelles». Que serait une femme qui se plaindrait de nos techniques, de leur puissance et de leur capacité à nous ras- surer, sinon une ingrate? Et Brigitte ne veut pas être de celles-là. De plus fonctionne dans ces moments le phénomène bien connu, dans les maltraitements, à savoir qu'en se plaignant, l'agressé devient l'agresseur. Cette identification à celui qui peut blesser l'autre est impossible d'un point de vue psychique, tant la victime est encore aux prises avec sa souffrance. Les mots ne peuvent alors se dire, il ne reste que le silen- ce et le repli sur soi. Brigitte ne peut qu'aller bien et plus rien ne peut faire de l'ombre à cette gros- sesse jugée par le corps médical normale. Les mois qui lui resteront seront terrifiants, mais cela ne se verra pas. Même à son mari, elle aura du mal à parler de ce voile qui envahit depuis ses pensées.

Les femmes témoignent souvent, dans des situa- tions analogues à celle de Brigitte, de leurs diffi-

cultés à transmettre leur état d'âme à leur conjoint, alors que l'entente conjugale est très bonne. Elles ne trouvent pas les mots car elles ne savent pas exactement ce qui ne va pas. Le trouble de la représentation de l'enfant n'est pas un mal que les mots peuvent définir. Il est d'ail- leurs difficile d'écrire sur ce trouble méconnu. L'absence de représentation est ce dont souffre le déni. Le passage par l'histoire de Brigitte veut rendre compte des troubles de la représentation qui peuvent surgir à tout moment.

Transmettre sur cet état est un vrai défi, tant le déni est un phénomène hors les mots.

Brigitte a stoppé son appareil à penser et elle a lâché son fœtus, coupant le lien psychique qui les reliait l'un à l'autre. Cette rupture est inodore, incolore, silencieuse, et elle échappe à la sonde échographique qui ne peut pas rendre compte en image de ce mal. Pas d'image pour la pensée qui agonise, elle est là et ne se voit pas. La mère cesse de nourrir affectivement son enfant. L'ap- pareil à penser de la mère, en cessant toute production d'image, cesse d'être en lien avec son futur bébé et, dans certains cas, c'est dramatique. Dans le cas du déni, tant qu'il n'y a pas de levée de ce mécanisme, il n'y a eu aucune représen- tation d'enfant. Nous sommes face à une *non- grossesse*, un *non-événement*. Il n'y a donc pas d'enfant, pas de mise en route d'une pensée consciente sur un état psychologique mettant en scène des personnages familiaux générationnels.

C'est *comme si* il ne se passait rien. D'où le choc de l'annonce qui demande alors à la femme de construire en un temps extrêmement court une grossesse, alors que l'enfant est déjà présent depuis cinq, voire six mois. Le délai avant la nais- sance est bien court pour réaliser le sens de cette annonce qui a des allures traumatiques.

Bien souvent, le futur père est également sous le choc de l'annonce, se sentant trahi par sa femme, refusant de croire qu'elle ne se savait pas enceinte. Le couple est vulnérabilisé, fragilisé. Avant même la naissance, cet enfant inattendu crée un climat complexe, de doute, de suspicion et de perte de confiance en soi et en l'autre. L'étayage social et psychologique aura une place prépondérante et devra prendre une allure de mise à disposition des professionnels. Être là, *non pas pour surveiller mais pour soutenir*, est la position nécessaire dans cette période que les couples traversent.

Le troisième trimestre: l'attente d'un enfant dont la femme va se séparer

Ce trimestre aborde l'acte de naissance et l'inévitable séparation des corps et des êtres.

Ces derniers mois voient l'enfant dans un rythme de vie intra utérin différent de celui de sa mère. Elles disent elles-mêmes « quand je dors, il n'arrête pas de faire la fête » ou bien encore « quand je suis calme, c'est là qu'il décide de bouger », annonçant leurs perceptions d'une diffusion qui se nomme d'abord dans des différences de besoins biologiques. La préparation à l'accouchement est un exercice tant physique que psychique. La mise en mots et en images des corps séparés renforce l'enfant dans son statut d'être différent, dont il faut se séparer. La démonstration mimée, durant une séance de préparation, d'une scène de naissance où on voit un enfant sortant du bassin de sa mère, est un exercice de mise en images de la séparation, tout à fait fondamental pour le processus psychique mis en œuvre.

Parfois ce travail mental de mise en images de la séparation n'a pas pu se faire, et nous voyons des femmes en état de choc suite à la naissance, comme si elles étaient projetées dans cette part irréprésentable, les conduisant vers un état psy-

chique inquiétant de décompensation, parfois interprété un peu hâtivement comme le baby blues. Or ces contextes traumatiques demandent un soin psychique immédiat et rapproché.

Dans le cas du déni, l'approche imminente de l'accouchement est un contexte de risque réel pour la naissance. C'est ce à quoi nous assistons dans les infanticides. Situations où l'enfant décide de ne pas avoir existé dans la tête de sa mère. L'enfant va naître sans être attendu. Privé de sa qualité d'être humain en devenir, il meurt de ne pas être. La mère, surprise par les douleurs de l'enfantement, tente d'annuler l'acte, de faire taire les bruits de la vie, se défendant de l'intrusion intense de cet événement qu'est la naissance. En annulant la naissance, elle annule l'enfant, elle l'empêche d'être afin qu'il reste ce qu'il était, un non-être. Mais il est bien né, et le corps de la vie qui n'est plus est là, gisant dans une réalité terrible. L'enfant est mort, elle ne le voulait pas, lui, pas plus que la mort. Alors elle le conserve, témoin d'un acte qui un jour se révélera. Certaines femmes gardent l'enfant dans le congélateur, provoquant notre effroi. Garder la vie morte pour garder l'existence de l'acte? Garder près de soi le témoin de sa souffrance si prête à se dire et encore incapable de parler, seulement de se laisser mettre au jour plus tard, quand un autre que soi fera la macabre découverte.

À la lumière de ce processus complexe qu'est la maternité, nous affirmons que le soin psychique durant la grossesse demande de prendre soin des pensées des mères et de se pencher sur les représentations qui les habitent en vue de prévenir des difficultés à venir. Naître mère, c'est un tout. Pouvoir au fil des mois se penser en état d'être enceinte, puis penser à l'enfant attendu, pour ensuite le projeter dans la séparation des corps. Tous ces processus psychiques mettent en scène une vie psychique faites de conflits, de

fantasmes, d'histoires oubliées. Ils sont comme des organes dont il faut prendre soin. Organes virtuels que sont les pensées parentales dont il faut éviter les failles dans un souci de prévention du lien parent-enfant. Le déni, par son mécanisme de suppression de la représentation de l'enfant, retiendra donc toute notre attention.

Le déni dans la littérature psychiatrique

Le terme déni de grossesse est apparu assez récemment dans la littérature psychiatrique puisqu'il commence à être évoqué dans les années 1970. Il est reconnu comme un symptôme assez fréquent et chez des femmes qui ne présentent aucun trouble psychiatrique. Cette observation est tout à fait fondamentale et rappelle que ce phénomène du déni, bien que pathologique habituellement par sa défense massive envers la réalité, prend une allure névrotique dans le cas de la grossesse. C'est comme si soudainement le psychisme recontactait un mécanisme de défense bien connu de l'enfance, qui s'efface normalement au profit de la naissance du Sujet social qui refoule ses pulsions. Et en refoulant, il reconnaît la réalité, la prend en compte, accepte de réfréner son désir pulsionnel et donc supporte la frustration, au profit de la relation sociale et de ses bénéfices. Très clairement, nous pouvons convenir que « *faire comme si la réalité n'existait pas* » n'est pas tout à fait « normal » chez une personne adulte, ayant acquis la capacité de refouler. Mais qu'est-ce qui est normal ? Personne n'est à l'abri d'avoir recours à un processus de déni ou de dénégation (je sais mais je ne veux pas savoir) pour sa propre protection, pour éviter de souffrir. Tel le parent d'un adolescent au comportement addictif que tout le monde a vu, sauf le parent lui-même. Ou bien ces histoires de couple où l'un a une histoire

parallèle que l'autre ne voit pas, alors que son entourage tente de l'en alerter. Ne pas vouloir reconnaître la réalité arrive chez une personnalité dont la structure psychique n'est pas à mettre en doute.

Le déni protège de l'angoisse. L'angoisse naît d'un trop plein psychique qui entraîne une souffrance massive. En niant la réalité, le Sujet psychique évite de contacter sa souffrance, se place au-delà.

Comment penser sur ce premier paradoxe qui vient signifier clairement qu'on peut nier la réalité et posséder une structure névrotique tout à fait apparente ? Ainsi la psychopathologie du déni de grossesse est encore aujourd'hui recouverte d'un voile, lié en particulier au peu d'écrits et de recherches faites à ce sujet.

Naïma Grangaud⁹ dans un article nous rappelle quelques éléments historiques notamment avec les premiers constats au XVII^e siècle du docteur Mauriceau qui faisait déjà part de certaines patientes qui, durant leur grossesse, continuaient à avoir des saignements qui venaient entraver la conscience de leur état. Puis on retrouve au XIX^e siècle les observations cliniques du Docteur Marcé à propos de femmes hospitalisées, qui sont enceintes et qui n'en ont pas conscience.

Parmi les quelques recherches récentes, notons celle de Pierronne, Delannoy, Florequin et Libert, quatre spécialistes de la psyché qui ont dégagé des observations à partir de 56 cas étudiés. Leur étude s'est réalisée à partir de deux maternités du département du Nord. Ils ont noté que ces situations étaient étiquetées « grossesses non

⁹ Naïma Grangaud in « Perspectives psy », psychopathologie du déni de grossesse : revue de littérature, juin- juillet 2002.

suivies non déclarées» et qu'elles étaient traitées uniquement sur un versant social. Ils ont pu démontrer que le déni n'était pas de la dissimulation, ce qui est un point fondamental à réaffirmer si nous voulons avancer dans la prise en charge de ces femmes. Le respect de leur parole et notre capacité à supporter la réalité de leurs propos auront un impact sur notre positionnement professionnel.

Sur les 56 femmes observées, 27 femmes ont découvert leur grossesse après 5 mois et 29 femmes au moment de l'accouchement. Ils notent une moyenne d'âge de 26 ans avec des écarts d'âges allant de 16 ans à 44 ans. Au regard de la période étudiée, ils notent que ces dénis représentent 2 accouchements sur 1000, tout en tenant compte, disent-ils, d'un pourcentage supplémentaire de dénis avec lesquels ils pensent ne pas avoir été mis en contact. Cette observation démontre que le déni de grossesse est un phénomène peu parlé, certes, mais qui est une réalité courante en maternité. Ils distinguent le déni total et le déni partiel, notant les incidences sur la naissance, la santé du bébé et la capacité d'adaptation de la mère à la présence du bébé. Ils notent que le déni ne conduit pas toujours à l'infanticide et introduisent bien ce terme de déni dans une complication de la grossesse qui mérite toute notre attention, en vue d'être préventifs et fidèles à une notion de santé publique. Ils nous incitent à repérer précocement ces situations afin d'éviter les risques réels physiques et psychologiques pour la mère et pour l'enfant.

Le déni est contagieux

Le déni n'est pas réservé à un milieu social particulier et un contexte familial défini. Tous les milieux sociaux, toutes les tranches d'âges, toutes les constructions conjugales sont représentées.

Même dans le milieu médical circulent des histoires qui le confirment. Tel ce médecin qui nous oriente une de ses proches pour une tumeur grossissante et nous demande une intervention, alors que la jeune femme en question était enceinte de six mois. Longtemps nous avons parlé de *la belle tumeur*, riant de notre collègue, pour nous défendre de la dimension anxiogène de la situation. Car nous sommes en partie conscients que personne n'est à l'abri d'une erreur de diagnostic dans des cas comme celui-ci. En effet, la façon dont les femmes décrivent leurs symptômes influe sur le jugement de leur interlocuteur. Elles sont tellement empreintes de leur déni, le corps et la psyché sont tellement soudés que rien de rationnel ne peut conduire le professionnel consulté sur des signes de grossesse éventuelle.

Même les proches sont hors de la pensée d'une grossesse. Bien des familles se sont ainsi trouvées au pied du lit de leur fille, belle-fille, sœur, cousine, abasourdie par la réalité de l'enfant venant de naître. Tous se sentent mal à l'aise, eux-mêmes dans une incompréhension face à leur propre cécité.

Quant aux pères, qui sont présents dans plus de 50% des cas, ils sont particulièrement perturbés et sidérés par ce qu'ils vivent et l'annonce est un choc. Ils se sentent le plus souvent trahis, retournant l'agressivité qui les envahit sur leurs femmes qu'ils soupçonnent d'avoir voulu leur dissimuler la vérité. Car s'ils s'accordent le droit au déni, ils ont du mal à l'accepter pour leurs

femmes, considérant que le passage par le corps est la preuve incontestable qu'elles auraient dû *sentir quelque chose*. Ils sont dans un état de grande souffrance, contenue et masquée par une sidération qui les empêche dans un premier temps de réfléchir à ce qui leur arrive. La présence bienveillante des professionnels, leur capacité à évoquer d'autres situations similaires les rendant moins isolés dans leur vécu, jouent un rôle fondamental. Savoir que d'autres couples ont traversé une épreuve identique leurs permet un début d'acceptation de leur propre situation. Le bébé venant de naître, quant à lui, n'est pas l'objet de leur agressivité et généralement il est vu et décrit comme innocent dans cette histoire. «*Il y est pour rien, lui*», me dit un père en regardant avec tendresse l'enfant venant de naître. Si conflit il y a, c'est avec la mère, et parfois le couple ne se remet pas de cet événement, allant vers une séparation. L'enfant, dans ce cas de figure, reste toujours avec la mère.

Le déni à l'épreuve du psychisme : quelles hypothèses psychopathologiques ?

Une grossesse non désirée ne veut pas dire grand-chose car le désir, dans sa caractéristique originaire, peut créer une ébauche de vie, tel un incorrigible bavard qui a quelque chose à signifier. *Le désir-histoire* se compose au fil des ans, et même avant les ans du Sujet lui-même, puisqu'il est héritier de ceux qui l'ont précédé, et qu'il s'inscrit dans la liste de ceux pas encore nés qui vont lui succéder. Le désir ne possède pas la qualité de la neutralité, il est dans l'histoire, il est l'histoire et il y laisse sa marque. Quand il vient ainsi signifier un pan de la vie du Sujet, c'est qu'il énonce son discours sur l'intime.

C'est comme si le corps, telle une cocotte minute, sous la pression d'une histoire qui ne pouvait s'avouer, se déclare dans le corps, en vue de permettre au Sujet psychique de l'énoncer. Parler le corps en vue de parler les mots. Une grossesse inattendue ne devrait pas être dite *non désirée* mais *non souhaitée*. Le désir est par essence habité d'inconscience et donc acteur de ce qu'il déclenche. Ce n'est pas parce que nous n'en sommes pas conscients que nous ne sommes pas à l'origine de ce que nous traversons. L'enfant du déni est absent de la pensée consciente de sa mère, de son père, de ceux qui les entourent, mais il a été conçu par eux, Sujets de leur histoire, qui dans un dialogue silencieux ont donné corps à leur désir.

Le souhait est dans sa fonction consciente, celui qui pense sur ses actes peut les projeter et donc les programmer. Le souhait raisonne, pendant que le désir est aux prises avec les résonances de son corps. La grossesse dans sa dimension imprévue n'a pas été souhaitée, certes, mais elle est désirée, tel *un langage de l'histoire de l'intime*. Le Sujet possède un corps qui justement véhicule cette histoire qui doit d'une façon ou d'une autre posséder sa propre narration.

La narrativité corporelle est dénuée de mots mais pas de signifiants. Une vie qui se déclenche émane de deux corps désirant. Homme et femme sont à l'origine de cet être qui aura un devenir s'ils le projettent dans une pensée qui lui donnera vie. Privée de pensée, la grossesse impensable peut rendre l'enfant absent et sa vie sera en danger.

La vie d'un Sujet psychique est une alternance d'actes que nous posons et de passages à l'acte que nous subissons comme un échec du refoulé, qui a perdu sa fonction contenante.

Sur ce sujet de la fécondation, les mises à disposition de moyens de contraception pour contrôler le corps fécondant, sont à l'origine d'une intolérance grandissante à l'égard de ceux, surtout de celles, qui malgré la technique et l'information, continuent leur vie de Sujet désirant. Il est vrai qu'il est difficile de prendre conscience de l'inconscient et d'imaginer que le corps peut être un acteur à part entière dans ce refus ou cette acceptation de la vie à venir. Comprendre que dans le refus il y a une part d'acceptation et que dans l'acceptation, il y a du refus, signifie bien la part énigmatique et insaisissable de l'être humain.

En maternité, la grossesse nerveuse et le déni de grossesse sont deux exemples flagrants de ces évocations. Tous deux viennent faire émerger cette dimension complexe du désir, rendant le corps complice de leur état.

Le déni de grossesse, parce qu'il est une non-prise de conscience de la grossesse, est un trouble *grave de la représentation*¹⁰ qui prive la mère d'une pensée sur son enfant. Ce symptôme peut avoir des incidences nocives sur la santé de l'enfant et de la mère. La femme enceinte méconnaît son état, privant l'enfant de son existence. Son corps, en ne manifestant pas sa métamorphose, la trahit, devenant complice d'une psyché qui choisit de faire émerger une part de son histoire, sans un mot. Cruelle manifestation psychique d'une souffrance intime, profonde, refoulée, indicible.

Le corps est-il coupable et la psyché inconsciemment responsable? Le mécanisme psychique à l'épreuve possède une puissance peu commune, capable d'inhiber les perceptions cor-

porelles, et il est vrai que, jusqu'à présent, nous avons tendance à appréhender le déni de grossesse par le biais des infanticides.

Il est juste de le situer dans la psychopathologie de la femme enceinte, et de rappeler que le déni ne fait pas naître systématiquement d'affects destructeurs et agressifs vis-à-vis de l'enfant comme nous avons tendance à le penser. D'ailleurs, pour les dénis partiels, qui sont levés dans le courant du deuxième trimestre, la phase de sidération de l'annonce passée, les femmes arrivent à entrer en contact avec leur futur bébé. Les interactions à la naissance sont ensuite souvent de qualité, mais elles demandent un soutien de réassurance en vue de permettre à la mère de se dégager de la culpabilité qui l'assaille.

Ce qui apparaît dans les récits exposés par les femmes ayant mené leur grossesse sous l'effet d'un déni partiel (jusqu'au cinquième, sixième mois) lors des entretiens psychothérapeutiques, est la place de la relation œdipienne et l'effet d'un complexe d'Œdipe pas suffisamment élaboré.

Nous ne pouvons pas parler systématiquement de maltraitance avérée mais plus exactement d'une maltraitance psychique induite dans des positionnements parentaux inadaptés. Il s'agit essentiellement de contexte incestuel, avec des pères défaillants, séducteurs et peu enclins à autoriser leur fille à entrer dans une vie affective extérieure à eux.

Mais il est nécessaire de dire que ces débordements paternels ne sont possibles que dans un fonctionnement parental conjoint. Il s'agit donc d'un père qui veut séduire sa fille et qui le fait sous le regard aveugle de sa femme. Celle-ci, pour des raisons qui lui appartiennent, et qui ont du sens dans son propre fonctionnement psy-

10 Sophie Marinopoulos, « Dans l'intime des mères », op. cit.

chique, est touchée par la cécité. Elle ne voit rien, ou semble ne rien voir du jeu déplacé de son mari. Elle prend une posture passive et ne protège pas son enfant qu'elle livre à la séduction de son père.

L'enfant est alors aux prises avec un père aux comportements excessifs et une mère en retrait, non protectrice (privée de sa fonction alpha). L'enfant est exposée à un couple parental qui n'accède pas à sa fonction de soin, d'attention, de protection, de positionnement identificatoire nécessaire à la construction de l'enfant. Le père veut être un séducteur intemporel pour sa fille et la mère veut renoncer à son statut de mère œdipienne. L'un et l'autre «s'entendent» psychologiquement, plongeant l'enfant dans une impasse psychique et dans l'espace d'un «non grandir». Les issues de secours sont bien peu nombreuses et toutes sont coûteuses psychologiquement pour l'enfant.

C'est le cas de Mathilde, cette jeune fille de famille aisée qui vient nous consulter à 8 mois de grossesse, après un déni jusqu'au septième mois, et qui envisage d'abandonner son enfant à la naissance. Lors du premier rendez-vous, elle est accompagnée de sa mère, Marianne. Celle-ci est une femme élégante, simple et raffinée, très féminine. Elle contraste avec Mathilde dont la coupe garçonnette lui donne un air masculin... mais si la silhouette est masculine, les attitudes restent empreintes de féminité. Marianne est digne mais bouleversée.

Elle vient d'apprendre la grossesse de sa fille et reste envahie d'une hyper-activité pour l'aider. C'est une mère aidante et présente pour sa fille, une mère «pare-excitation» qui fait front et qui protège sa fille comme elle semble l'avoir toujours fait. La consultation est déroutante tant Marianne prend une place de mère protectrice évoquant sa fille Mathilde comme une petite fille

qu'elle tente de protéger des coups de la vie. Mathilde en devient effacée et soumise.

Dans les rendez-vous suivants, Mathilde seule n'est plus dans la position infantile de la première rencontre. Elle fonctionne dans un face-à-face, s'exprime clairement et peut commencer un travail d'introspection. Elle effectue rapidement une maturation étonnante. Alors qu'elle se sait enceinte depuis quelques jours, elle est déjà capable de se projeter dans la naissance. Elle aborde ainsi la question du jour de son accouchement et me révèle «qu'elle aurait préféré accoucher la semaine dernière car son père était absent». Cette notion soudaine du père, qu'elle voudrait absent, va dévoiler un éprouvé ancien, celui d'un passé inavoué. Elle nomme à ce sujet son malaise face à lui, qu'elle décrit comme une sensation plus qu'une émotion. La sensation est beaucoup plus archaïque que l'émotion. C'est à partir de la sensation que l'affect va prendre vie et corps. «C'est pas facile de regarder mon père... enfin je ne sais pas»... «Pour le bébé, il est inquiet, il pense que je vais pleurer après l'accouchement... moi je sais que je serai soulagée, j'ai honte de le dire mais je serai soulagée». Premier lien d'une émotion contraire entre celle de son père et la sienne. Cette trace d'une toute première différenciation du père et de la fille va faire naître un cheminement nouveau, l'éclosion d'un Moi qui se remémore. Son père sensoriel, archaïque dans sa pensée, le bébé à naître, et elle qui commence à «se souvenir», trois personnages clés dans une histoire à construire. Son soulagement, dont elle a honte, comme pour toute émotion qui est reliée aux souvenirs de son père, et les prédictions paternelles vont la conduire à associer des souvenirs qui vont se bousculer, se mélanger, créant une cacophonie visuelle. Le sentiment de honte en particulier, va avoir pour effet de faire levier et de déclencher un long monologue sur ce sentiment qu'elle connaît bien.

Tout ce qui a trait à son identité sexuée est dans un premier temps interdit de parole. Mais l'image revient vite et en particulier celle de son allure enfantine de garçon manqué ainsi que son extrême pudeur. Elle la relie aux sentiments, aux émotions, à son intimité qu'elle ne peut partager «surtout pas avec son père» (mimique de dégoût, de rejet); «avec sa mère c'est plus facile», même si les moments de confidences sont rares et elle les recherche peu.

Pour Mathilde, en dehors de sa volonté consciente, les processus de sa vie psychique précœdipienne et œdipienne se sont déroulés selon une logique qui s'en tient à une économie psychique éclairante, premier révélateur d'une part de ce qu'elle vit aujourd'hui.

Elle semble avoir fait le choix de se dégager du comportement intrusif et séducteur de son père, en refoulant son amour pour celui-ci, transformant ce complexe œdipien en fixation œdipienne érotisée sur sa mère... Elle se déguise, prend une image enfantine masculine... se travestit mais reste très fille... L'attachement à son père se déssexualise en idéal. Elle brouille les jeux d'identification, semblant tantôt pencher pour son père, tantôt pour sa mère. Oscillation qui la rend insaisissable, la protège et alimente son caractère égocentrique. Son narcissisme s'en trouve comblé. Elle peut jouir sans risque, tout au long de sa vie psychique enfantine, de ses effets de séduction sur son père et sa mère, avec leur indulgence ou plutôt l'absolution de l'un et de l'autre. Attitudes paternelle et maternelle, trop contents de pouvoir rester inconsciemment (sans nul doute) fidèles à leur propre fonctionnement psychique, leurs aïeux dans leur poche, ils vont bon gré mal gré se satisfaire de cette vie.

Puis vient l'accouchement de Mathilde. Lucie, sa fille, naît en pleine forme. De son côté, Mathilde,

qui a fait le choix de rester seule, sans l'enfant, est repliée sur elle-même. Son acte posé, elle choisit le calme du silence. Elle économise ses pensées, ses actes, et semble vouloir se retrouver face à elle-même.

Son comportement de repli ne m'est pas inconnu et rappelle le tout premier contact lorsqu'elle était venue avec sa mère. Une consultation qui avait laissé planer au-delà d'une scène sereine mère-fille quelque chose d'un indicible qui ne pouvait s'exprimer. C'était seulement du registre du «palpable» mais c'était là. Le repli de l'une et l'activisme de l'autre, chacune se défendant dans son vécu propre.

La naissance de Lucie va dévoiler en actes l'histoire racontée par Mathilde. Nous allons durant l'hospitalisation de cette enfant être confrontées à une pression réelle du père de Mathilde, jusque là inconnu de nos services.

L'acte de transgression de son père, qui se vivait comme un éternel séducteur de sa fille, selon le récit de Mathilde, devient cette fois réel et mesurable, auprès d'une autre petite fille, Lucie. Le bébé est hospitalisé en néonatalogie, un service très médicalisé dans lequel il est difficile d'entrer sans l'autorisation du personnel. Il faut pour cela être le père ou la mère de l'enfant ou bien avoir l'autorisation de l'un des deux parents pour rendre visite à celui-ci. Malgré toutes ces exigences, le père de Mathilde arrive à entrer dans le service et passer du temps avec l'enfant sans être inquiété, comme un père aurait pu le faire. Père de Lucie ou père de Mathilde, même nos services s'y perdent, tant il sait manier cette confusion. Mais monsieur n'en reste pas là et le jour-même de cette visite interdite, il trouve le numéro de téléphone du service d'adoption qui va accueillir Lucie et les appelle, demandant à adopter le bébé.

Mathilde, aussitôt prévenue par le service lui-même, est bouleversée et désœuvrée par cette ultime tentative de la part de son père d'occuper une place qui n'est pas la sienne. La mère de Mathilde, que nous avons vue si active à plusieurs reprises, devient alors inexistante. L'activité fait place à l'inertie. Du désir de son mari d'être le père de l'enfant de sa fille, elle ne dira rien. De même, elle ne s'offusque pas des transgressions multiples qu'il met en actes, envahissant l'intimité de sa fille, rien ne semblant pouvoir l'arrêter. Ces père et mère avancent ensemble dans la même direction: s'ignorent-ils? A moins qu'ils ne se guettent? Le sentiment le plus fort est celui d'assister à un balai virtuel longuement répété, parfaitement au point; chacun occupe une place qui vient combler ou sacrifier suivant le personnage évoqué. Docteur Jekyll et Mister Hyde, les dualités paternelle et maternelle ne cessent de mettre en acte une histoire qui ne demande qu'à se poursuivre. Et ces comportements paternels sont des véritables signes d'appartenance dans la famille de monsieur. Mathilde dira de la lignée paternelle «son frère est comme ça, son père l'était aussi». Notons que du côté de monsieur aucune fille n'est mère. Toutes depuis trois générations sont soit célibataire et sans enfant, soit elles vivent des amours inavouées et n'ont pas d'enfant. Ainsi Mathilde est la première fille dans la lignée de son père à devenir mère.

Au fil de ce court temps d'hospitalisation de Mathilde et de Lucie, ce père devient gênant au regard de tous. Il conteste, menace, se plaint, critique, fait du chantage à sa fille. Son souhait est simple: il adopte ce petit enfant, sa petite-fille, et tout rentre dans l'ordre. Quant à sa fille, il lui promet de la laisser libre d'organiser ses projets. Il restera présent pour elle et ses besoins financiers pour ses projets futurs.

Le père réel de Mathilde, mari réel de Marianne est le troisième personnage qui nous manquait dans la réalité du premier acte, la première consultation. Il était resté à cette époque à l'écart, laissant la naissance arriver. Depuis que Lucie est née, le voilà omniprésent et il tient à faire valoir ce qu'il considère être son droit. Mais au-delà de cette réalité où il occupe une place contestataire et revendicative, il est aussi un personnage psychique volage, qui butine ses femmes sans jamais les toucher. Le jeu n'est pas réel, il est dans cet espace où la pensée est reine. Ce monde de pensées lui appartient. Là, les limites sont inexistantes, ce qui lui permet d'être tout à la fois père, mari, amant.

Le dernier passage à l'acte de son père a produit sur Mathilde une sorte de trop-plein émotionnel qu'elle n'est plus en mesure de canaliser, d'autant plus que son cheminement psychique engagé tous ces derniers temps l'a conduite vers un non retour. Sa maternité est le signe d'un renoncement de cette vie familiale.

Ainsi l'histoire de Mathilde se narre en deux dimensions: la dimension de la réalité, celle à voir «il était une fois une petite fille riche, aimée et adulée»... ou bien la dimension psychique, obscure: «il était une fois une petite fille prisonnière de son papa et de sa maman»... La première histoire, celle qui se voit, de jeune fille gâtée dans un milieu aisé avec des parents aimants et présents, a compliqué la possibilité de compréhension de son acte.

D'une façon générale, la partie visible de la vie d'un individu nous fait oublier les enjeux psychiques. C'est d'autant plus vrai quand il s'agit d'un abandon d'enfant. Si les parents semblent peu capables de s'occuper d'un enfant, la séparation qu'ils envisagent nous soulage. Quand les parents renvoient une image proche de la nôtre,

nous sommes peu enclins à comprendre. De la levée du voile de cette histoire, nous pourrions espérer, comme il en est coutume à chacune de ces situations, que la mère change d'avis et qu'elle garde son enfant. Mais rien n'y fait. L'amorce de ce travail psychique est si neuf et si fragile que Mathilde n'envisage pas de changer de décision. La vie, sa vraie vie, est ailleurs, en dehors de tous ces acteurs. C'est une souffrance terrible pour elle, mais l'intérêt commun de chaque protagoniste repose sur cette séparation, y compris «l'intérêt de l'enfant».

Mathilde, par cette maternité écourtée, en renonçant à cette enfant, renonce à être l'enfant de l'inceste de sa mère puis de son père dont elle fut l'éternel objet d'amour, enfant œdipien déguisé qui n'avait rien trouvé d'autre pour se dégager de son emprise. Mathilde se libère sur un mode coûteux de sa famille qui, derrière un schéma classique de famille heureuse, dévoile un fonctionnement troublant.

Dans les cas de déni massif et en particulier ceux qui ont conduit à un infanticide, nous observons que le déni prend racine dans les liens précoces. En effet, nous repérons lors d'entretiens psychothérapeutiques la description de comportements qui mettent à jour un contrôle massif des affects et ce précocement, et qui viennent dans un contexte familial où l'expression émotionnelle est réduite au minimum, voire inexistante. Nous pouvons parler de pauvreté affective, d'élaboration frustrée du contenu émotionnel relationnel. Cette observation ne met pas en cause l'amour que parents et enfants peuvent se donner, mais plutôt l'impossibilité de donner à cet amour une expression affective repérable et décodable par les membres de la famille.

C'est ce que témoigne cette femme en notant lors d'une entrevue comment sa mère, encore

aujourd'hui, est incapable de lui témoigner des gestes d'affection. Cette patiente ne peut d'ailleurs pas dire clairement ce que sa mère ressent y compris dans ce douloureux contexte d'infanticide. Lors des parloirs, mère et fille se regardent le plus souvent silencieusement et échangent des regards peu évocateurs.

Mais la patiente se souvient qu'il en était ainsi quand elle était enfant. Elle garde par exemple le souvenir d'une vie sans événement particulier, où chaque jour se suivait sans que le temps occupe une fonction particulière. La famille n'imaginait rien en termes de projet, rendant le temps immuable, obsolète. *L'absence de capacité d'anticipation et de représentation occupe une place centrale dans les entretiens et se retrouve dans un fonctionnement familial.*

Pour exemple cette autre patiente incarcérée elle aussi pour infanticide, qui évoque les grossesses de sa mère, jamais parlées dans la famille, livrant les enfants aînés à l'arrivée soudaine des plus jeunes. La naissance n'était pas considérée comme un événement qui s'annonce et s'annonce. L'enfant arrivait après une grossesse non dite. Il n'y avait pas de situation de déni mais une absence de langage entre les membres de cette famille.

Ce sont des femmes qui se décrivent comme ayant été des enfants discrètes, assez secrètes, peu exubérantes. Elles sont le plus souvent définies ensuite par leur entourage comme des femmes sans histoire, et ce statut de normalité rend d'ailleurs le déni encore plus surprenant aux yeux de tous.

Le corps dans le déni de grossesse

Le corps de la femme pendant le déni ne se modifie pas. La femme garde une silhouette proche de celle qu'elle a habituellement. La morphologie ne change rien à ce constat. Des femmes menues sont arrivées dans leur jean moulant, et ont accouché quelques heures après de leur enfant, celui-ci, nous le verrons ayant un poids tout à fait normal. Les femmes plus fortes sont restées avec un corps rond mais n'ont pas présenté un ventre proéminent comme le veut l'état de grossesse. Le corps de la femme sous l'effet du déni est un corps inchangé qui vient participer à la non prise de conscience de la grossesse.

Mais aussi, ce corps ne connaît pas les maux habituels de l'état de grossesse. La femme continue sa vie quotidienne, pouvant faire du sport à l'excès si telle était son habitude, ou des travaux fatigants si son travail le lui demandait.

L'annonce de la grossesse a un effet immédiat sur le corps qui alors s'arrondit et peu en quelques heures devenir proéminent. Sidération alors de la famille et des proches, qui assistent stupéfaits à une grossesse qui semble naître en l'instant.

Dans les consultations qui suivent la levée du déni, nous assistons à un discours rationnel sur des manifestations qui auraient pu être une révélation de leur état. Pour exemple, Stéphanie, qui avait constaté une prise de poids mais elle l'avait interprétée au regard de son travail en boulangerie. Ou bien encore Céline, qui n'avait plus ses cycles, mais qui trouvait cela normal du fait de son angoisse depuis que son ami l'avait quittée. Quant à Florence, qui elle aussi avait constaté l'arrêt de son cycle, elle affirme «*je faisais un*

régime fatigant et je me suis dit qu'il m'avait sûrement détraquée». D'ailleurs, elle affirme que durant tout l'été, elle est partie faire de l'endurance et qu'il y a quelques semaines avant notre rendez-vous de ce jour, elle participait à une compétition sportive. Elle était alors enceinte sans le savoir de 8 mois! Nous pourrions nous remémorer nombreuses histoires, toutes aussi sidérantes les unes que les autres.

Mais ce qu'il est surtout important de retenir, c'est comment la soudaineté de l'annonce oblige la femme à accepter le processus maturatif de la grossesse en un temps extrêmement court. C'est parfois si difficile que les femmes, tout en ayant eu l'annonce avec des preuves de leur état à l'appui, continuent une forme de déni, refusant d'accepter la réalité. Il en est ainsi de Clarisse: «*je ne peux pas être enceinte*», me dit-elle en me tendant son test de grossesse et l'échographie qui fixe la date de son accouchement dans trois semaines.

Les premières rencontres avec ces femmes qui nous consultent ont souvent cette tonalité. Leur sentiment d'être dans un monde impensable les met dans un tel état de sidération, qu'il crée lors de ces entretiens une forme d'étrangeté très déstabilisante pour le professionnel inexpérimenté. Il y a à la fois de l'illogisme et de la contradiction dans tous les propos qui accompagnent la levée du déni. Il est nécessaire que le positionnement professionnel vienne soutenir le récit en incluant les résistances encore très actives du déni. Cela consiste à pouvoir dire à la femme qu'on la comprend et non pas «*c'est impossible que vous n'ayez pas vu que vous étiez enceinte*», doutant de la véracité de ses propos.

L'entretien doit prendre une allure d'étalement tout en acceptant de suivre la pensée de celle qui nous consulte, sans la devancer. Par exemple, il

est nécessaire de ne jamais évoquer la notion d'enfant tant que la femme ne le fait pas elle-même. Il nous faut suivre ses mécanismes de mise en images, de représentation, les solliciter et favoriser une pensée évolutive pour la femme. Le professionnel accompagnant ces femmes doit pouvoir être telle une mère winnicotienne, bienveillant et soutenant en proposant son appareil à penser à celle qui est momentanément privée du sien.

L'enfant du déni

Le petit Ulysse est un enfant magnifique. Né à terme, ses mensurations de «bébé de rêve» – 3,4 kilos pour 53 cm – renvoient une image de poupon idéal, digne de figurer dans les magazines pour parents. Il est la coqueluche du service et sa beauté le relie à tous, mères et pères potentiels, fantasmant sur nos capacités de substitution. Ma visite effectuée, je descends voir sa mère, celle qui ne veut pas le rester, refusant le lien juridique avec cet enfant, marquant son refus de poursuivre sa vie avec lui.

Je ne connais pas cette femme, je ne l'ai pas suivie pendant la grossesse. D'ailleurs, c'est une grossesse non suivie, non déclarée. Cette jeune femme est arrivée aux urgences avec des douleurs abdominales, inquiète à l'idée d'avoir un problème médical grave. Elle a dû accepter l'annonce qui lui a été faite, à savoir qu'il s'agissait en réalité des douleurs d'un accouchement et qu'elle allait avoir un bébé d'ici quelques heures.

J'ai en tête bien d'autres histoires comme celle-ci, où les femmes doivent à la fois accoucher et donc user de toute leur énergie en ce sens, tout en essayant de réaliser ce qui leur arrive. Moment d'une violence psychique difficilement

imaginable. Moment intense et pour la femme et pour le personnel présent.

Lorsque je vais la voir dans sa chambre, je la découvre seule, assise dans son lit. Vision troublante d'une jeune femme gracile, très pâle, sans doute entre 25 et 30 ans. Sa blondeur, sa peau blanche, ses membres fluets, son ventre plat, tout m'empêche de faire le lien entre Ulysse, ce bébé dodu, et cette femme, celle qui l'a mis au monde, m'exposant un corps qui n'est pas celui d'une jeune accouchée. Défi ou provocation de la nature? Je sais depuis maintenant de nombreuses années que cela arrive de ne pas se savoir enceinte, mais malgré cela, il est des moments comme celui-ci où je ne peux toujours pas y croire. Notre rencontre commence par un silence que ni l'une ni l'autre ne voulons rompre, sentant que dans ce moment suspendu, nous allons à la rencontre d'une autre naissance, celle des mots en quête d'un début de compréhension de cette histoire.

Cet extrait d'une situation vécue et racontée dans un ouvrage précédent¹¹ veut illustrer la part énigmatique de ces naissances. Car comme le petit Ulysse, de nombreux enfants naissent ainsi sans aucune souffrance particulière, semblant avoir effectué neuf mois de grossesse clandestine sans incidences.

Malgré la satisfaction de voir ces enfants en bonne santé, les questions demeurent : comment l'enfant se positionne-t-il dans l'utérus? Comment supporte-t-il de ne *pas être*? Que pouvons-nous construire comme récit de sa vie intra utérine?

Ulysse ne parle pas et semble plutôt, comme ses congénères, vouloir démontrer une normalité

11 Sophie Marinopoulos, «Dans l'intime des mères», Fayard, 2005

provocante, gardant en lui le secret de sa vie mystérieuse et de son invisibilité de départ.

Car ces bébés, pour la grande majorité, vont bien. Les naissances se passent sans problème particulier. Ils ont des poids de naissance dans une très bonne moyenne. Mystère de nos ressources originaires.

En conclusion, quelle prévention ?

La prévention en matière de déni se situe dans la connaissance de ce phénomène mais aussi dans notre volonté de lutter contre nos mythes et nos croyances sur la maternité idéalisée.

Il est donc question d'ouverture sur ces phénomènes que l'on juge étranges et accepter que le déni ne reste pas un tabou.

Le tabou, comme nos convictions, est un poison, une entrave au progrès dans la qualité de nos prises en charge.

Prévenir le déni, c'est pouvoir le penser. C'est permettre que ce qui nous semble des faits divers dénués de sens devienne des parcours parentaux chargés de signifiants à décrypter pour les accompagner.

Retenons que les histoires maternelles sont dénuées d'instinct et peuvent être belles, cruelles, douloureuses, heureuses... qualificatifs qu'il est inutile d'essayer de limiter.

Œuvrer pour la naissance à la vie, c'est œuvrer pour la naissance des mères, des pères, et des enfants. C'est prendre soin de la naissance de la famille en entendant et en acceptant que nous avons des dispositions psychiques plus ou moins bonnes pour naître mères.

Toutefois, la maternité est un processus qui se construit et se modifie dans le temps, pour devenir un véritable récit de vie.

Récit de famille que chacun se chargera de raconter en tenant compte des ressources insoupçonnées ancrées en la mère et que l'enfant saura réveiller, donnant à la phrase d'Anna Freud la profondeur qui sied aux rebondissements de la vie :

«Les premières années de la vie sont comme les premiers coups d'une partie d'échecs, ils donnent l'orientation et le style de toute la partie, mais tant qu'on n'est pas échec et mat, il reste encore de jolis coups à jouer».

Bibliographie

- Allard I., Marinopoulos S., *Prise en charge psychanalytique des tous petits*, confluences numéro 57, 2003.
- Aulagnier Castoriadis P., *La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé*, Hestia, 2004.
- Bion W., *Aux sources de l'expérience*, PUF, Paris, 1979.
- Bydlovski M., *Je rêve un enfant : expérience psychique de la maternité*, Odile Jacob, 2000.
- Couchard F., *La parole des mères, parole structurante dans la culture musulmane* in Perspectives psychiatriques 8, III.
- Dolto Fr., *L'image inconsciente du corps*, Seuil, Paris, 1984.
- Lebovici S., *Le bébé, le psychanalyste et la métaphore*, Odile Jacob, Paris, 2002.
- Marinopoulos S., *Le corps bavard*, 2007.
- Marinopoulos S., *Dans l'intime des mères*, Fayard, 2005.
- Marinopoulos S., Nisand I., *9 mois et cetera*, Fayard, 2007.
- Winnicott DW., *La préoccupation maternelle primaire* in De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, Paris, 1969.
- Winnicott DW., *Le bébé et sa mère*, Payot, Paris, 1992.

Prenons le temps de travailler ensemble.

La prévention de la maltraitance est essentiellement menée au quotidien par les intervenants. En appui, la Cellule de coordination de l'aide aux victimes de maltraitance a pour mission de soutenir ce travail à deux niveaux. D'une part, un programme à l'attention des professionnels propose des publications, conférences, séminaires et formations pluridisciplinaires. D'autre part, des actions de sensibilisation visent le grand public (spots tv et radio, livres pour enfants, ados et parents, blog, autocollants, cartes postales...).

L'ensemble de ce programme de prévention de la maltraitance est le fruit de la collaboration entre plusieurs administrations (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction Générale de l'Aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE). Diverses associations (Ligue des familles, services de santé mentale, plannings familiaux...) y participent également pour l'un ou l'autre aspect.

Se refusant aux messages d'exclusion, toute la ligne du programme veut envisager la maltraitance comme issue de situations de souffrance et de difficulté plutôt que de malveillance ou de perversion... Dès lors, elle poursuit comme objectifs de redonner confiance aux parents, les encourager, les inviter à s'appuyer sur la famille, les amis... et leur rappeler que, si nécessaire, des professionnels sont à leur disposition pour les écouter, les aider dans leur rôle de parents.

Les parents sont également invités à appréhender le décalage qu'il peut exister entre leur monde et celui de leurs enfants. En prendre conscience, marquer un temps d'arrêt, trouver des manières de prendre du recul et de partager ses questions est déjà une première étape pour éviter de basculer vers une situation de maltraitance.

La thématique est à chaque fois reprise dans son contexte et s'appuie sur la confiance dans les intervenants et dans les adultes chargés du bien-être de l'enfant. Plutôt que de se focaliser sur la maltraitance, il s'agit de promouvoir la « bienveillance », la construction du lien au sein de la famille et dans l'espace social: tissage permanent où chacun – parent, professionnel ou citoyen – a un rôle à jouer.

Ce livre ainsi que tous les documents du programme sont disponibles sur le site Internet:

yapaka.be

Temps d'Arrêt:

Une collection de textes courts dans le domaine de la petite enfance. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes.

Déjà parus

- L'aide aux enfants victimes de maltraitance – Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et adolescents. Collectif.
- Avatars et désarrois de l'enfant-roi. Laurence Gavarini, Jean-Pierre Lebrun et Françoise Petitot.*
- Confidentialité et secret professionnel: enjeux pour une société démocratique. Edwige Barthélemy, Claire Meersseman et Jean-François Servais.*
- Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance. Reine Vander Linden et Luc Roegiers.*
- Procès Dutroux; Penser l'émotion. Vincent Magos (dir).
- Handicap et maltraitance. Nadine Clerebaut, Véronique Poncelet et Violaine Van Cutsem.*
- Malaise dans la protection de l'enfance: La violence des intervenants. Catherine Marneffe.*
- Maltraitance et cultures. Ali Aouattah, Georges Devereux, Christian Dubois, Kouakou Kouassi, Patrick Lurquin, Vincent Magos, Marie-Rose Moro.
- Le délinquant sexuel – enjeux cliniques et sociétaux. Francis Martens, André Ciavaldini, Roland Coutanceau, Loïc Wacquant.
- Ces désirs qui nous font honte. Désirer, souhaiter, agir: le risque de la confusion. Serge Tisseron.*
- Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles. Yves Cartuyvels, Françoise Collin, Jean-Pierre Lebrun, Jean De Munck, Jean-Paul Mugnier, Marie-Jean Sauret.
- Le professionnel, les parents et l'enfant face au remue-ménage de la séparation conjugale. Geneviève Monnoye avec la participation de Bénédicte Gennart, Philippe Kinoo Patricia Laloire, Françoise Mulkay, Gaëlle Renault.*
- L'enfant face aux médias. Quelle responsabilité sociale et familiale? Dominique Ottavi, Dany-Robert Dufour.*
- Voyage à travers la honte. Serge Tisseron.*
- L'avenir de la haine. Jean-Pierre Lebrun.*
- Des dinosaures au pays du Net. Pascale Gustin.*
- L'enfant hyperactif, son développement et la prédiction de la délinquance: qu'en penser aujourd'hui? Pierre Delion.*
- Choux, cigognes, «zizi sexuel», sexe des anges... Parler sexe avec les enfants? Martine Gayda, Monique Meyfrot, Reine Vander Linden, Francis Martens – avant-propos de Catherine Marneffe.*
- Le traumatisme Psychique. François Lebigot.*
- Pour une éthique clinique dans le cadre judiciaire. Danièle Epstein*
- À l'écoute des fantômes. Claude Nachin.
- La protection de l'enfance. Maurice Berger, Emmanuelle Bonneville.
- Les violences des adolescents sont les symptômes de la logique du monde actuel. Jean-Marie Forget.

*Épuisés mais disponibles sur www.yapaka.be