

L'échographie a apporté un savoir sur l'enfant à naître. Les « compétences perceptives du fœtus » lui permettent de réagir à son environnement et lui donnent un statut de sujet à part entière. Mais de quel sujet parle-t-on ?

Aux changements corporels et physiologiques de la gestation, s'articule un travail psychique intense : neuf mois pour penser l'enfant à venir et se penser mère, père de cet enfant. Cette période interroge et ravive un passé relationnel parfois « oublié ». L'enfant à naître convoque les acteurs du passé, liés ou non à des souvenirs traumatiques qui peuvent interférer douloureusement dans le processus du « devenir mère » et du « devenir père ».

Accompagnant ce processus, les professionnels sont aussi interpellés à titre personnel. Comment garder son cadre de travail face aux émotions ? Comment appréhender et donner sens à ce que vit une mère, un père en souffrance ?

Après une longue expérience comme sage-femme, Geneviève Bruwier travaille actuellement en tant que psychologue clinicienne dans une Unité Parents-Bébé au CHU Tivoli en Belgique. Elle est également psychothérapeute d'adultes.



Éditions Fabert
Tél. : 33 (0)1 47 05 32 68
editions@fabert.com
www.fabert.com



yapaka.be

Coordination de l'aide
aux victimes de maltraitance
Secrétariat général
Fédération Wallonie-Bruxelles
de Belgique
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles
yapaka@yapaka.be



FÉDÉRATION
WALLONIE-BRUXELLES

LA GROSSESSE PSYCHIQUE : L'AUBE DES LIENS

GENEVIÈVE BRUIWIER

yapaka.be / éditions FABERT

LECTURES

TEMPS D'ARRÊT

LA GROSSESSE PSYCHIQUE : L'AUBE DES LIENS

Geneviève Bruwier

éditions FABERT

yapaka.be

**La grossesse
psychique :
l'aube des liens**
Geneviève Bruwier

éditions **FABERT**

yapaka.be

Temps d'Arrêt / Lectures

Une collection de textes courts destinés aux professionnels en lien direct avec les familles. 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. – 8 parutions par an.

Directeur de collection : Vincent Magos assisté de Diane Huppert ainsi que de Delphine Cordier, Sandrine Hennebert, Philippe Jadin, Christine Lhermitte et Claire-Anne Sevrin.

Le programme yapaka

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations de la Communauté française de Belgique (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/Lectures » est un élément du programme de prévention de la maltraitance yapaka.be

Comité de pilotage : Nicole Bruhwylter, Deborah Dewulf, Nathalie Ferrard, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Françoise Guillaume, Gérard Hansen, Françoise Hoornaert, Perrine Humblet, Céline Morel, Marie Thonon.

Une initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.

Éditeur responsable : Frédéric Delcor – Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles.
Février 2012

Devenir humain	9
Le fœtus devient une personne.....	9
Une image qui en alimente d'autres.....	10
Le fœtus devient une personne, un patient, un sujet.....	11
Et même un sujet de roman!.....	12
De la « fausse-couche banale » à l'émergence du deuil.....	13
Le point sur la sensorialité du fœtus	15
La peau et le toucher.....	16
L'odorat et le goût.....	17
Un équilibriste?.....	17
La voix et l'ouïe.....	18
Le fœtus voit-il?.....	19
Que conclure des connaissances actuelles?.....	19
Existe-t-il une transfusion des émotions maternelles?.....	20
La grossesse sous « haute surveillance »	22
Le fœtus est-il dans les normes?.....	22
Normal ou pas, le fœtus est un individu unique.....	25
Kirikou, le fœtus « plus-que-parfait »?.....	26
L'échographie à la croisée des regards	27
« Dessine-moi un mouton! ».....	27
De l'intimité protégée à l'exposition du ventre maternel.....	29
« Un malentendu fondamental ».....	30
L'écho de l'échographie.....	32
Voir et ensuite.....	33
Devenir parents	35
S'inscrire dans une lignée transgénérationnelle.....	35
Du désir à la réalité.....	36
Être ou ne pas être comme sa mère.....	37

Un retour en arrière .....	.39
Qui est la mère	
des premiers temps? .....	.39
La fonction paternelle .....	.40
Le mythe de l'amour maternel. ....	.41
L'être-mère et la grossesse : une folie? .....	.43
Un corps qui change .....	.44
Une expérience narcissique .....	.44
La transparence psychique .....	.45
La grossesse est aussi sous	
le signe de l'ambivalence .....	.46
Les failles dans l'identification maternelle. ....	.47
L'être-père, une crise existentielle? .....	.50
L'annonce de la grossesse .....	.50
Un travail de triangulation .....	.51
L'ambivalence paternelle	
est au rendez-vous .....	.52
La couvade .....	.54
Les failles dans l'identification paternelle .....	.54
Les professionnels de la périnatalité .....	.56
Pour terminer sans conclure .....	.59
Bibliographie .....	.60

« Je ne veux pas garder cet enfant » me souffle-t-elle dans l'ambulance qui nous amène à l'hôpital. Ces mots murmurés me laissent perplexe. En accouchant en catastrophe chez elle, voilà dévoilée au grand jour cette grossesse qu'elle avait décidé de tenir secrète. Elle est mère et me dit qu'elle ne veut pas l'être...

Comment comprendre ce qui se passe? Qu'est-ce qui fonde le sentiment d'être parent? Pourquoi la présence en soi d'un être a parfois le pouvoir de faire chavirer une femme devenant mère? Et lui, qui est-il? Que perçoit-il dans cet espace confiné de son environnement?

Ma formation initiale de sage-femme ne m'ayant pas préparée à rencontrer de telles situations, je restais sans réponse(s). Confrontée à la détresse des mères et à ce que je percevais comme souffrance chez le bébé, j'ai alors entrepris un parcours de psychologue clinicienne. Ensuite, j'ai eu l'occasion de mener des recherches sur les représentations parentales lors de l'échographie.

Dans cet ouvrage, clinique et théorie s'articulent dans un souci permanent de compréhension de situations vécues, parfois illustrées par les paroles de futurs parents recueillies lors de consultations et entretiens de recherche.

L'itinéraire que je vous propose tente de répondre à une double interrogation : Que vit le fœtus? D'où s'origine le sentiment d'être mère/père?

Lové dans le ventre maternel, l'enfant à naître est objet de regards et d'attentions toutes particulières. D'emblée, il est embarqué, à son insu, dans un processus de surveillance médicale où l'échographie occupe une place centrale. En apportant un savoir sur le fœtus, cette technologie a confirmé la présence d'un être en développement doué de perceptions sensorielles.

Parallèlement, le temps de la grossesse est un moment spécifique qui embarque les futurs parents dans un mouvement continu où se conjuguent passé, présent et futur. Période d'interrogations où l'enfant en devenir ramène au-devant de la scène l'enfant que l'on a été, les parents qui nous ont fait naître et, avec eux, leurs désirs à notre égard. On n'entame pas une grossesse en étant « vierge » du passé. Consciemment ou non, ce passé parfois abhorré refait surface, entravant à l'occasion le processus du « devenir parent ». L'enfant qui s'annonce n'est pas nécessairement le « bienvenu » et son arrivée peut être vécue parfois comme un fardeau, une entrave.

Considérée comme le « Premier Chapitre de la Vie », la période fœtale s'inscrit actuellement dans la perspective d'une « double métamorphose progressive et interactive : celle du devenir parent et du devenir humain », déclare le psychanalyste Missonnier. Fondement de la relation entre le fœtus et ses futurs parents, cette co-construction forge la plupart du temps un lien solide entre ces parents-là et cet enfant-là. Mais, ce n'est pas garanti et il se peut que ce lien soit un simple fil prêt à se rompre.

Rendre compte de la complexité de ce qui se voit, s'entend, se perçoit, se comprend dans ces processus constitue un redoutable défi. J'ai pris le parti de scinder ces deux processus intimement mêlés l'un à l'autre dans un souci de lisibilité. Aussi, le lecteur voudra bien retenir qu'ils sont et restent en interaction(s) constante(s).

D'une part, le processus envisagé se réfère au « devenir humain ». J'aborderai les perceptions fœtales, notamment à la lumière des connaissances apportées par l'image échographique, puis la question du regard ainsi que les représentations parentales déclenchées par la vision sur l'écran d'échographie d'un être en devenir.

D'autre part, je développerai le processus psychique dans lequel tout futur parent est convié voire propulsé lors d'une grossesse, sans oublier les obstacles qui peuvent survenir et interférer à cette occasion.

Pour terminer mais sans conclure, seront évoqués la place et le vécu du professionnel accompagnant le processus de parentalité.

Devenir humain

Le fœtus devient une personne

L'apparition de l'échographie dans le suivi de la grossesse a introduit un bouleversement non seulement dans la prise en charge du fœtus mais également dans l'imaginaire parental. Durant la décennie des années 70, cette technique a été utilisée comme un instrument de mesure, établissant des normes du « bien-être » fœtal. Petit-à-petit, le fœtus devient un patient à part entière : il est examiné et subit parfois des examens complémentaires : prélèvements par ponction amniotique, prise de sang au niveau du cordon, biopsie, ... Puis, les recherches se sont focalisées sur les perceptions fœtales. Apparaît alors le concept de « compétences fœtales » en lien avec le développement sensoriel du fœtus.

L'image échographique, en dévoilant le contenu utérin, a transformé le suivi de la grossesse. Aux trois échographies trimestrielles s'en ajoutent souvent d'autres, vérifiant le bon déroulement : impossible de penser la grossesse sans échographies. Attendues parfois avec une pointe de stress voire d'angoisse, elles offrent des images du fœtus de plus en plus précises. « En écho » aux émotions parentales, elles donnent « corps » ou non aux représentations parentales. Au cours de la gestation, le contenu de celles-ci varient.

En début de grossesse, la visualisation du fœtus suscite souvent diverses exclamations : « L'échographie, ça lui confère un statut de petite personne », « C'est un petit être », « On voit un vrai bébé ». Spontanément, les futurs parents anticipent l'existence d'un enfant en voyant un « cœur battre ». Il est habituel de dire : « j'attends un enfant » et non « j'attends un fœtus ». Parfois, la « concrétisation » d'attendre un enfant n'est

pas perceptible. En témoignent ses propos : « On voit un petit truc », « On attend un enfant et c'est une petite tache avec des pulsations cardiaques. »

L'échographie du deuxième trimestre, dite morphologique, est souvent qualifiée de « grande écho » par les futurs parents : moment où se conjuguent la visualisation d'un fœtus « en entier », la question de sa viabilité et la confirmation de son sexe. En fin de grossesse, les futurs parents retiennent surtout de l'échographie des images du visage de leur enfant.

Dès le début de la grossesse, l'image échographique montre aussi un être vivant et actif et ce, sans que ses mouvements actifs soient déjà perçus par la future mère. Devançant les perceptions corporelles maternelles, l'image donne à voir un être différent, autre.

À la question de ce qui relève du même ou de la différence, la biologie confirme l'altérité de cet être en devenir. Les recherches immunologiques menées par le gynécologue Daffos ont démontré que le fœtus est bien un « autre ». Son accrochage *in utero* est considéré comme la « réussite d'une allogreffe¹ ».

Une image qui en alimente d'autres

Au niveau psychique, cette dimension de l'altérité amène une réflexion concernant la question du lien à cet autre qui grandit à l'intérieur de soi : « Qu'est-ce qui me rattache ou m'attache à cet autre ? ». Quelques éléments de réponse m'ont été fournis avec des dessins réalisés par des parents au cours d'une recherche. En effet, après l'examen, je leur proposais de dessiner l'enfant qu'eux avaient vu à l'échographie. Les dessins ou esquisses révèlent très souvent un fœtus sans attaches, parfois contenu dans un ventre et ce même si l'échographe nomme les différents organes qui permettent au fœtus de se développer. C'est le placenta qui relie le

1. Allogreffe : « Greffe dans laquelle le greffon est emprunté à un sujet de la même espèce mais de formule génétique différente. »

fœtus à sa mère. Occupant une place tierce, cet organe est vital. De même, la présence de liquide amniotique en suffisance est nécessaire pour permettre le bon développement du fœtus. En fait, ces organes ne sont parlés que si une anomalie est détectée, en termes de « trop » ou de « trop peu ». Le regard que les parents portent à l'écran se concentre sur leur souhait de « voir un bébé » et non sur ces éléments du réel. Ceux-ci restent-ils insignifiants au point de les oublier ? Cette omission rentre-t-elle en concurrence avec l'idée persistante d'une relation symbiotique entre une mère et son enfant ? La grossesse, du fait même d'être habitée par un être différent de soi, convoque une série de représentations et de questions liées à cette intrication d'être deux en un. Comment penser deux quand on n'est qu'un, du moins sur le plan imaginaire ? Comment se représenter un être différent de soi tout en s'identifiant à lui ?

Alors qu'il est dans l'intime de soi, caché aux yeux de tous, non partagé, comment se défaire de l'idée d'une « transfusion » directe des émotions entre lui et soi et vice versa ? Comment se différencier sans se perdre ? La ligne de démarcation entre soi et l'autre est le résultat d'un processus qui prend racine dans l'enfance et permet qu'autrui soit vécu comme autre vivant et désirable et non comme un « alien ».

Le fœtus devient une personne, un patient, un sujet

Si, dans le registre du réel, ce qui fait « attaches » est mis de côté voire omis, les dimensions de l'imaginaire et du symbolique ne sont pas pour autant appauvries. Intuitivement, les futurs parents confèrent à l'enfant à naître des aptitudes à communiquer, à réagir et à interférer avec le monde extérieur. L'ère échographique a confirmé cette perception tout en la modulant. Grâce à la visualisation du fœtus et l'étude de ses systèmes sensoriels, le concept de « compétences perceptives du fœtus » est apparu. Cette connaissance a renforcé non seulement la perception d'attendre un enfant mais

également la reconnaissance par les professionnels que le fœtus n'est pas qu'un fœtus. Devenu un patient, il est aussi un « bébé » pour les soignants. En témoignent les recommandations faites pendant la grossesse.

Dolto affirmait que le fœtus était déjà un « sujet » à part entière et ce dès sa conception. Ce faisant, elle mettait l'accent sur la dimension symbolique : le fœtus ne se réduit pas à un être physiologique, un être de besoins. Conjointement au biologique, c'est l'idée de la présence *in utero* d'un être unique et animé du désir de communiquer. Les recherches menées ces dernières années confirment qu'*in utero*, le fœtus développe non seulement des « outils sensoriels » pour communiquer mais cherche également à entrer en communication avec son entourage.

Et même un sujet de roman !

Dans son roman *La vie d'un bébé*, F. Weyergans donne la parole non à un bébé mais à un fœtus. Ce « héros » imaginaire, tour à tour philosophe, historien, savant ... pose des questions pertinentes : « L'hypothèse qu'un fœtus ait des pensées et des fantasmes bien à lui, *quod horrendum est etiam audire*, est insupportable pour les êtres humains. Affirmer qu'un fœtus ne pense pas présuppose, me semble-t-il, que cela a un sens de dire qu'il pense », ou encore : « Dès qu'un fœtus se métamorphose en nouveau-né, on voudrait qu'il oublie qu'il a été fœtus. Comme si le moindre adulte n'était pas un fœtus agrandi »...

Au-delà des propos qui peuvent susciter un sourire, cet auteur pointe habilement la dérive possible qui consisterait à envisager un fœtus tel un « super héros », doté de pensée. Or, rien ne permet d'extrapoler et de parler de la pensée du fœtus. N'en déplaise au romancier ! Raison aussi pour laquelle Missonier réfute le terme « sujet » en prénatal car il comporte le risque « d'une accélération dans le processus d'humanisation par son entourage ».

Ce qui n'empêche pas certains parents de l'imaginer. Paroles de père à l'échographie : « On le surprend dans l'intimité... pour moi, il pense et dès qu'il pense, il a des activités mais je ne sais pas à quel stade de la grossesse le cerveau se développe. »

De la « fausse-couche banale » à l'émergence du deuil

Reconnaître au fœtus le statut de personne et le percevoir comme un être pouvant entrer en relation participent à la construction de liens avant sa naissance. Aussi, sa perte représente la perte d'un « bébé non-né », la perte d'un enfant, celui qui n'a pu vivre pour une raison ou une autre et ce quel que soit le moment de la grossesse. C'est un véritable séisme psychique lorsque brusquement tout s'arrête. C'est l'effondrement. Tout comme il n'y a pas une manière unique de réagir à un événement traumatique, il n'y a pas de degré de souffrance en fonction du nombre de semaines de grossesse. La souffrance est là, en lien avec une histoire personnelle et peut se décliner selon des modalités et des degrés divers.

L'expérience clinique montre que l'arrêt précoce du développement foetal provoquant ce qui est communément appelé « fausse-couche » peut aussi être vécu très douloureusement.

Lors d'une troisième grossesse, cette mère évoque la manière dont elle a vécu sa grossesse précédente. Enceinte de quelques semaines à peine, on décèle une grossesse extra-utérine. En pleurs, elle se remémore l'évènement : « Je n'ai pas vu celui de l'extra-utérine même si c'était qu'un petit point, j'aurais voulu voir quand même. Ça m'a manqué. Mais ils l'ont jeté. Ils n'ont jamais trouvé l'embryon. Il a dû se noyer dans la masse, il était trop petit... J'ai plus l'impression qu'il est toujours dans mon corps, qu'il ne saura pas sortir. Je ne veux pas oublier. Je trouve que c'est aussi comme un enfant que j'ai eu même si ça n'a

Le point sur la sensorialité du fœtus

duré que 15 jours. » Elle ajoute qu'elle aurait voulu le voir « pour lui dire au revoir ». Ce témoignage révèle toute la charge affective d'un deuil resté en suspens, deuil d'un enfant non-né lié à un autre deuil dans son enfance. C'est un choc de découvrir que l'être que l'on porte a cessé de vivre ou qu'il s'est logé ailleurs et qu'il va falloir l'enlever. Cet événement peut être à l'origine d'une détresse dont l'intensité est parfois surprenante.

Auparavant, tout ce qui touchait de près ou de loin à la perte d'un être en devenir, restait sous le sceau du silence. Ne pas en parler « permettait » de réduire cet événement voire de le nier, le désigner comme n'ayant pas existé. On pensait protéger les parents d'une trop grande souffrance. Aujourd'hui, il reste des traces de cette mentalité liée à un contexte historique et socio-culturel particulier : « Tu en referas un autre », « Ce n'était pas développé », ... expressions qui banalisent voire nient l'impact psychologique d'un tel événement.

Dans ces situations, les professionnels sont aussi touchés et pris dans une palette d'émotions. Accompagner des parents endeuillés n'est évident pour personne. Être confronté à la réalité de la mort soumet aussi les professionnels à un stress intense voire à de l'angoisse. Bien sûr, les pratiques ont changé. Les réflexions menées en équipe pluridisciplinaire permettent aux soignants de partager expériences et émotions et de développer un accompagnement personnalisé auprès de parents endeuillés. Celui-ci reste primordial. Être entouré par une équipe qui se rend disponible et rassure, offre un contenant aux émotions parentales. L'écoute de la souffrance des parents permet qu'elle soit entendue et qu'une place dans l'histoire familiale soit donnée à cet être qui n'a pu vivre.

« Dites-moi, vous pensez qu'il entend ? », « J'ai peur qu'il lui fasse mal en piquant dans mon ventre », « Avec tout ce que j'ai passé, ce serait bien le diable qu'il soit calme », « Lui, ce sera un nerveux comme son frère », « Quel goût ça a le liquide amniotique ? » ...

Pensées et/ou exprimées, les questions sur ce que vit et ressent le bébé à naître sont omniprésentes. La connaissance actuelle du développement sensoriel du fœtus apporte des éléments de réponse qui confirment ou modulent les représentations que s'en font les futurs parents.

Tant que le fœtus était invisible, on en faisait un être isolé et immature. Fidèle à cette logique, l'immatunité présente à la naissance faisait du bébé un nouveau-né exempt de sensibilité et de capacité relationnelle, soit un être semblable à un « tube digestif ». Ces conceptions ont généré à son égard des attitudes peu « humanisantes ». En préconisant un accouchement « sans violence » dans les années 70, l'obstétricien Leboyer anticipait ce qui est aujourd'hui une évidence : le bébé est attentif et en attente de contacts.

Et le fœtus ? Loin d'être sourd et insensible, celui-ci reçoit et perçoit des informations émanant du milieu intra-utérin riche en stimulations et du monde extérieur via ses systèmes sensoriels. Les études actuelles attestent des capacités du fœtus à interagir avec son environnement. Celles-ci résultent de l'interaction entre un processus de maturation biologique et des événements liés à l'environnement fœtal.

La peau et le toucher

Le fœtus est en contact avec la paroi utérine et son cordon ombilical, parfois aussi avec son jumeau. Premier sens à devenir fonctionnel, le tact reste encore mal connu.

Au niveau clinique, on constate des réactions fœtales (bouger ses membres, modifier le rythme cardiaque) suite à une pression exercée sur l'utérus ou lors des mouvements maternels.

Dans le langage, le toucher désigne un acte et un sentiment. Toucher et être touché mêlent différentes composantes : corporelle, affective et sensorielle. Dans cette intrication du corps et de l'affect prend place l'haptonomie. Proposée par des sages-femmes, des kinésithérapeutes ou des psychologues, cette approche propose un accompagnement pendant la grossesse et après la naissance. Décrite comme science de l'affectivité, elle utilise un toucher très spécifique appelé le « contact psycho-tactile-affectivo-confirmant ». Cette dénomination souligne l'esprit dans lequel cette démarche s'inscrit. Ce contact tactile est l'occasion d'une rencontre qui confirme l'autre, les futurs parents et le bébé à naître. Dès le quatrième mois de grossesse, l'enfant à naître répond, recherche le contact et le jeu et ce, en fonction de sa disponibilité et de son état d'éveil. Etablir des « liens affectivo-confirmants » pendant la grossesse, parler à l'être en devenir, c'est croire à son existence, c'est le reconnaître comme être vivant et désirant. En retour, les futurs parents se sentent confirmés, reconnus dans leur fonction parentale.

L'autre versant lié à la perception tactile amène la notion de la douleur. Est-ce que le fœtus ressent ou éprouve la douleur? Cette question est surtout évoquée par les futurs parents lorsque des actes techniques sont posés. Lors de ponctions, ils s'interrogent sur le déroulement, l'effet et la possibilité de toucher le fœtus avec l'aiguille. Des études cliniques confirment une sensibilité à la douleur. En témoigne le retrait manifesté par le

fœtus en cas de piqûre accidentelle lors d'une ponction amniotique. Quant au vécu de cet acte intrusif, il diffère selon les femmes enceintes. Certaines mères disent ne s'être « rendu compte de rien ». Par contre, d'autres restent figées tout au long de l'examen avec parfois une sidération des représentations. Une mère raconte : « Pendant la ponction amniotique, je ne pouvais pas comprendre l'image. »

L'odorat et le goût

Baignant dans le liquide amniotique², le fœtus découvre vraisemblablement les odeurs et les saveurs par ses mouvements d'ingestion, de régurgitation, d'inhalation et d'exhalation ...

Dès le septième mois de grossesse, il a une capacité discriminative. Ingérées par la mère, odeurs et saveurs sont détectées et mémorisées par le fœtus. L'observation de grands prématurés montre l'existence de réponses comportementales en présence d'odeurs particulières.

Un équilibriste ?

In utero, le fœtus n'est pas soumis aux forces de la pesanteur. Actuellement, il n'existe pas de preuve d'un fonctionnement du système vestibulaire qui soit dissocié du toucher.

En fin de grossesse, le fœtus témoigne d'une sensibilité aux déplacements actifs (marcher, se balancer) et passifs (se redresser, s'asseoir) de sa mère et le manifeste par des variations du rythme cardiaque.

L'hypothèse selon laquelle le nouveau-né engramme quelques caractéristiques des déplacements maternels reste à démontrer. Cependant, étant sensible

2. Le liquide amniotique irrigue et traverse les récepteurs olfactifs de l'arrière bouche ainsi que les récepteurs gustatifs qui tapissent le palais et la langue.

au rythme, il est fort probable que le fœtus intègre le rythme de la marche de sa mère.

La voix et l'ouïe

L'environnement sonore du fœtus est constitué de bruits de fond biologiques maternels et fœtaux ainsi que des bruits externes. L'atténuation de ces derniers est relativement comparable à « l'assourdissement provoqué par une otite moyenne ».

Selon l'intensité du bruit, le fœtus y réagit en modifiant son rythme cardiaque et en bougeant ses membres. Il manifeste une capacité d'adaptation et d'habituation aux sons pour autant que sa mère n'éprouve pas d'affects particuliers en présence de ces sons. Il s'habitue et mémorise les sons quotidiens, sons qu'il préférera entendre après sa naissance.

Les sons émis lors d'une conversation sont transmis *in utero* et émergent du bruit de fond intra-utérin. La mélodie du discours est préservée. De plus, le fœtus est capable de distinguer deux syllabes, phrases, locuteurs, langues, comptines ou morceaux musicaux.

In utero, la voix maternelle bénéficie « d'une double transmission externe et interne via la conduction osseuse, ce qui lui confère un statut privilégié ».

Busnel considère la période fœtale comme une période d'apprentissage et fait l'hypothèse d'une « culture prénatale ». En analysant le rythme cardiaque fœtal, elle a prouvé la faculté de discrimination du fœtus et du nouveau-né lorsque sa mère s'adresse directement à lui ou parle de lui à une tierce personne. Cette reconnaissance par le fœtus d'un appel fait par sa mère à son intention, c'est ce qu'elle nomme la « voix adressée ».

En montrant une préférence pour les voix et plus particulièrement celle de sa mère, le nouveau-né offre au parent l'opportunité de se sentir reconnu parent.

Le fœtus voit-il ?

Cette dernière acquisition reste inachevée à la naissance et est encore mal connue. Il semble que le fœtus réagisse à une exposition lumineuse intense de l'abdomen maternel.

Que conclure des connaissances actuelles ?

Le monde du fœtus est parsemé de sensations qu'il perçoit grâce à sa sensorialité et non à son intellect. Se développant *in utero*, cette sensorialité lui donne accès à « une préconnaissance de son environnement » et lui fournit des repères pour l'après-naissance.

Les études et recherches menées plus particulièrement sur le système olfactif et auditif confirment l'existence d'une « relative » continuité transnatale axée sur la sensorialité du fœtus puis du nouveau-né. Celle-ci contribue au processus d'attachement réciproque bébé-parents.

Le fœtus *in utero* traite et mémorise les caractéristiques individuelles du milieu prénatal : on sait que les odeurs ont valeur de contenant et que le système olfactif est connecté aux structures nerveuses impliquant les émotions et la mémoire. D'où émerge cette hypothèse : les souvenirs olfactifs acquis *in utero* laisseraient des traces mnésiques plus durables que d'autres émanant d'autres systèmes sensoriels.

En fin de grossesse, le fœtus peut différencier des sons complexes comme un changement de syllabes ou de notes de musique. Développant un attrait pour la voix maternelle, il peut différencier une phrase identique en fonction de la tonalité émotionnelle si elle appartient à la langue maternelle. Les recherches ont démontré que le cri du nouveau-né a un « accent » différent selon la langue maternelle. Il « reproduit » les

intonations maternelles perçues in utero. Le nouveau-né manifeste également une reconnaissance de la voix paternelle.

Durant la période néonatale, cette « continuité transnatale » est bien présente. Au-delà de celle-ci, la stabilité de la mémoire auditive fœtale est encore méconnue.

Existe-t-il une transfusion des émotions maternelles ?

La plupart des parents s'interrogent voire craignent l'impact que peuvent avoir les émotions vécues par la future mère sur le ressenti et le caractère du fœtus. Paroles de mères : « Le deuxième, c'est le plus chétif mais c'était la plus mauvaise grossesse, j'ai sûrement dû faire passer mes angoisses, celui-ci sera un nerveux, ça va être un tempérament. » Dans ses propos, transparait une conception « osmotique » des liens entre une mère et son enfant. Souvent véhiculée aussi par les professionnels, cette représentation reste bien ancrée. Alors, sur quelles bases tangibles s'appuyer pour confirmer ou infirmer cette perception ?

D'emblée, les recherches sur l'impact du stress sur le fœtus pointent la complexité de la question. En effet, la notion même de stress mêle des aspects somatiques, hormonaux, psychiques et environnementaux.

Les premières études, centrées sur les conséquences du stress ont démontré un lien réel entre stress et prématurité, retard de croissance intra-utérine et modalités d'accouchement.

Plus récemment, les études alliant biologie et perception du stress démontrent de manière significative la relation entre stress, anxiété et dépression maternelles avec la présence d'altérations neurodéveloppementales chez le fœtus. Bien qu'ayant besoin de cortisol³

pour se développer, un « trop » d'hormones de stress pendant la grossesse perturbe le bon développement cérébral du fœtus. Cependant, plusieurs précisions s'imposent. Tout d'abord, il existe « une fenêtre de sensibilité », soit une période critique dans le développement où le fœtus est plus réceptif. Ensuite, on note des sensibilités individuelles de la part du fœtus. De plus, la perturbation engendrée par un taux important d'hormones est modulée par des facteurs environnementaux pré- et postnataux survenant ultérieurement (Van den Bergh). Autrement dit, il existe bien une relation entre le stress maternel et le développement fœtal. Mais, bien que celui-ci puisse interférer dans le développement du fœtus, il n'existe pas de lien déterministe.

3. Le taux de cortisol mesure l'activation du système nerveux central. En cas de stress, ce taux augmente significativement.

La grossesse sous « haute surveillance »

Le fœtus est-il dans les normes ?

La question de la normalité revêt deux aspects : celui des normes techniques utilisées par le professionnel confirmant ou non la « normalité » attendue par le parent en opposition à l'« anormalité » et puis l'aspect « individualité », « personnalité » du fœtus. Les normes biologiques et physiologiques du fœtus sont des mesures techniques permettant d'établir un diagnostic concernant la croissance du fœtus. Bien que dans la grande majorité, les examens montrent un fœtus en bonne santé, les futurs parents les attendent avec une certaine appréhension. Les craintes exprimées portent sur la vitalité et/ou les possibles malformations que le fœtus pourrait développer. « Est-ce qu'il est normal ? », « A-t-il une bonne taille ? », « Il a grossi ? », « Est-ce qu'il est entier ? » ... Paroles de père : « C'est inquiétant toutes ces mesures. Est-il standard ou pas ? 106 c'est bon ? C'est trop petit ou trop grand ? On est rassuré lorsqu'il dit que tout va bien ». Savoir que « tout est normal » lève les inquiétudes et laisse libre cours à la rêverie.

Le test sanguin, appelé « triple test », a pour objectif d'évaluer notamment le risque de trisomie. Il a une valeur prédictive d'un risque potentiel de malformation. Or, pour les futurs parents, très souvent, il est traduit en terme de « voir le mongolisme » et l'attente du résultat est souvent source de stress. Un résultat « positif » introduit dans le psychisme parental une fêlure. Très souvent, cette annonce est assimilée à une certitude, le pire étant souvent envisagé. Pour lever le doute, une ponction amniotique est proposée. L'attente des résultats définitifs couvre plusieurs

semaines et induit la plupart du temps une « faille relationnelle ». Comment garder le même investissement dans l'enfant à naître lorsque des doutes sur son intégrité pèsent ? Paroles de mère : « Quand elle m'a annoncé ça (le résultat positif du test), je l'ai pris très mal. Ça remet en question pas mal de choses et il faut admettre qu'il y a une éventualité de devoir interrompre la grossesse. C'est une période difficile à passer parce qu'en fait tout s'arrête dans la tête par rapport à la relation que j'ai avec lui (le bébé). Il y a des moments où quand il bouge, je ne m'inquiète plus, c'est un peu comme si lui aussi je le mettais entre parenthèses. »

De même, lorsque l'échographiste décèle une image légèrement « hors norme », les craintes concernant le fœtus sont ravivées. Entendre que le fœtus a « trop » de quelque chose ou « pas assez » de quelque chose ramène le spectre du handicap.

Paroles de mères : « Ça veut dire quoi, trop gros ? Est-ce dû à un problème ou est-ce qu'elle a bien profité ? On est très attentif aux mots qu'on vous dit et dès que ça a l'air d'inquiéter le médecin, il faut qu'il s'explique. »

Échographies, tests, ponctions se vivent souvent en termes d'étapes à franchir. Et chaque parent vit à sa manière ce « parcours balisé ». L'attente du résultat de tel ou tel examen permet « d'y croire » ou non. Dès qu'une incertitude plane sur la vitalité et/ou une possible malformation du fœtus, le doute introduit dans le psychisme parental comporte toujours le risque de laisser des traces. Paroles de mère : « C'est rassurant et angoissant ... lorsqu'on a vu quelque chose d'anormal pour le rein, c'est pas grave, c'est une petite dilatation mais j'ai toujours peur ... c'est la question, et si, et si... ».

Qu'ils soient fondés ou non, pouvoir exprimer doutes et craintes et les partager avec les professionnels est capital pour les futurs parents.

L'annonce d'un handicap fait peur à tout le monde, l'échographe y compris. Vécue comme une blessure narcissique, elle provoque un cataclysme émotionnel. Cette catastrophe fait voler en éclats le rêve de l'enfant « parfait » et même le rêve de l'enfant. Tel un traumatisme, la découverte d'une anomalie fœtale plonge les futurs parents, dans un premier temps, dans la sidération relayée par un tumulte émotionnel où se mêlent colère, angoisse, désespoir, refus, haine... Très rapidement et parfois quasi immédiatement, cet enfant tant attendu est désinvesti. Il devient un être « à enlever » le plus rapidement possible. Soutenir le fait qu'il est important de prendre du temps pour mettre des mots et partager des émotions, même si cette attente est douloureuse, soulève parfois la fureur. Or, agir dans la précipitation comporte le risque d'escamoter un travail psychique d'élaboration de cet événement de prime abord impensable. Vouloir y échapper peut le compromettre. Un décès périnatal est un événement majeur dont les effets à long terme sont parfois imprévisibles. Aujourd'hui, dès l'annonce d'un handicap, un accompagnement est proposé aux parents. L'équipe soignante est attentive au vécu corporel et affectif de la femme et au vécu du père. L'explication des étapes à franchir procure un apaisement et rassure. La disponibilité et la présence liées parfois à un contact physique et l'accueil des émotions qui se présentent, aident à contenir dans ces moments particulièrement denses la souffrance des parents.

Confrontés à la détresse des parents, les soignants sont renvoyés à leurs émotions. Ils ont aussi une démarche à effectuer, différente de celle des parents. La présence des collègues est précieuse et permet un partage de ce qui se vit. Ces échanges sont essentiels afin de conserver ses capacités de soignant et d'accompagnant avec l'investissement personnel et le recul professionnel, tous deux autant nécessaires.

L'annonce d'un handicap peut aussi amener des futurs parents à faire le choix de poursuivre la

grossesse. Tout en restant un drame émotionnel, apprendre que l'enfant attendu est porteur de malformations permet de se préparer à l'accueillir. Paroles d'un père dont l'enfant est atteint de trisomie : « Savoir à l'avance, c'est un drame sur le moment et un drame aussi quelque part dans la vie qui continue. Mais il y a ce laps de temps qui va passer (le temps de la grossesse) qui fera se faire une raison. Dieu ou la nature a voulu que ce soit comme ça et le temps permet d'essayer de voir le bon côté des choses, s'il y en a. C'est un enfant malgré tout, c'est la vie. »

Normal ou pas, le fœtus est un individu unique

La question de la « normalité » interroge aussi un autre versant, celui de l'existence ou non d'une individualité chez le fœtus. Couramment, on dit « une grossesse n'est pas l'autre ».

De fait, chaque grossesse est vécue différemment selon les circonstances de sa survenue, de la position qu'occupera l'enfant à venir dans la fratrie et des affects soulevés lors de cette grossesse. Très souvent, les futures mères décrivent les réactions de l'enfant à naître en comparant avec les grossesses précédentes. Les mouvements fœtaux sont interprétés différemment. Difficile, voire impossible, de démêler ce qui vient du fœtus et ce qui vient de sa mère. Tajani et Lanniruberto se sont penchés sur cette question et préconisent l'idée d'une individualité motrice du fœtus. Pour eux, « chaque fœtus a sa propre personnalité, sa façon propre de se comporter à l'intérieur de modèles communs ». Ce qui rejoint la clinique puisqu'on constate des sensibilités individuelles. Autrement dit, les fœtus ne sont pas tous les mêmes. C'est sans doute la présence de jumeaux qui peut le mieux nous renseigner sur cette individualité.

Paroles de mère enceinte de triplés : « La première fois, j'en ai vu un qui a commencé à sucer son pouce

... ils ont chacun leur sphère. C'est bien de savoir où ils sont, qui est qui. »

Kirikou, le fœtus « plus-que-parfait » ?

L'échographie a renforcé le souhait d'avoir un enfant « parfait ». Celui-ci se doit d'être « parfait » sous peine de provoquer l'effondrement ou d'être rejeté. Et être parfait pour les futurs parents, c'est être conforme à leur désir. Ainsi, les attentes concernant le sexe de l'enfant à venir peuvent être révélatrices de ce désir.

Une mère disait à ce propos : « Je voulais un garçon. C'était le gros coup de poing dans la figure. Ça ne m'a jamais effleuré le fait que je pouvais avoir une fille. J'ai du mal à l'avalier. C'est l'anéantissement de 7 mois de préparation à un enfant. Ça m'effraie d'avoir une petite fille ... ».

Par ailleurs, reconnaître au fœtus des « compétences » comporte un double risque. Le premier réside dans la tentation d'une hyperstimulation. Or, si les stimulations de l'environnement sont importantes et nécessaires pour le développement du fœtus, un trop ou un trop peu de celles-ci peut l'inhiber. Et utiliser les connaissances acquises pour développer une « pédagogie prénatale » est un pas à ne pas franchir.

L'autre risque serait d'attribuer à l'enfant à naître des compétences qu'il n'a pas et lui faire endosser un savoir en lieu et place de ses parents.

Dans le dessin animé *Kirikou et la sorcière*, Kirikou encore dans le ventre de sa mère parle et décide de naître. Une fois né, il se nomme lui-même et part combattre la sorcière. Cette histoire, touchante par ailleurs, a cette particularité d'inverser les rôles. En sachant déjà *in utero* ce qu'il faut faire, Kirikou ne rend-t-il pas sa mère incompetente ? Ne représente-t-il pas l'enfant « plus-que-parfait » qui sait et agit ?

L'échographie à la croisée des regards

« Dessine-moi un mouton! »

« Dessine-moi un mouton » demande le Petit Prince à Saint-Exupéry. Celui-ci s'exécute et produit plusieurs dessins plus ou moins ressemblants, tous refusés par le Petit Prince. Excédé, l'auteur dessine une caisse en disant : « Ça, c'est la caisse. Le mouton que tu veux est dedans ». Et ce dessin obtient comme réponse : « C'est tout-à-fait comme ça que je le voulais! ».

Au travers de cet échange, le Petit Prince nous engage à interroger ce que l'on voit et ce que l'on regarde. Et, ce que l'on voit n'est pas ce que l'on regarde.

En interrogeant le phénomène de la vision, le philosophe Merleau-Ponty démonte les liens entre la vision et le regard en les articulant au corps.

Organe de la vision, l'œil rend les choses visibles en donnant les coordonnées, les limites et la réalité des choses. Il capte l'existence effective de ce qui se voit. Le regard, lui, se réfère à l'expérience d'être un sujet percevant. Regarder, c'est « percevoir » le monde. Cette perception donne un « champ de présence » qui déploie deux dimensions, temporelle et spatiale.

Lors de l'échographie, ce « champ de présence » s'offre au regard dans la mesure où il permet de percevoir tout en l'anticipant spatialement et temporellement, un être en devenir.

Souvent, la vision d'un cœur qui bat, signe de vie, anticipe le fait d'attendre un enfant et de devenir parents. Un père dit : « La première qu'on voit, on voit juste un

petit cœur, c'est vrai que quand il n'y a rien que le cœur, on était déjà parents ».

Par ailleurs, la vision n'est pas une pensée pure, poursuit le philosophe. Elle est chevillée au corps. Ce qui l'amène à postuler que la vision possède un pouvoir fondamental, celui de montrer, de manifester plus qu'elle-même. En d'autres termes, on perçoit toujours plus que ce qui est effectivement donné à voir, du fait que la vision partant du corps réalise une sorte de « montage intersensoriel ». Voir, c'est solliciter d'autres sens et, dans le même temps, réaliser une cohérence interne entre ceux-ci, donnant une unité perceptive à ce qui est vu.

Saisir plus que ce que l'on voit effectivement révèle aussi le fait que la vision a « son » imaginaire. La vision fait parler de ce qui est vu, c'est-à-dire qu'elle va au-delà ou en deçà de la forme, de la ligne. Des mères témoignent : « La face, j'avais l'impression qu'il était vraiment là, beaucoup plus concret que les autres mesures, il me regardait », « On a un flash, elle nous regarde, elle est là, tout d'un coup, elle vient dire coucou ». Voir un être en devenir non comme être regardé mais comme être regardant change la perspective. Étant lové dans le ventre maternel, le fœtus ne peut pas voir ses parents. Mais lui prêter l'intention « de les regarder » ne révèle-t-il pas le désir parental d'être reconnu par lui comme parents et de l'inscrire dans un lien de filiation ?

Cet organe sensoriel qui permet de voir et de regarder, est aussi source de plaisir. « L'impression optique reste la voie par laquelle l'excitation libidinale est la plus fréquemment éveillée » déclarait le père de la psychanalyse. Dans le plaisir de regarder et d'être regardé, c'est l'œil qui correspond à une zone érogène. Freud postule que le point de départ de la pulsion du regard est auto-érotique puisqu'elle a pour objet le corps propre et relève ainsi du narcissisme. Cette pulsion de voir est aussi associée à la pulsion de savoir.

Très souvent, l'image échographique est source de satisfaction narcissique. Celle-ci se manifeste au travers de propos tels que « Il te ressemble » ou « Il a ton nez ». Trouver ressemblant l'enfant à naître procède d'un acte comportant une visée intentionnelle particulière, celle d'y mettre soi-même une ressemblance.

À ce niveau, l'échographie en 3D, soit tridimensionnelle en donnant du volume aux images, offre une vision assez saisissante d'un « enfant ». Peu ou pas utilisée lors d'un suivi médical de grossesse, elle correspond à une démarche autre, dite « affective » dont le but est d'obtenir des images esthétiques du visage et du corps dans une atmosphère détendue. Cette échographie « souvenir » peut être visionnée en famille.

Les images en 3D montrent avec plus de précision les mimiques et les activités du fœtus. C'est le voir sucer son pouce, téter son cordon, ouvrir la bouche, déglutir et découvrir des expressions évoquant le sourire ou les pleurs ...

De l'intimité protégée à l'exposition du ventre maternel

La technique échographique opère une révolution dans l'exploration interne du corps, tout en inversant ce mouvement du voir. L'enveloppe corporelle n'est plus une limite du voir puisqu'il est désormais possible de visualiser l'intérieur du corps sans altérations ou modifications corporelles et ce sans douleur aucune. La notion de visibilité s'est élargie : le réel invisible parce que cerné par de la chair est rendu visible, exposé au regard de tous.

De plus, l'échographie obstétricale permet de voir le corps d'un autre dans son corps.

Hors contexte de gestation, ressentir la présence d'un corps autre et vivant à l'intérieur de soi serait un signe de folie. Si être enceinte implique d'avoir une présence

en soi, celle-ci ne provoque pas, pour la grande majorité des femmes, un plongeon dans l'abîme. Mais parfois, voir le fœtus un peu flou dans les tonalités de blanc et de noir lui donne un aspect bizarre. Les images peuvent apparaître énigmatiques, voire « opaques » pour certains futurs parents, et susciter une sensation d'« inquiétante étrangeté ». Décrite par Freud, cette perception peut se manifester lorsque l'image déconcerte le parent et provoque une sensation de malaise. Le fœtus, tout en ayant des caractéristiques humaines, peut apparaître aux yeux des parents comme « étrange ». Des mères racontent : « Même si je voyais qu'il était dans l'utérus, je ne sais pas, il y a quelque chose, c'était bizarre », « On ne voit rien. L'échographie, je ne comprends toujours pas. On dit, c'est le nez, vous ne le voyez pas ? J'ai pas vu le bébé. J'ai toujours eu le sentiment d'avoir un bébé dans le ventre mais je ne l'ai pas vu, ni à l'échographie ni dans mon imagination ». Un père, d'origine européenne, exprime : « Il a une drôle de tête, il a des mâchoires africaines. »

« Un malentendu fondamental »

Par cette expression, Gourand pose le cadre dans lequel se déroulent les échographies. Investi massivement par les futurs parents, l'échographiste est celui sur qui repose la poursuite de la grossesse ou non. Associées à ses savoirs et savoir-faire, ses paroles ont un pouvoir de vie ou de mort.

L'image échographique est analysée, décortiquée par le professionnel en recherche d'éventuelles malformations fœtales alors que les futurs parents attendent de voir leur enfant. Même si tous fixent le même écran, ils ne recherchent pas la même chose. L'image est investie différemment. Un père raconte : « L'échographie, c'est plus une échographie technique pour eux bien entendu, ils voient une série de choses qu'on ne voit pas mais les canevas de l'échographie c'est pour montrer aux parents qu'est-ce que c'est ? Comment c'est ? Où cela se trouve ? Il vérifiait s'il n'y avait pas de problèmes

puisque à son avis il y avait quelques problèmes qui pouvaient exister. C'était moins marrant. On voulait être juste rassurés. À la limite, on n'aurait pas vu l'écran que c'était même pas grave ».

Parallèlement à ce voir sur écran, les parents guettent dans les yeux et/ou mimiques de l'échographiste ce qui pourrait confirmer ou infirmer leur craintes concernant la vitalité ou la viabilité de l'enfant à naître. C'est dans cette atmosphère « transférentielle » que le risque de malentendus est réel. À ce moment-là, le discours qui accompagne l'image a toute son importance. Car l'attente parentale porte essentiellement sur une non-contradiction d'une représentation intérieure de la femme enceinte mais inconnue du professionnel explique Tisseron, psychiatre et psychanaliste. Ce n'est qu'une fois éloigné le spectre de la mauvaise nouvelle que la capacité de rêverie maternelle se libère. Un espace fait de pensées et de représentations peut se déployer. Par ses propos, une mère le souligne : « Quand je pense à lui, c'est toujours dans le ventre, dans le liquide. J'essaie de l'imaginer comment il est, comment il bouge. Je le vois tout rose dans mon ventre et j'ai l'impression qu'il s'étire complètement. »

De même, le fait qu'une image « parle » au futur parent implique non seulement qu'elle soit parlée par le professionnel mais aussi qu'elle représente quelque chose, qu'elle fasse sens. En témoigne ce dire : « Vous montrez cette échographie-là ou une autre, c'est exactement les mêmes pieds, vous ne savez pas dire si c'est le vôtre. Tandis que là (au moment de l'échographie), vous savez que c'est votre bébé sur ses pieds, sur ses bras, sur sa colonne vertébrale. »

Ces propos confirment la différence entre des images échographiques qui ne signifient rien et l'image qui advient. Dans son analyse de la photographie, Barthes reprend cette distinction en expliquant que toute photographie se soutient de la coprésence de deux éléments : le *studium* se réfère à l'ensemble et est toujours codé. Il témoigne d'un mouvement du sujet vers la

photographie. Par contre, le *punctum* est un élément qui ressort de cet ensemble, tel un trait qui jaillit de l'image. Il exprime un mouvement inverse, de la photographie vers le sujet. Si de par sa formation, la vision du professionnel est plutôt généralisatrice et universelle, relevant plus du *studium*, le regard parental, lui, cherche ce point qui les touche.

De manière insoupçonnée, les mots prononcés au moment de l'échographie peuvent parfois peser dans les représentations parentales. Dire dans un moment de sensibilité émotionnelle intense les paroles concernant le corps de l'enfant à naître, peut parfois résonner différemment chez le futur parent, en écho avec son histoire personnelle. Enceinte d'une troisième fille, une mère compare en fonction de sa seconde fille présentant un retard mental : « J'essaie de me rassurer avec tous mes petits points. À chaque fois cela diffère de ce que j'ai vécu avec M. (sa deuxième fille). C'est pour ça que je demandais : il est plutôt grand ou plutôt petit ? M. étant plutôt petite et L., c'est ma fille aînée, était grande. Le fait qu'il ait dit, il est plutôt grand, c'est encore un point qui me rassure. »

L'écho de l'échographie

Voir ce qui fait signe ou pas dans l'image échographique donne le sens que seul le futur parent peut tracer. Parfois, celle-ci ne « parle » pas, ne signifie rien. L'impossibilité de voir un être en devenir traduit souvent une autre difficulté, voire une impossibilité de penser, d'imaginer, d'espérer. Des mères confient : « Un gros point d'interrogation », « Un point après une ligne, un peu plus gros qu'une ligne, pas d'idée, c'est dur de s'imaginer ça à l'intérieur ».

« Attendre famille » s'inscrit dans un contexte émotionnel, affectif et familial à chaque fois singulier. Être enceinte peut être source de stress ou d'angoisse lorsque des événements traumatiques antérieurs à la grossesse tels des fausses-couches ou un deuil périnatal

ont émaillé le parcours de vie. Il n'est pas facile de regarder un écran dès que l'ombre de la mort se profile ou s'est imposée. « C'était pas vraiment une échographie. Si on ne pouvait pas trop penser, on ne pouvait pas trop regarder. On ne voyait quasiment rien, on voit une tête d'épingle qui passe et c'est presque tout. » « On nous a donné une photo mais pff... » dit cette mère, porteuse d'une maladie héréditaire. Enceinte pour la quatrième fois, une mère raconte : « Ma fille est née prématurément, elle est sourde. Ici, je m'attache moins au petit car j'ai peut-être peur d'une catastrophe, c'est peut-être pour me protéger. » Et le père de poursuivre : « Nous, on est avec les morceaux cassés. »

Se préserver d'un investissement trop grand lorsque le doute sur l'intégrité et/ou la viabilité du fœtus plane est bien une manière de se protéger d'une trop grande souffrance « au cas où ... ». Quand l'angoisse se concrétise dans la réalité, c'est tout un projet qui s'effondre.

Voir et ensuite ...

Un père relate : « On a fait une ponction. J'ai vu cette aiguille passer et l'aiguille a touché le pied du bébé et le bébé a fait ça (il fait un geste de recul) et le bébé est né avec un pied palmé. De notre point de vue, c'est une relation de cause à effet. Du côté médical, ce n'est pas possible, tout est déjà formé. Mais il n'y a rien à faire quand on a vu ça ... ». Pour ce couple, la crainte de porter atteinte au bébé est devenue réelle : le bébé a une malformation située à l'endroit même où l'aiguille a touché sa chair, dit ce père. Cette atteinte imputée à l'aiguille a rendu cette mère « complexée ». Elle ne voulait pas qu'on le voie pieds nus : « C'est une différence, ce n'est pas un enfant normal, entre guillemets. » Effectivement, qu'une aiguille puisse provoquer cette malformation ne relève pas de la réalité « réelle ». Mais, au niveau psychique, c'est bien une réalité. Avoir un enfant porteur d'une malformation est toujours traumatique. Imputer la cause à l'aiguille donne sens

à un évènement qui a fait effraction dans le psychisme parental. Le fait d'être « complexé » démontre à quel point cette atteinte physique a porté atteinte au narcissisme parental.

Devenir parents

S'inscrire dans une lignée transgénérationnelle

Devenir parents, être parents et assumer cette fonction ne s'improvisent pas, c'est le résultat d'un processus qui débute avec sa propre naissance, elle-même imprégnée de l'histoire transgénérationnelle des parents.

Être le « fils de », la « fille de » tout en devenant « père de », « mère de », c'est accepter de s'inscrire dans une double filiation, paternelle et maternelle et de repositionner la place de chacun dans la succession des générations. Transmettre la vie, c'est accepter d'être le maillon d'une chaîne qui précède son existence et qui se poursuivra au travers de son enfant, de l'enfant de son enfant,

Guyotat envisage ce lien de filiation comme « une structure psychique qui a "un rôle d'organisateur mental" ». En cas de défaillance comme dans la psychose, celle-ci se désorganise complètement. Cet auteur distingue trois pôles dans la filiation. La filiation biologique renvoie au corps. « C'est ma chair » en est une des expressions. En référence à la culture, la filiation instituée ou légale est de l'ordre du symbolique et débute avec l'inscription à la commune de l'enfant né. Et enfin, la filiation narcissique, elle-même, régie par une logique de « la reproduction à l'identique ». Cette dernière se fonde sur l'imaginaire et renvoie aux liens affectifs que l'on a créés au cours de son histoire. C'est dans ce registre que « le roman familial » s'insère. Cette construction imaginaire où l'enfant se construit une histoire sur ses origines peut perdurer à l'âge adulte sous forme de rêveries.

Personne n'échappe à la question des origines. Cette quête toujours présente, parfois incessante, est à

mettre en lien avec la vie sexuelle. Elle conditionne l'activité même de pensée, explique Freud.

À cette question « d'où viennent les enfants ? », l'enfant attend une réponse non pas seulement sur l'aspect biologique, « ce point zéro », mais sur « l'histoire de ce point zéro » (Golse). Ce qu'interroge l'enfant, c'est le désir qui l'a précédé, c'est-à-dire l'histoire entre cet homme et cette femme qui l'ont engendré ainsi que l'histoire des premiers liens d'attachement. Le désir d'enfant que l'enfant devenu adulte conservera prend ses racines au lieu même du désir qui a présidé à sa propre naissance, colorant ainsi le projet d'enfant d'attentes et de représentations inconscientes. En ce sens, la transmission de vie échappe complètement ou partiellement à ceux qui la transmettent, les parents étant eux-mêmes porteurs de marques significatives qui les déterminent (Bydlowsky).

Du désir à la réalité

Parfois, il persiste une confusion entre désir d'enfant et désir de grossesse. Ce dernier cherche à vérifier le bon fonctionnement physiologique de sa capacité reproductrice. Le désir d'enfant revêt diverses significations et s'exprime sur différents registres. Entre souhaits conscients et désirs inconscients se noue un « conflit ambivalentiel ». L'évolution de ce conflit aura comme issue l'aboutissement d'une grossesse ou non (Revault d'Allonnes).

Dans un murmure, une femme s'interrogeant sur son impossibilité d'être mère me dit : « Enceinte, c'est la limite de la folie. J'ai pensé prendre un couteau et me le mettre dans le ventre », ajoutant « être mère, je n'arrive pas à le dire et à le penser ». Enceinte à plusieurs reprises, elle a interrompu les grossesses. En la poussant au désespoir, un « impensable » l'oblige à éliminer chaque fois un « enfant » à peine conçu. Dans cet impensable, se logent la tentative d'avortement de sa mère enceinte d'elle ainsi qu'une représentation

de la mère dévouée et asservie à l'enfant. Or, pouvoir se penser mère se construit sur fond d'une référence maternelle. Avorter peut aussi s'entendre comme une tentative de tuer la mère intérieure en soi, celle pour qui on éprouve de la haine. Cette petite vignette clinique pointe avec acuité que devenir mère ne peut se réduire à une simple capacité biologique.

Être ou ne pas être comme sa mère

La période de la grossesse, qualifiée de « crise de parentalité » par différents auteurs, correspond à un temps où se conjuguent modifications corporelles, bouleversements relationnels et sociaux également une mutation intrapsychique avec la possible réactualisation de conflits anciens. La perspective de devenir parent se concrétise et l'« histoire du point zéro » est à nouveau convoquée. L'attente d'un enfant rappelle les parents que l'on a eus, les personnes qui ont jalonné son enfance et l'enfant que l'on a été. Les premiers liens d'attachement sont (re)visités et suscitent souvent une prise de position qui oscille continuellement entre deux mouvements opposés et conflictuels. Sur le versant identificatoire, on retrouve des paroles telles que : « Je suis comme ma mère et je ferai comme elle avec mon enfant. » Sa différencier de sa mère ou de son père s'énonce plus volontiers lorsque des événements traumatiques ont émaillé l'enfance. Une jeune femme, enceinte de son premier enfant, raconte : « Mes parents m'ont adoptée puis ils se sont séparés. Je n'ai jamais vécu dans une vraie famille. C'est cela qui m'embête avec le bébé. Je suis toute seule. J'aimerais qu'il connaisse une vraie famille... Le bébé, c'est un accident. Je lui (au père de l'enfant) avais dit que c'était fini, que j'avortais, qu'il n'était pas question que je garde quoique ce soit de lui. Puis, j'ai fait la part des choses, je me suis dit, mais l'enfant, c'est pas le papa. J'ai réfléchi. Je me suis dit que j'étais capable de donner à cet enfant tout ce qu'il aurait besoin parce que moi en tant qu'enfant adoptée, j'avais pas refaire les mêmes bêtises que ma mère avant, la mère qui

Un retour en arrière

m'a mise au monde, être obligée de se séparer de son enfant parce qu'on a pas les moyens d'assumer. » Ainsi, cet enfant imprévu lui renvoie la délicate question de la maternité, restée en suspens dans son histoire avec le désir de ne pas reproduire ce qu'elle a vécu. S'entend aussi l'ambivalence éprouvée par rapport à cet enfant. Garder cet enfant, c'est bien se différencier de sa mère de naissance et sans doute vouloir réparer une blessure « impensable ». Tout en ayant souffert d'avoir « toujours vécu à deux, jamais à trois », elle reproduit et ce à son insu, la même configuration familiale, être seule avec son enfant. Bien sûr, l'arrivée de cet enfant s'insère dans une trajectoire de vie singulière où des événements traumatiques faits de ruptures et séparations ont jalonné le parcours de sa mère. Mais au delà de cette histoire, ce témoignage dévoile la complexité des processus psychiques mobilisés au cours de la gestation. Présents pour toute grossesse, ils empruntent des chemins différents en fonction d'une histoire singulière et de la position subjective de tout un chacun.

Lors d'entretiens, très spontanément, les femmes enceintes évoquent des bribes de leur enfance. Ce passé plus ou moins lointain, en (re)devenant présent ramène à la surface des émotions, des sensations et des affects liés à leur vécu. Transmettre la vie fait appel non seulement à la mère des premiers temps et à la réactualisation d'un désir œdipien mais aussi au fondement du narcissisme.

Qui est la mère des premiers temps ?

En naissant « prématurément », le nouveau-né dépend de son environnement pour (sur)vivre. Dès le départ, la mère, cet « autre secourable », porte l'enfant et lui procure les premiers soins. Aussi, aux yeux du bébé, la mère apparaît « toute puissante ». C'est elle qui censure, frustre, interdit. C'est d'elle dont dépend le plaisir ou la déception.

Le fait d'avoir un garçon ou une fille suscite des représentations différentes et module le comportement maternel. Le bébé garçon peut apporter un sentiment de complétude ou au contraire effrayer. Par contre, la petite fille, en la renvoyant à une identification, peut susciter de la rivalité.

La phase œdipienne est une étape complexe combinant deux désirs, « être mère » et « avoir un enfant ». Dès les premières années de sa vie, la petite fille développe le désir de devenir mère elle aussi. L'impossibilité due à son immaturité sexuelle l'installe dans l'attente. Celle-ci sera l'occasion d'élaborer différentes hypothèses pour répondre aux énigmes de la différence des sexes, de la naissance et du rapport sexuel. Ces représentations sont appelées « théories sexuelles infantiles ». Une mère formule : « On ne parlait pas de sexualité chez moi. Petite, je pensais que le fait de s'embrasser, c'était une manière d'avoir un enfant. »

Dans son parcours, la petite fille, frustrée et déçue, va éprouver des sentiments de colère et de haine à l'égard de sa mère. Et vouloir se rapprocher de son père ne peut se faire que « contre » sa mère et augmenter sa culpabilité. Afin d'épargner sa mère et de s'épargner

une trop grande culpabilité, la petite fille finira par renoncer au père.

Ainsi, la construction de l'identité féminine s'établit sur base d'un double mouvement : le lien à la mère des premiers temps et le renoncement au désir œdipien en faveur de la mère.

Au niveau psychique, la traversée de l'œdipe est non seulement incontournable mais structurante. La configuration dans laquelle la résolution œdipienne s'inscrira sera le sous-bassement du destin maternel de la petite fille.

Et le petit garçon ? Né du ventre maternel, le petit garçon se construit d'emblée dans la différenciation subjective. Face à son désir de maternité où l'enfant est perçu comme un cadeau convoité, il est confronté également à un travail de renoncement.

Accéder à la paternité nécessite aussi, dès le stade « petit garçon », un processus où se conjuguent différents volets : ne pas être l'unique objet du désir maternel, s'appuyer sur une identification à la fonction paternelle, à des figures paternelles et prendre la place de père.

La fonction paternelle

De l'emprise maternelle, tant le garçon que la fille doivent se dégager. C'est du père que vient cet écart. Il est important de distinguer le « papa » de ce qui est la fonction paternelle. Être le « papa » renvoie à un père en chair et en os. La fonction paternelle se réfère à la dimension symbolique et à ce titre, elle est structurante. Appelée par Lacan « Nom-du-Père », elle agit comme « opérateur symbolique de séparation ». À ce niveau, occuper cette place tierce a pour fonction d'opérer une coupure dans la relation mère-enfant. En interdisant à la toute-puissance maternelle de s'exercer sur l'enfant, la fonction paternelle engendre la séparation avec l'enfant

tout en le positionnant comme être désirant. Elle ouvre à la dimension de l'altérité.

Cependant, pour qu'un « espace paternel » soit possible, il faut qu'il soit reconnu par la mère. Autrement dit, un père ne peut occuper cette place que s'il existe une « inscription » psychique du côté de la mère. Pour qu'il y ait du père, il faut « du père dans la mère ». Et pour qu'il y ait du père dans la mère, il faut qu'elle ait eu un père incarnant la fonction paternelle. L'espace psychique accordé par la mère au père, allié à la présence ou non d'un homme en chair et en os incarnant cette fonction tierce, de coupure, conditionneront la traversée de l'œdipe ainsi que sa résolution.

Actuellement, de par les transformations profondes de la société, être le papa et exercer la fonction paternelle ne reposent pas nécessairement sur la même personne.

Le mythe de l'amour maternel

En 1915, Freud repérait déjà que la haine, plus ancienne que l'amour, est présente dans toutes les relations d'affection et d'amour. Être mère n'est pas synonyme de tout amour, tout dévouement.

Winnicott, le premier, a inventorié les diverses raisons qui poussent une mère à haïr son enfant. De par sa dépendance, le bébé exige une disponibilité physique et psychique telles qu'une mère peut se sentir complètement accaparée par cet « amour impitoyable » et ressentir de l'agressivité pour ce bébé « qui pompe tout ».

Toute relation est faite d'ambivalence. Amour et haine sont intimement intriqués. Parler de haine dans l'amour n'est jamais chose aisée et nécessite de distinguer la haine vitale de la haine destructrice. La haine vitale, présente dans l'ambivalence maternelle est structurante et salvatrice pour l'enfant comme pour la mère. C'est elle qui fait barrage à un tout amour étouffant, mortifère voire meurtrier. Contenue par un travail de refoulement

L'être-mère et la grossesse : une folie ?

des pensées agressives, cette haine instaure une séparation entre la mère et l'enfant en reconnaissant la différenciation comme essentielle. Autrement dit, elle permet d'aménager une place pour cet être en construction. Ce serait la « juste bonne haine » symbolique, celle qui évite que l'agressivité se transforme en violence.

Par contre, la haine destructrice est celle dirigée à l'encontre de l'enfant, celle qui ne lui fait aucune place, celle qui vise la destruction au point parfois de le tuer (Benhaim).

« La grossesse est une condition assez proche de la folie : on est deux, je suis deux et je ne sais rien de l'autre. L'enfant est pour moi le parfait inconnu. Je ne sais rien de ce bébé qui habite en moi et que je ne verrai que dans huit mois » écrit Mariella Colin.

Neuf mois pour accepter dans son corps qui se transforme parfois à son insu, un autre corps, le reconnaître autre et semblable puis s'en séparer, représente une expérience singulière. Divers auteurs s'accordent pour attribuer à cette expérience existentielle une dimension de « folie ». Celle-ci se décline sous divers aspects : « folie » de vivre un corps qui change dans un laps de temps très court et sans qu'on puisse rien y changer, « folie » d'être habitée par un autre corps, « folie » narcissique, « folie » de vivre une instabilité émotionnelle inattendue... L'état de grossesse brouille les cartes : la frontière entre ce qui est « normal » et pathologique s'atténue.

Il y a de quoi avoir le vertige. Et pourtant, tels des funambules sur un fil, la plupart des femmes ne tombent pas dans la folie. Avec le concept de « préoccupation maternelle primaire », Winnicott propose une lecture qui transforme cet état « proche d'un état psychiatrique » en nécessité existentielle tant pour la mère que pour le bébé à venir. Cette sensibilité ouvre sur une étonnante capacité d'identification de la mère à son bébé. Se développant au cours de la grossesse, celle-ci est bien présente dans les derniers mois qui précèdent la naissance et sera le lit permettant le développement d'une relation intersubjective.

Ainsi, conjointement au développement sensoriel du bébé à venir, se met en place une « préparation »

émotionnelle de la femme enceinte afin de donner toutes les chances à la rencontre entre la mère et cet enfant là de se faire.

Un corps qui change

À différents niveaux, la gestation implique le corps. Il y a le « corps-réalité » et le « corps vécu ». Le premier rencontre une double réalité, celle du corps de la mère et celle du corps de l'enfant à naître. C'est un corps qui abrite un autre corps. Ce « corps-réalité » est accessible aux professionnels. Le corps maternel est observé, palpé, touché et parlé. Le corps du fœtus est regardé, mesuré, évalué, parfois touché et également parlé. Le « corps-vécu » est invisible. Il fait appel aux représentations de la féminité et à l'image inconsciente du corps. Ce corps-là est traversé par les émotions, les sensations, les perceptions. C'est celui qui ressent la plénitude ou le vide, qui éprouve la peur, qui se sent agressé, qui a mal, qui jouit... Et c'est avec ce corps-là qu'une femme vit sa grossesse (Revault-d'Allones).

Une expérience narcissique

Dolto envisage le narcissisme comme une « mêmeté d'être » qui se nourrit d'un sentiment de continuité élaboré au fil de sa propre histoire et probablement enraciné dans cette perception intime d'être un maillon d'une chaîne qui transmet la vie. L'image du corps en est le support. Celle-ci, propre à chacune, n'est pas seulement de l'ordre de l'imaginaire mais aussi et surtout de l'ordre du symbolique.

Moment narcissique, la gestation focalise l'attention sur soi et fait de l'enfant à naître « un prolongement de soi ». Autant la grossesse est un moment privilégié de restauration narcissique, autant il peut susciter un repli narcissique. Une mère raconte : « On ne vit que par son ventre, c'est notre fierté. Mon ventre, plus on le voit, plus on se sent bien, je suis belle. »

A contrario, toute rupture au niveau de ce sentiment de continuité fragilise, blesse le narcissisme. Dès lors, la grossesse au lieu d'être gratifiante risque de se vivre sur un mode pénible, voire menaçant où la future mère se sent dévalorisée, lourde, abimée et parfois menacée dans son intégrité physique.

La transparence psychique

Se développe au cours de la grossesse une sensibilité particulière, appelée « transparence psychique » (Bydlowsky). Elle s'exprime par des sautes d'humeur, des « caprices », des envies. Pour un « rien », ce sont les pleurs.

De plus, ce qui est habituellement tu et censuré (ré)émerge à la conscience et est formulé avec une sorte d'aisance. Spontanément, la femme enceinte évoque le passé en le focalisant sur l'enfant qu'elle-même a été et non sur l'enfant en devenir qu'elle porte.

Dans son discours, des fragments issus de l'inconscient (re)font surface. S'y retrouve le désir œdipien dont le renoncement n'est jamais total. L'aspect incestueux que revêt le désir d'enfant avait mobilisé l'attention de Freud. La clinique le confirme. Voulant montrer les mouvements du bébé à son père, une mère dit : « On le voit bouger à travers mon tee-shirt, je l'ai montré à mon papa. Je lui ai dit : "tiens papa, regarde mon tee-shirt" et il a regardé ». Une autre mère me glisse incidemment, en parlant de l'annonce à son mari du fait qu'il allait être père : « J'ai écrit une lettre "Cher papa" ... ».

L'œdipe n'est qu'un versant de la maternité. La grossesse réanime la mère des premiers temps. En effet, pour pouvoir enfanter, il faut avoir eu une référence à une image maternelle. Pour la petite fille, ce lien originnaire à la mère est un « ingrédient indispensable à la filiation féminine ». Reconnaître à l'intérieur de soi la mère, est à l'origine non seulement du désir d'enfant mais permet sa concrétisation. « En enfantant, une

femme rencontre sa propre mère; elle la devient, elle la prolonge tout en se différenciant d'elle » (Bydlowsky).

Ces mères témoignent : « Maman, elle ne s'imagine pas que je vais devenir maman parce qu'elle est toujours en train de me dire, fais attention, fais-ci, fais-là. Elle croit comme ça que je ne suis pas assez responsable. Elle me prend pour sa petite fille », « Finalement envie d'être, de rester le petit bébé de quelqu'un quoi, ça c'est évident ». En devenant mère comme sa mère, une femme « redevient enfant, enfant de sa mère et son propre enfant à la fois, et cela dans un double mouvement d'identification à sa mère et à son enfant » (Revault-d'Allonnes).

Parallèlement, la mère devenant future grand-mère est traversée aussi par des mouvements identificatoires liés à son histoire. La survenue de symptômes physiques n'est pas rare. Lors de sa grossesse, une future mère me raconte que sa mère « a commencé un ulcère d'estomac ». Un rapide calcul me permet de faire le lien entre les 5 mois de sa grossesse et la perte, appelée fausse-couche, de sa mère lorsqu'elle était enceinte de 5 mois. À l'entretien suivant, elle déclare : « Ma mère a des nausées, des vomissements et de la température », symptômes mis sur le compte d'une gastro-entérite ...

La grossesse est aussi sous le signe de l'ambivalence

D'emblée, l'ambivalence est présente dans toute gestation. Cependant, révéler des sentiments négatifs au cours de la grossesse s'énonce souvent avec culpabilité. « Attendre un enfant, c'est que du bonheur » me dit cette femme enceinte, hospitalisée pour une menace d'accouchement prématuré. Dans cette formulation, il n'y a pas de place pour l'ambivalence. Or, ne pas pouvoir penser et/ou dire l'agressivité envers l'être en devenir, c'est prendre le risque que ce qui est tu s'exprime au travers le corps via de la souffrance et/ou des symptômes. Cette part de « négatif » souvent

occultée s'exprime dans les situations de menaces d'accouchement prématuré. Il en va de même dans les vomissements dits incoercibles. Expression d'un conflit inconscient plus ou moins violent entre garder et rejeter, de tels symptômes traduisent l'ambivalence exacerbée dans laquelle sont plongées ces femmes.

Une lecture similaire peut s'exercer avec d'autres manifestations corporelles. Telle cette mère qui évoque : « C'est le prix à payer pour avoir un enfant, les migraines sont plus importantes lorsque je suis enceinte surtout quand j'attends des filles. »

À l'instar de Winnicott, Sirol énumère une vingtaine de raisons de haïr non pas le nouveau-né mais le fœtus : un fœtus qui ne correspond pas à ce qui est attendu de lui, soit être conforme au désir parental (exemple, ne pas être garçon) n'est pas un bon fœtus, sa présence peut rendre malade et déformer le corps ou obliger à interrompre la vie professionnelle, il provoque des cauchemars... Une mère confie : « Épuisée, j'ai régulièrement mal, je porte mal le bébé, il me pompe tout, j'ai l'impression qu'on me plante un couteau dans la colonne. »

Cette part « négative » en soi nécessite d'être reconnue dans le respect qu'implique le dévoilement de tels sentiments. L'emballage par des mots de cette part sombre est une manière de court-circuiter les effets dévastateurs engendrés par l'impossibilité de la penser. La haine formulée, parlée et entendue requière une attention et un soin particuliers afin de déjouer les passages à l'acte.

Les failles dans l'identification maternelle.

Au quotidien, la clinique nous confronte à des situations graves. En convoquant les acteurs du passé, la grossesse réanime les parents qu'on a eus, l'enfant qu'on a été, les liens instaurés ou non avec eux et aussi

l'atmosphère d'antan. Lorsque les premiers liens sont imprégnés d'un vécu de perte, de carence affective, d'abandon, de rejet, de maltraitance, d'abus, comment s'identifier à l'enfant sans que ces fantômes n'envahissent la scène? Quels appuis trouver? Sur quelle mère s'appuyer en devenant mère?

« À chaque grossesse, je rêve de ma mère et je ne suis pas bien. C'est même plus un cauchemar qu'un rêve. Quand on sait qu'on a une maman qui n'en est pas une », raconte cette mère.

En intitulant son livre *Un bébé en analyse*, M. Colin décrit non le bébé qu'elle porte mais parle d'elle-même enfant : « Pourquoi ai-je si peur de ma mère? Je redeviens un enfant? Mon enfance a été tissée de haine et de désespoir, je ne tiens pas du tout à la revivre. » Elle poursuit : « Je m'identifie au futur bébé et ma mère m'apparaît comme un être terrifiant et tout puissant, très archaïque. Je la hais et je la crains comme si j'étais encore totalement dépendante de ses désirs et de ses volontés ... », « La colère et la haine sont ce qu'il y a de plus profond en moi, je ne veux pas qu'on y touche ... Je ne sais plus pourquoi j'ai voulu un bébé ... Ça a été un caprice ... Je n'en veux plus, j'arrêteraient volontiers tout cela. Mais il est là maintenant, planté au milieu de mon ventre, au plus profond de mon corps, et il grossit, il grossit imperturbablement ... Je me maudis pour avoir fait ce bébé. »

Le passé peut être très lourd voire trop lourd. Alors que cet enfant était « voulu », la grossesse devient un cauchemar. « La grossesse, c'est un enfer. J'en veux au bébé de me rendre malade. Voir son cœur battre à l'échographie, il est vivant mais cela signifie que je vais continuer à être malade. C'est vouloir qu'il soit en vie pour lui et qu'il meure pour moi. Je n'en veux plus, il faut qu'il meure » confie cette mère. Elle entame un suivi thérapeutique qui sera l'occasion d'exprimer le « cauchemar » de son enfance et la peur de reproduire ce qu'elle a connu.

Être « malade de son enfance » soulève des angoisses parfois indicibles poussant celle qui les vit à la dépression, à la mélancolie ou à des actes agressifs envers elle-même ou envers l'enfant à naître.

Et parfois, c'est le basculement dans la psychose. Là où il devrait être question de vie, c'est la folie qui pointe. Ce qui permettrait de rester en équilibre n'est plus opérant. La grossesse fait voler en éclat les mécanismes de défense. Les identifications vacillent et le sens de la réalité s'estompe. Au moment où s'actualise la question de la filiation, les repères se brisent. Proposé par Lacan, le concept de « forclusion » désigne un mécanisme mis en œuvre dans la psychose où ce qui aurait dû être symbolisé ne l'est pas et revient sous forme de délire, soit quelque chose d'extérieur au sujet et qui représente une tentative désespérée de trouver du sens pour soi. En parlant de la raison de son hospitalisation, une mère me dit : « Je pensais que j'avais un lion dans le ventre et qu'il allait me dévorer. »

L'être-père, une crise existentielle ?

Devenir père implique aussi à un travail psychique complexe. L'homme traverse une « crise existentielle » liée à « une version du père relativement récente » (Hurstel). En devenant père, l'homme voit surgir son propre père, les liens qu'il a eus avec sa mère pendant l'enfance ainsi que la fonction paternelle telle que son père l'a exercée.

De plus, au cours de ces dernières décennies, un autre changement s'est produit. La confusion entre égalité et similarité a entraîné une modification de la place du père appelé parfois « à faire la mère », jetant le flou sur un élément essentiel dans la construction psychique, la différenciation des sexes. Un père n'est pas une mère et une mère n'est pas un père. Par contre, cette mutation a permis au père d'investir différemment l'enfant. C'est ainsi que la présence affectueuse du père pendant la grossesse et auprès de l'enfant « s'est imposée comme fondatrice du lien de paternité » (Hurstel).

L'opportunité actuelle de « paterner » offre aussi la possibilité à un homme de « dire quelque chose de la vérité de son identité de père, qui était jusqu'ici refoulée » (Delais de Parseval).

L'annonce de la grossesse

À l'instar de la femme devenant mère, le temps de la grossesse pour un homme est un temps de « crise libidinale » mobilisant tout son être. Cette expérience particulière débute avec cette annonce : « Tu vas être père ». Aubert-Godart affirme que la surprise est fondatrice de la paternité. Effectivement, très souvent, les pères marquent un étonnement lors de la confirmation de la grossesse. Paroles de pères : « Pendant un court

instant, j'étais dans un état pensif et silencieux qui aurait pu ressembler à de l'indifférence. L'état pensif fut l'annonce d'une longue préparation psychologique à être père. » Ou cet autre : « On ne s'attendait vraiment pas à ça, je ne savais que faire alors je me suis enfui, j'ai pris un peu d'air... »

Être sidéré ou s'enfuir témoignent que l'annonce provoque non seulement la surprise mais peut également être un « choc », une impossibilité (passagère) de se projeter père.

Un travail de triangulation

« Je me sentais trop jeune pour être père. Je voulais un enfant mais pas tout de suite » dit ce père. Passer de deux à trois ne va pas de soi. Tout en gardant un investissement affectif auprès de sa compagne, le futur père doit faire face à un travail d'élaboration psychique de la triangulation. L'enfant en s'annonçant vient s'immiscer entre lui et sa compagne. En étant « perturbateur », cet être en devenir mobilise des affects potentiellement dépressifs qui peuvent se traduire par des réactions somatiques et/ou comportementales soutient Sirol. Il émet l'idée d'un passage « dépressif narcissique » qui, à l'instar de la mère, participerait à la « préoccupation paternelle primaire ».

La mobilisation psychique induite par la grossesse entraîne une (ré)activation de souvenirs et d'affects liés aussi au passé infantile de l'homme devenant père. La présence d'un être en devenir dans le ventre de sa compagne le renvoie parfois brutalement aux questions liées à sa sexualité et sa castration. Non seulement, il ne le porte pas mais cet enfant à naître et celle qui le porte focalisent toutes les attentions tant familiales que médicales. Aussi, cet être en devenir peut être perçu comme un rival. Récemment, une mère me dit : « Je crois bien qu'il est jaloux du bébé : un enfant, un grand enfant, qui va avoir un petit frère... C'est à se demander s'il mûrira jamais. »

La grossesse ramène au-devant de la scène sa propre mère non seulement psychologiquement mais également physiquement. L'attachement à la mère des premiers temps peut être tel qu'il empiète parfois lourdement sur les relations avec sa compagne. Parlant de sa belle-mère présente à l'échographie, une mère me dit : « Ils (mère et fils) sont forts attachés l'un à l'autre, autant elle que lui. Elle s'arrange pour le voir et lui s'arrange pour la voir », et le père d'ajouter : « Je suis l'enfant de ma mère. »

En lien avec cette mobilisation psychique, accepter de reconnaître l'enfant à naître comme sien nécessite de la part de celui qui devient père de l'inscrire dans un lien de filiation. Ne portant pas l'enfant dans son corps, il accepte d'« adopter » l'enfant à naître. Souvent décrit comme un mouvement inhérent à celui qui incarne la fonction paternelle, l'adoption au sens de reconnaître et accepter cet enfant-là pour le sien s'insère aussi dans le processus du devenir mère.

De même, faire une place à ce nouvel être nécessite pour le futur père l'instauration d'un lien narcissique entre lui et cet enfant à naître. Reporter une partie de son narcissisme sur l'être en devenir et être soutenu dans ce travail d'élaboration est essentiel afin que s'instaure une relation à trois.

L'ambivalence paternelle est au rendez-vous

Sur un mode mineur, elle trouve souvent à s'exprimer au travers de craintes portant sur la « normalité » de l'enfant à naître. Très fréquemment évoquées, elles ne disparaissent jamais complètement pendant la grossesse et peuvent se présenter sous diverses formes.

John Fante⁴ écrit : « Elle a pris ma main. "Tâte sa tête." J'ai trouvé l'endroit; cela avait la forme d'une balle de base-ball. J'ai palpé ce que je pensais être les mains,

les pieds. Alors j'ai sursauté, mais je n'ai rien dit pour ne pas inquiéter Joyce. Il y avait deux balles de base-ball, deux têtes! Je lui ai dit que c'était merveilleux, mais ma voix s'étranglait de peur devant l'horrible évidence : mon adorable Joyce portait un fardeau épouvantable... Aucun doute possible : l'enfant était un monstre. »

Tout comme la future mère, l'homme devenant père est confronté à des sentiments ambivalents à l'égard de l'enfant à naître dont les rêves peuvent en être la traduction.

Terrifiants tant dans le contenu que dans la forme, ceux-ci surgissent et mettent en scène des fantasmes incestueux, des fantasmes de mort sur lui ou sur l'enfant. Très souvent, ils sont tus et vécus dans la honte et la culpabilité. Ces rêves ont parfois un lien avec des événements réels de la grossesse : à l'annonce de la grossesse, à la découverte du sexe de l'enfant, ...

Obstétricien, Teboul témoigne : « La pénombre règne. L'atmosphère est étouffante. Je suffoque. Je suis sous terre, à l'intérieur d'une mine. Tous les gens qui m'entourent ont la gueule noire. Il y a aussi une étendue d'eau, dangereuse. J'ai le sentiment vague que je suis en danger si je persiste à rester. Seulement voilà, je ne sais absolument pas comment trouver la sortie. Très précautionneusement, je me faufille vers un des wagonnets stationnés à proximité dans l'intention de me dissimuler. Lorsque mon regard se porte à l'intérieur, un frisson d'horreur me parcourt l'échine. Le wagonnet est déjà occupé par une masse informe qui rappelle vaguement les quelques fœtus vus au cours de ma carrière. » Selon lui, ce rêve traduit la jalousie à l'égard du ventre maternel, porteur de vie. En pratiquant l'obstétrique, il a des représentations mentales précises d'un fœtus. Or, dans le rêve, il ne voit qu'« une masse informe » provoquant la terreur. Plusieurs lectures sont possibles. Est-ce une représentation de l'énigme que représente un ventre maternel ? Est-ce la crainte ou l'impossibilité de se représenter un bébé en devenir ? Est-ce un questionnement sur le devenir père ? Ou ... ?

4. Cité par Teboul R., *Neuf mois pour être père*, Calmann-Lévy, 1994.

La couvade

La « couvade », phénomène décrit par des anthropologues, est un rituel de passage permettant à l'homme de devenir père au moment de la naissance de son enfant. Dans notre société, l'évocation de la « couvade » a une signification autre. On parle de « couvade psychosomatique » pour désigner des symptômes présents chez l'homme pendant la grossesse de sa compagne. Dans un registre identificatoire, ces troubles psychosomatiques se manifestent sous forme de ballonnements, douleurs abdominales, vomissements, prises de poids, intervention chirurgicale (appendicectomie...), fatigue, lombalgies... De ce vécu corporel, le père parle souvent en le minimisant, en le banalisant, et sans faire de lien avec la gestation. Or, reflet d'un « travail de paternité », ces symptômes traduisent bien un mouvement psychique induit par la grossesse mais, ajoute Lacan, « ... comme une assimilation incertaine, incomplète de la fonction « être père » ».

Les failles dans l'identification paternelle

Entre le syndrome appelé « couvade » et la désertion du père, se décline toute une gamme de difficultés, souvent tues par les pères, voire niées.

La présence d'un être en devenir dans un ventre maternel bouscule la dynamique des liens instaurés entre un homme et sa compagne. Interpellé aussi dans sa conjugalité, un homme devenant père peut développer des angoisses concernant sa masculinité associées ou non à des troubles sexuels : impuissance, relation homosexuelle, exhibitionnisme...

La perte du désir sexuel d'un homme laisse entendre l'irruption au niveau psychique d'une représentation incestueuse inconsciente : sa compagne devenant mère personnifie la mère et/ou sa mère.

Le réel de la grossesse fonctionne telle une mise en demeure d'être père. Être « au pied du mur » peut ranimer d'anciennes blessures et provoquer la fuite. Celle-ci peut prendre diverses formes : fuite dans le travail, fuite dans une relation extraconjugale, abandon ...

Entre le désir d'enfant déclaré et la présence réelle d'un être en devenir, il y a une marge et parfois une béance. Dans la clinique, la difficulté, voire l'impossibilité d'assumer la fonction paternelle, est présente au quotidien. Il n'est pas rare qu'à l'annonce de la grossesse, celui qui « voulait » un enfant s'éclipse quelques mois puis revienne au moment de la naissance. Pas rare non plus de le voir disparaître complètement en abandonnant une future mère enceinte de son enfant.

L'accès à la paternité est un moment privilégié d'une réorganisation psychique qui table sur une inscription dans l'ordre symbolique et dans l'ordre des générations. Lorsque celle-ci fait défaut, l'homme devenant père « se perd » comme si le mot « père » lui était inaccessible, énigmatique. Il est dans l'impossibilité d'assumer l'« être père », ce que Lacan a théorisé sous le nom de « forclusion du Nom-du-Père ».

Sur un autre mode peut s'acter la difficulté d'être père. L'agressivité paternelle, en soi, n'est pas extraordinaire, l'amour étant toujours doublé d'un sentiment d'hostilité souvent inconsciente. Domestiquer cette part « négative » est un travail psychique nécessaire et constant. Penser la violence est une chose, l'acter en est une autre. Lorsque l'arrivée d'un enfant est vécue comme une menace narcissique, la réponse paternelle à cette atteinte personnelle peut s'acter par des comportements violents. Cette violence peut s'adresser à l'enfant à naître et/ou à la mère qui le porte. Elle surgit à l'endroit même où il est question de vie, ce qui n'est pas sans évoquer une « lutte à mort » entre soi et l'enfant, entre soi et l'enfant en soi qui a été blessé voire « tué ».

Les professionnels de la périnatalité

Sauf exceptions, la période périnatale est un temps de rencontre avec des professionnels et des spécialistes de la grossesse et de la naissance. De par leur formation, ceux-ci ont un savoir et un savoir-faire sur le déroulement de la grossesse et l'accouchement. Les connaissances actuelles ainsi qu'un suivi médical adapté permettent d'optimiser le bon déroulement de la grossesse pour la grande majorité. Conjointement à l'abord physiologique de la grossesse est abordé un « savoir-être ». Mais que recouvre ce terme ? Comment apprendre un « savoir-être » sachant que l'optique dans laquelle se déroule la formation conserve la perception d'une dualité entre soma et psyché ?

Le professionnel en périnatalité a affaire à l'origine de la vie, aux processus psychiques inhérents au « devenir parent » et aux liens primordiaux entre des parents et leur bébé. À l'instar de la sensibilité spécifique ressentie par les femmes enceintes coïncide une réceptivité particulière du professionnel. Choisir de travailler en périnatalité n'est pas anodin et correspond à des attentes et désirs liés à son histoire. La rencontre avec les futurs parents renvoie à son vécu, ses émotions, affects et fantasmes.

De plus, le soignant est en prise directe avec le corps. Il est non seulement dans une proximité corporelle avec les futurs parents mais il est amené à poser des gestes et actes sur le corps d'une femme enceinte et parfois sur un être en devenir. Il a affaire aussi à son propre corps. Palper un ventre et sentir un être bouger, c'est toucher et être touché dans son corps. C'est aussi ressentir le stress que certains parents transmettent. C'est « avoir la gorge nouée » ou bien « avoir des nœuds au ventre » ...

Dans cette expérience corporelle et sensorielle, le soignant est aussi dépositaire, souvent à son insu, des sensations et émotions d'une femme devenant mère. Confrontés aux interrogations, doutes, craintes exprimés par les futurs parents, il y répond en fonction de sa sensibilité et sa capacité d'écoute. Mais dans les situations extrêmes, le soignant, en prise directe avec la souffrance, peut se sentir débordé et malmené. La clinique du quotidien le confronte aux diverses expressions qu'emprunte la souffrance. La grossesse peut provoquer un débordement émotionnel, des passages à l'acte, voire une désorganisation psychique, laissant le soignant démuné. Comment alors ne pas être dépassé par ses propres représentations ? Comment poursuivre un réel accompagnement des futurs parents lorsque survient la représentation de « mauvais parents » ? Comment rester compréhensifs face à des parents qui n'entendent pas, qui mettent en danger la vie de leur fœtus ? Face à ce qui se vit, la tentation est grande d'y répondre par un rejet, lui aussi, souvent en miroir au rejet exprimé par les futurs parents.

Ce qui reste insupportable pour le professionnel renvoie à cette question « qu'est-ce qu'une mère, un père ? » et aux représentations qu'il en a. Difficile d'imaginer et de penser qu'une mère ne puisse pas aimer son enfant. Or, ne pas pouvoir entendre l'ambivalence où la haine domine conduit à une impasse en renvoyant les parents à leur solitude et le professionnel à sa colère. Celle-ci est souvent à l'aune de la haine exprimée par les futurs parents.

Il n'existe ni recette ni manuel dictant le chemin à suivre. Le temps de la grossesse est un moment particulier de grande sensibilité et d'ouverture. Cette sensibilité est aussi une formidable opportunité pour tenter de se décaler d'un processus mortifère et de mobiliser un processus de transformation pour autant que soit entendu ce qui fait souffrance afin de mettre du sens là où tout apparaît insensé. C'est ouvrir à une plus grande disponibilité psychique envers l'enfant à naître. Le professionnel, accompagnateur en périnatalité, le sait.

La qualité de l'accompagnement est primordiale. C'est elle qui permettra que ce qui est resté en souffrance puisse se symboliser.

Depuis plusieurs décennies, Molénat préconise « une culture du travail en réseau ».

C'est un travail au quotidien que de créer les conditions d'un accompagnement humanisant qui puisse garantir une « sécurité affective ». Celle-ci ne repose pas seulement sur la qualité de l'environnement médical. Elle répond également au besoin d'être écouté, compris et reconnu dans sa singularité et sa complexité. C'est entendre et tenir compte de l'ambivalence, de l'angoisse et de la haine présentes dans ces lieux où l'on transmet la vie.

Créer un climat de sécurité émotionnelle se construit ensemble. Décloisonner les pratiques offre la possibilité d'établir une continuité relationnelle sur laquelle les futurs parents pourront s'appuyer. Les « outils » proposés pour mettre en place cette culture de réseau se déclinent sous diverses modalités tout en s'articulant. Un entretien prénatal précoce qui ne soit pas psychothérapeutique permet de personnaliser et d'ajuster le suivi aux besoins exprimés. Le travail en réseau implique la création d'espaces de pensées qui permettent d'interroger la pratique, d'élaborer la mise en place d'un « réseau personnalisé » et de réfléchir ensemble à des formules susceptibles d'enrayer un mouvement destructeur afin de (re)lancer une dynamique de vie.

Pour terminer sans conclure

Envisager la période prénatale comme le « Premier Chapitre de la Vie », c'est l'inscrire dans une temporalité fondatrice de la vie psychique du sujet.

Au terme de celui-ci, se clôture la grossesse.

Un autre chapitre s'ouvre avec la naissance de l'enfant. La rencontre avec le bébé réel est un moment historique. À l'inscription légale « s'ancre » une inscription psychique.

À partir de là, d'autres chapitres s'écriront afin de créer le livre de la vie dont chacun sera dépositaire pour son propre compte ...

Bibliographie

- Barthes R., *La chambre claire*, Gallimard, 1980.
- Benhaïm M., *L'ambivalence de la mère*, Érès, 2011.
- Bydlowski M., « Les enfants du désir, le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient », Élaborations thématiques, in *Psychanalyse de l'Université*, 4/13, pp. 59-92, 1978.
- Busnel M.C., Daffos F., Dolto-Tolich C., Lecanuet J.P, Negri R., *Que savent les fœtus ?*, Collection Mille et un bébés, Érès, 1997.
- Colin M., *Un bébé en analyse*, Pierre Horay, 1978.
- Crespin-Cullere G., *L'épopée symbolique du nouveau-né*, Érès, 2010.
- Daffos F., *La vie avant la vie*, Hachette, 1995.
- Delumeau J., Roche D., (sous la direction de), *Histoire des pères et de la paternité*, Larousse, 1990.
- Dugnat M., (sous la direction de), *Devenir père, devenir mère*, Érès, 1999.
- Freud S., *Métapsychologie*, Gallimard, 1968 pour la traduction française
- Freud S., *Trois essais sur la théorie sexuelle*, Gallimard pour la traduction française, 1987.
- Freud S., *La vie sexuelle*, Bibliothèque de psychanalyse dirigée par D. Lagache, PUF, 1970.
- Frydman R., Szejer M., *La naissance. Histoire, cultures et pratiques d'aujourd'hui*, Albin Michel, 2010.
- Granier-Deferre C., Schaal B., « Aux sources fœtales des réponses sensorielles et émotionnelles du nouveau-né », *Spirale*, n° 33, Érès, 2005/1.
- Huston N., *Journal de la création*, Babel, 1990.
- Lacan J., *Le séminaire, Livre XI, Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse*, Seuil, 1964.
- Lecanuet J.P., « Des rafales et des pauses : les suctions prénatales », *Spirale*, n°44, Érès 2007/4.
- Merleau-Ponty M., *L'œil et l'esprit*, Collection Folio/essai, Gallimard, 1964.
- Missonier S., « Le premier chapitre de la vie? Nidification fœtale et nidation parentale », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 50, PUF, 2007/1.
- Prat R., « Les bébés qui réactivent notre folie », *Spirale*, n° 45, Érès, 2008/1.
- Revault d'Allonnes C., *Être, faire, avoir un enfant*, Petite Bibliothèque Payot, 1994.
- Roegier L., Molénat F., *Stress et grossesse. Quelle prévention pour quel risque ?*, Érès, 2011.
- Soulé M., Gourand L., Missonnier S., Soubieux M.J., *Écoute voir ... L'échographie de la grossesse*, Érès, 1999.
- Tabet C. et al, « Maltraitance à fœtus : comment comprendre pour prévenir », *Médecine & Hygiène*, Devenir, vol.21, 2009/4.
- Teboul R., *Neuf mois pour être père*, Calmann-Lévy, 1994.
- Weyergans F., *La vie d'un bébé*, Folio, Gallimard, 1986.

Temps d'Arrêt / Lectures – Déjà parus

* Ouvrage épuisé.

- **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 Røegiers.*
- **Procès Dutroux ; Penser l'émotion.** Vincent Magos (dir).*
- **Handicap et maltraitance.** Nadine Clerehaut, Véronique Poncelet et Violaine Van Cutsem.*
- **Malaise dans la protection de l'enfance : La violence des intervenants.** Catherine Marneffe.*
- **Maltraitance et cultures.** Ali Ouattah, 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 Meyfroet, 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.
- **Le déni de grossesse.** Sophie Marinopoulos.*
- **La fonction parentale.** Pierre Delion.*
- **L'impossible entrée dans la vie.** Marcel Gauchet.*
- **L'enfant n'est pas une « personne ».** Jean-Claude Quentel.*
- **L'éducation est-elle possible sans le concours de la famille ?** Marie-Claude Blais.*
- **Les dangers de la télé pour les bébés.** Serge Tisseron.*
- **La clinique de l'enfant : un regard psychiatrique sur la condition infantine actuelle.** Michèle Brian.*
- **Qu'est-ce qu'apprendre ? Le rapport au savoir et la crise de la transmission.** Dominique Ottavi.*
- **Points de repère pour prévenir la maltraitance.** Collectif.*
- **Traiter les agresseurs sexuels ?** Amal Hachet.*
- **Adolescence et insécurité.** Didier Robin.*
- **Le deuil périnatal.** Marie-José Soubieux.
- **Loyautés et familles.** L. Couloubaritsis, E. de Becker, C. Ducommun-Nagy, N. Stryckman.*
- **Paradoxes et dépendance à l'adolescence.** Philippe Jeammet.*
- **L'enfant et la séparation parentale.** Diane Drory.*
- **L'expérience quotidienne de l'enfant.** Dominique Ottavi.*
- **Adolescence et risques.** Pascal Hachet.*
- **La souffrance des marâtres.** Susann Heenen-Wolff.
- **Grandir en situation transculturelle.** Marie-Rose Moro.
- **Qu'est-ce que la distinction de sexe ?** Irène Théry.*
- **L'observation du bébé.** Annette Watillon.*
- **Parents défaillants, professionnels en souffrance.** Martine Lamour.*
- **Infanticides et néonaticides.** Sophie Marinopoulos.
- **Le Jeu des Trois Figures en classes maternelles.** Serge Tisseron.
- **Cyberdépendance et autres croquemitaïnes.** Pascal Minotte.
- **L'attachement, un lien vital.** Nicole Guedeney.
- **Homoparentalités.** Susann Heenen-Wolff.
- **Les premiers liens.** Marie Couvert.
- **Fonction maternelle, fonction paternelle.** Jean-Pierre Lebrun.
- **Ces familles qui ne demandent rien.** Jean-Paul Mugnier.
- **Événement traumatique en institution.** Delphine Pennaewart et Thibaut Lorent.

Retrouvez nos auteurs sur yapaka.be pour des entretiens vidéo, conférences en lignes,....

Les livres de yapaka

disponibles toute l'année gratuitement
sur simple demande au 0800/20 000



POUR LES
ENFANTS

Livre de 80 pages
60.000 ex./an

Diffusion gratuite à chaque
élève de 4^{ème} primaire



POUR LES
ADOLESCENTS
DE 12 À 15 ANS

Livre de 80 pages
60.000 ex./an

Diffusion gratuite via
les associations fréquentées
par les adolescents



POUR
LES PARENTS
D'ENFANTS

Livre de 80 pages
60.000 ex./an

Diffusion gratuite via les
crèches, écoles, associations
fréquentées par les parents



POUR
LES PARENTS
D'ADOLESCENTS

Livre de 80 pages
60.000 ex./an

Diffusion gratuite via les
écoles, associations fréquentées
par les parents