Maternités traumatiques

Maternités traumatiques, choc de ce titre associant le long processus de maternité à la brutalité du trauma. En rédigeant cette note, j'ai longtemps retenu comme titre de l'ouvrage – véritable *lapsus calami* – « maternités problématiques ». Comme s'il fallait atténuer la violence du trauma devenu « problème » pour éviter de l'associer aux représentations d'une maternité tranquille précédant « l'heureux événement ». Comme le rappelle Jacques André, on connaissait depuis Freud et Rank le trauma angoissant de l'expérience de la naissance, mais jusqu'alors principalement exploré du côté de l'enfant. Or, le titre de l'ouvrage présent ne trompe pas : il recueille et donne à entendre des expériences traumatiques vécues du côté de la mère lors de la grossesse, de la naissance ou de la période postnatale. La formation d'un être au cœur des entrailles de celle qui le porte – n'en déplaise aux garants d'une morale reproductrice présentant la maternité comme un bonheur systématique du destin féminin – ne va pas toujours de soi ; et surtout lorsque des accidents se font jour depuis la grossesse jusqu'à l'accouchement d'un enfant, vivant, prématuré, malade ou mort.

Le lecteur est amené à découvrir au travers de la présentation de multiples cas de mères fragilisées une clinique particulière caractérisée par des moments de détresse, de sidération, d'effroi, de stupeur, de vide, de blanc, de rien… lorsque tout va trop vite (naissance prématurée) ou que ce qui n'était pas attendu a lieu (risques périnataux, mort périnatale). « Peut-on être mort avant d'être né ? » Cette question lancée par François Ansermet à propos des morts *in utero* ouvre à une interrogation des limites entre la vie et la mort, l'origine et la fin, difficilement pensables pour l'humain. Parmi les diverses figures de ces « maternités problématiques », un certain nombre d'auteurs insistent sur celle de la naissance d'un enfant prématuré. Celle-ci bouscule les rythmes propres à l'attente de la femme qui accouche brutalement, la rendant « prématurément mère » (Catherine Vanier). Mettre au monde au bout de six mois de grossesse – sans y être préparée – un bébé dont le poids parfois n'excède pas cinq ou six cent grammes est de l'ordre du traumatisme. Impossible de savoir si l'enfant va vivre ou mourir, impossible d'accomplir ces gestes élémentaires qui bordent la naissance : toucher cet enfant, le prendre dans ses bras, lui parler, le caresser, ni même lui donner le sein ! Ces mères déjà fragilisées par un accouchement risqué se retrouvent en observation dans un service hospitalier tandis que le bébé est placé en réanimation ou en couveuse dans un autre service.

Ces séparations précoces imposées par des prises en charge médicales spécifiques ne facilitent pas la constitution d'une séparation symbolique. Et puis, le milieu hospitalier réformé, l'impératif d'aller vite, le manque de temps pour écouter, des médecins-soldats de la tyrannique « transparence », énonçant parfois, une par une, toutes les séquelles possibles dont pourra souffrir le minuscule bébé… Tout peut se bousculer dans le corps et dans la psyché d'une mère : sidération, confusion, angoisse, solitude intense. Laurence Aupetit souligne à travers certaines expressions de mères, combien il est difficile pour certaines d'entre-elles de reconnaître la nature humaine de cet enfant « crevette », « animal fripé », « gigot », « crapaud ». D'autres se culpabilisent de n'avoir même pas été capable de « finir » ce bébé miniature… « Je ne suis pas bonne pour lui… je lui ai donné la mort ; ce sont les médecins qui lui ont donné la vie. Moi, je n'ai même pas été capable de le garder suffisamment longtemps dans mon ventre pour qu'il soit hors de danger. » Et Catherine Vanier de noter combien cette expérience effroyable atteint profondément les assises narcissiques de ces mères, elles aussi, « prématurées ». Entre l'enfant idéalisé et l'enfant réel, l'impact de la déception est lourd et dévastant. Laurence Aupetit insiste sur la nécessité de suivre ces mères à la suite de ces vécus traumatiques n'ayant généralement pas laissé aux représentations et aux mots le temps d'être élaborés, laissant place à un sentiment massif de culpabilité. Pouvoir dans l'après-coup identifier, qualifier, revisiter ces émotions, les resituer dans le temps, dans le lien, les partager avec une

personne à l'écoute, s'avère très important.

Dans le cas où le bébé est resté en vie, un travail psychothérapique aidera la mère à faire face aux tempêtes affectives et aux exigences sans limites de son bébé la rendant passive et complètement absorbée par lui. Drina Candilis, au travers d'un exemple littéraire (*Madame Bovary* de Flaubert) et de sa pratique clinique met en relief le travail de l'ambivalence et des composantes haineuses dans le « travail utérin » et dans la maternité. Car dans bien des cas, ces difficultés périnatales entraînent des risques de perturbations dans l'établissement du lien d'attachement entre la mère et son bébé (Blaise Pierrehumbert). La plupart des auteurs se rencontrent pour souligner l'idée selon laquelle la focalisation sur la survie physiologique du bébé (l'accroissement de plus en plus poussé du seuil de sa survie physiologique) contourne la question des rythmes du bébé, ceux de la mère, et celle concernant les bienfaits de l'attente.

Comme le note Jacques André, « le Technique et le Psychique relèvent de deux temporalités différentes ». Ainsi, Alberto Konichekis ouvre une réflexion sur la politique actuelle des soins : de plus en plus déshumanisée, soumise au règne des machines, à la temporalité de l'urgence, à l'impératif des résultats visibles (les images du fœtus montrées de plus en plus tôt aux parents court-circuitant une part de la fantasmatisation de cet enfant)… Il importe pourtant que le processus de maternité puisse accueillir des « formes d'inquiétante étrangeté, d'indicible, de secret ».