

Traumatismes psychiques à l'aube de la vie

ONT COLLABORÉ À CET OUVRAGE

Louise Atani-Torasso
Marie Bahuaud
Benjamin
Annie Berriex
Éric Binet
Micheline Blazy
Geneviève Bruwier
Isabelle Caillaud
Drina Candilis
Jean-Jacques Chavagnat
Marie Courtaux
Élisabeth Darchis
Francine deMontigny
Tahar Demiche
Christel Denolle
Étienne Gayat
Claire Gekiere
Christine Gervais
Véronique Gilbert
Florence Gressier
Christelle Gosme
Évelyne Josse
Pierrette Lavy
Michel Libert
Alexandre Mebazaa
Sylvain Missonnier
Christine Rainelli
Emmanuel Reichman
Aude Ricbourg
Vera Savvaki
Marie-José Soubieux
Stéphanie Staraci
Leslie Sulimovic
Justine Toneghin
Chloé Ventré
Chantal Verdon

Sous la direction de
Benoît Bayle

Traumatismes psychiques à l'aube de la vie

Cahier Marcé n° 8

« LA VIE DE L'ENFANT »

The logo for Éditions érès features the word 'érès' in a bold, lowercase sans-serif font. A vertical line is positioned to the left of the 'é', and the word 'éditions' is written vertically in a smaller font along this line.

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2021
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-7094-4
Première édition © Éditions érès 2021
33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France
www.editions-eres.com

Partagez vos lectures et suivez l'actualité des **éditions érès** sur les réseaux sociaux



Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L.335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.
L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. : 01 44 07 47 70 / Fax : 01 46 34 67 19.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS <i>Benoît Bayle</i>	7
---	---

I PERSPECTIVES CLINIQUES

POINT DE VUE D'UNE OBSTÉTRICIENNE SUR LES TRAUMATISMES PSYCHIQUES EN PÉRINATALITÉ <i>Micheline Blazy</i>	11
LES TRAUMATISMES PSYCHIQUES EN PÉRINATALITÉ <i>Benoît Bayle, Jean-Jacques Chavagnat</i>	25
LA VIRTUALITÉ TRAUMATIQUE EN PÉRINATALITÉ : UN POINT DE VUE PSYCHANALYTIQUE <i>Marie Courtaux, Sylvain Missonnier</i>	43
DE LA NOTION DE RISQUE À CELLE DE VULNÉRABILITÉ DANS L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE DU POST-PARTUM : QUESTIONNEMENTS À PARTIR D'UNE REVUE DE LA LITTÉRATURE <i>Leslie Sulimovic, Florence Gressier</i>	57
CLINIQUE DE LA SURVIVANCE EN PÉRINATALITÉ <i>Benoît Bayle</i>	71
LE TRAUMATISME PSYCHIQUE CHEZ LE NOURRISSON ET L'ENFANT EN BAS ÂGE <i>Évelyne Josse</i>	79

II
TRAUMATISMES PSYCHIQUES
À L'AUBE DE LA VIE

CHRONIQUE D'UN PSYCHIATRE PÉRINATAL <i>Benoît Bayle</i>	93
EFFETS PSYCHOPATHOLOGIQUES DE L'HÉMORRAGIE DE LA DÉLIVRANCE <i>Michel Libert</i>	101
L'HÉMORRAGIE DU POST-PARTUM APRÈS UNE CÉSARIENNE : DONNER LA VIE ET RISQUER LA MORT <i>Christelle Gosme, Marie Courtaux, Aude Ricbourg, Chloé Ventré, Drina Candilis, Vera Savoaki, Alexandre Mebazaa, Étienne Gayat, Sylvain Missonnier</i>	111
ENJEUX TRAUMATIQUES DE LA NAISSANCE PRÉMATURÉE <i>Annie Berriex</i>	123
LE CORPS PARADOXAL DU BÉBÉ EN NÉONATOLOGIE : LE RISQUE DU NON-SENS <i>Véronique Gilbert</i>	135
FACE AUX FORMATIONS TRAUMATIQUES PRÉCOCES CHEZ LES NOUVEAU-NÉS PRÉMATURÉS, LES PROCESSUS DE SYMBOLISATION PRIMAIRE ET SECONDAIRE DES BERCEUSES ET COMPTINES <i>Emmanuel Reichman</i>	147
« MON PETIT M'A SAUVÉE » <i>Geneviève Bruwier</i>	157
DÉCÈS D'UN ENFANT EN PÉRIODE PÉRINATALE : UN TRAUMATISME POUR LES PÈRES <i>Francine deMontigny, Christine Gervais, Chantal Verdon</i>	167
DEVENIR D'UNE SURVIVANCE DU PRÉNATAL DANS LE CAS DE LA GÉMELLITÉ COMPLIQUÉE D'UN SYNDROME TRANSFUSEUR-TRANSFUSÉ <i>Stéphanie Staraci</i>	179
VIOLENCES CONJUGALES : UN CAS CLINIQUE <i>Benoît Bayle</i>	189

VIOLENCES CONJUGALES ET TRAUMATISME RELATIONNEL PRÉCOCE
Louise Atani-Torasso..... 195

III
LE RÉVEIL DU PASSÉ

DRÔLE D'ACCIDENT
Témoignage
Benjamin..... 207

LE RÉVEIL DES TRAUMATISMES GÉNÉRATIONNELS EN PÉRINATALITÉ
Prévention des effets fantômes
Élisabeth Darchis..... 215

LORSQUE LA GROSSESSE RÉVEILLE LES TRAUMATISMES SEXUELS PASSÉS
Christine Rainelli..... 223

IV
ACCOMPAGNER LES TRAUMATISMES PSYCHIQUES
EN PÉRINATALITÉ

DES TRAUMATISMES À L'ACCOUCHEMENT
AUX TRAUMATISMES POSTNATAUX ARCHAÏQUES DES MÈRES :
L'APPORT DE L'EMDR
Éric Binet..... 235

PÉRINATALITÉ : ÊTRE ET DEVENIR AVEC L'EMDR
Tahar Demiche..... 243

TRAUMATISME DU DEUIL PÉRINATAL
Isabelle Caillaud, Marie-José Soubieux, Christel Denolle..... 253

TRAUMATISME, EXIL, MAMAN, BÉBÉ :
LES NUANCES DE LA RÊVERIE...
*Marie Bahuaud, Claire Gekiere,
Pierrette Lavy, Justine Toneghin*..... 265

Benoît Bayle

AVANT-PROPOS

La conception d'un enfant, sa gestation ou encore sa venue au monde semblent volontiers suspendre le temps, comme si aucun malheur ne pouvait survenir. Mais la réalité trahit parfois avec violence cette apparente tranquillité, et la grossesse ou l'accouchement exposent alors l'enfant, la femme ou son conjoint à des événements dramatiques, qui s'annoncent sources potentielles de traumatismes psychiques : affection somatique grave, complication obstétricale redoutée ou inattendue, ou encore trouble psychiatrique sévère (dépression, psychose puerpérale), entre autres, mettant en jeu le pronostic vital de la mère ou de l'enfant. Ailleurs, c'est l'environnement de la femme ou du couple qui constitue une menace : traumatismes de guerre chez des femmes enceintes en migration, violences conjugales... ; ou encore, la grossesse elle-même qui fait suite à une agression (viol, inceste). Enfin, les remaniements psychologiques de la grossesse peuvent également favoriser le réveil de traumatismes passés.

Chaque personne affronte différemment ces situations à caractère psychotraumatique, forte de son histoire personnelle, de sa capacité de résilience, de son réseau de soutien, de ses rencontres interpersonnelles et de tant d'autres facteurs. Ainsi, on se gardera de penser que les troubles d'expression psychopathologique susceptibles de leur faire suite sont une fatalité. Cependant, le clinicien veillera à leur prévention, leur accompagnement humanisant et leur soin, si nécessaire.

L'objet de cet ouvrage à plusieurs voix, soutenu par la Société Marcé Francophone, est de faire le point sur ces situations variées à potentiel psychotraumatique surgissant à l'aube de la vie, et dont l'impact est

Benoît Bayle, praticien hospitalier, psychiatre, responsable du Centre d'évaluation, de soins et de recherche en santé mentale périnatale (CESRSMP), EPS Barthélémy-Durand, Étampes (91), président de la Société Marcé Francophone 2020-2022.

parfois déterminant sur la vie de l'enfant et de ses parents. Nous avons voulu rappeler la clinique du traumatisme psychique, ses diverses mises en perspective possibles dans le cadre particulier de la périnatalité et de l'accès au devenir parent, ses interprétations, notamment psychanalytiques, avant d'aborder un certain nombre de situations cliniques allant de l'hémorragie de la délivrance aux violences conjugales, sans oublier les traumatismes psychiques résultant de la migration.

Une idée sous-tend ce parcours. Dans le cadre de l'accompagnement périnatal, nous devons accorder toute notre attention à la prévention et au traitement des troubles psychiques susceptibles d'apparaître après l'exposition à un événement traumatisant. Plusieurs raisons à cet impératif. Tout d'abord, divers événements à potentialité psychotraumatique surviennent et sont repérables au cours de la grossesse ou après l'accouchement. Ils doivent faire l'objet d'une attention particulière, car un accompagnement humain, adapté et mesuré, peut suffire à limiter leurs éventuels effets psychotraumatogènes. Ailleurs, ces événements auront contribué à l'écllosion d'une authentique pathologie psychique qu'il faut savoir identifier précocement pour la soigner. Différents soins en psychotraumatologie sont en effet possibles. À côté des traitements médicamenteux, parfois nécessaires, et des accompagnements psychothérapeutiques de soutien, certaines techniques spécifiques, comme l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) ou l'hypnose, peuvent apporter un soulagement intéressant, en particulier en cas de traumatisme psychique dit « simple » (c'est-à-dire unique, survenant chez un adulte). La prise en charge du bébé et des interactions parents-bébé, mais aussi le souci du père, seront également pensés.

Vivre avec des symptômes psychiques post-traumatiques expose les parents comme l'enfant à une sorte de perte de chances en termes de qualité de vie, à des risques de chronicisation, d'émergence de troubles associés secondaires, de transmission transgénérationnelle, etc. Ce repérage est d'autant plus important en périnatalité que le développement du bébé peut s'en trouver affecté : un parent « effrayé » par son traumatisme encourt toujours le risque de se montrer « effrayant » pour son enfant ; il convient alors de prendre en compte l'impact de ces traumatismes pour le bébé, qui les a parfois vécus directement ou qui les vit à travers ses parents.

I

PERSPECTIVES CLINIQUES

Micheline Blazy

POINT DE VUE D'UNE OBSTÉTRICIENNE
SUR LES TRAUMATISMES PSYCHIQUES
EN PÉRINATALITÉ

L'obstétrique, au cœur même du mystère de la vie et de la filiation, est une spécialité fascinante, passionnante ; mais elle est aussi violente, faite de dangers, de dépistage et d'annonces, d'ambivalence et de suspicion, de sang, de peur et de douleur. L'intensité est à son acmé en salle de travail, le jour de l'accouchement. Ignorer cet aspect en s'engageant dans cette voie peut amener le soignant à de graves déconvenues.

La mort rôde encore en salle de travail, malgré tous les progrès techniques de prévention, de surveillance, de réanimation, souvenir atavique probable des générations de femmes qui nous ont précédés et risquaient leur vie en accouchant. Ce souvenir est encore plus proche chez les migrantes venant de pays émergents.

On ne sait qu'un accouchement s'est bien passé que lorsqu'il est terminé. Cela implique une vigilance jusqu'à la délivrance placentaire et au retour de la patiente en chambre avec son nouveau-né. Pour les parents, la naissance de leur enfant devrait être l'un des plus beaux jours de leur vie. C'est leur attente, ils se sont préparés en ce sens. Mais il peut virer au cauchemar brutalement ou insidieusement et laisser des traces. Ou bien alors, sans qu'il y ait eu de drame particulier, l'accouchement ne s'est pas déroulé comme souhaité ou imaginé, laissant place à la tristesse, la déception, l'amertume, la frustration, la colère, tous sentiments qui, s'ils ne sont pas travaillés dans l'après -coup, peuvent également laisser leurs stigmates.

Les traces traumatiques laissées chez la mère, le père, peut-être le bébé, ou encore affectant l'équipe soignante quand une naissance se passe

mal, ont donc des origines nombreuses. Ce sont celles de la salle de travail que nous étudierons surtout, après celles de la grossesse (perte fœtale, annonce d'une malformation, interruption médicale de grossesse...); puis nous verrons rapidement quelques risques de traumatismes psychiques après la naissance (hystérectomie, mort néonatale, placement dès la maternité...).

Ces traces traumatiques sont variables d'une personne à l'autre. Certaines causes sont évidentes : risque de mort pour soi, pour son bébé, ou les deux, urgence vitale, transfert et séparation en urgence... D'autres le sont moins. Enfin, certains récits de patientes, recueillis en consultation dans l'après-coup d'une naissance, ou parfois plusieurs mois ou années après, témoignent manifestement d'un vécu traumatique, alors que pour l'équipe de maternité, tout s'est passé « normalement ». D'où l'importance de garder à l'esprit la subjectivité de chaque vécu. Encore récemment, sur les réseaux sociaux, de nombreuses femmes s'étaient plaintes d'avoir été violentées en salle d'accouchement : épisiotomie, expression abdominale, incompréhension avec l'équipe (certaines paroles ou absence de paroles des soignants).

Les conséquences sur la santé de la femme (dépression, état de stress post-traumatique [ESPT]), sa relation à l'enfant, la vie conjugale et sexuelle, le désir d'un autre enfant, font que le sujet commence à être étudié, connu, et des mesures de prévention et de soins devraient pouvoir être proposées.

PENDANT LA GROSSESSE : L'ANNONCE

Qu'il s'agisse d'une mort fœtale, d'une malformation ou d'une suspicion de malformation fœtale, le diagnostic se fait lors de l'échographie. L'annonce fait l'effet d'une bombe pour les parents : c'est la bascule, l'effondrement narcissique, la catastrophe. Les parents venaient comme à une fête pour voir leur bébé ; apprendre qu'il n'est pas conforme, pas viable, est pour eux d'une violence inouïe.

La mort fœtale

« La question de la temporalité et d'une possible anticipation est centrale » (Missonnier et coll., 2012, p. 126-135). Mais parfois cette anticipation n'a pas été possible, rien ne laissait imaginer que cette grossesse allait s'arrêter. L'annonce est traumatique, même lorsqu'elle est faite avec délicatesse et empathie. La femme se trouve en train de porter et de devoir accoucher d'un enfant mort, alors qu'elle se préparait à donner la vie.

« Je ne sais pas si c'est un passage obligé, mais quand on a perdu un bébé, on se rend compte qu'on peut donner la mort. C'est une possibilité. Donner la vie/donner la mort [...] Pas forcément par notre faute, pas du tout notre décision. On est dépossédé du choix. Tu voulais un bébé vivant ? Tu en as un mort. Tu voulais un bébé mort ? Il est vivant. Tu as un bébé vivant ? Il peut mourir. On ne pense pas assez à la mort quand on donne la vie. Ou plutôt, on nous interdit de penser à la mort. Les pensées morbides voient rattrapper les psys et autres magiciennes de la normalité. Pourtant, quand on a perdu un bébé, la mort reste en nous pour toujours tel un organe vital et on sait, mieux que quiconque, ce qu'est la vie » (Bonnie, 2013, p. 88).

La mort fœtale peut toucher un des jumeaux de façon tout aussi douloureuse pour la mère. La réaction de l'entourage et des soignants est pourtant de dire « mais vous en avez encore un, qui va bien... », ce qui ne fait que renforcer l'isolement des parents endeuillés (Bayle, Asfaux, 2013).

La malformation fœtale ou sa suspicion

La malformation fœtale ou sa suspicion sont dépistées par l'échographie, outil essentiel du dépistage prénatal, mais que les parents considèrent souvent essentiellement comme le moyen de rencontrer leur bébé et d'en connaître le sexe (Gourand, Missonnier, 2010). Lorsque les parents n'ont pas pu se préparer à l'idée qu'existaient des incertitudes lors de toute grossesse et que leur fœtus pouvait avoir un problème, l'annonce, violente quelles qu'en soient ses modalités, est traumatique. Ici aussi, on constate de grandes disparités d'un parent à l'autre, et une disproportion importante entre les propos de l'échographiste et le ressenti de la mère ; c'est comme si l'ensemble du bébé était menacé dans l'imaginaire maternel. Les parents racontent après coup le choc de l'annonce, la torture entraînant une mise entre parenthèses de la grossesse, s'interdisant désormais de penser à l'enfant le temps de cette interminable attente, le temps d'en savoir plus, de faire d'autres examens, de recueillir d'autres avis, qu'un staff pluridisciplinaire se réunisse.

Au terme de cette longue attente, l'anomalie peut être confirmée, franche, gravissime. L'interruption médicale de grossesse (IMG) est alors proposée aux parents, parfois vécue de façon insistante. Certains parents, rares, refusent l'IMG. Dans tous les cas, un deuil est à faire, ainsi qu'une reconstruction narcissique qui peut avoir lieu lors de la consultation génétique ou obstétricale « après » (Soubieux, 2008).

D'autres fois, le diagnostic définitif lève l'inquiétude : fausse alerte. Mais la faille peut rester présente pour les parents, avec comme corollaire le doute et la méfiance, parfois bien après la naissance.

Son bébé a 2 mois. J'ai suivi le dernier trimestre de sa grossesse pour petit fœtus, vomissements incoercibles et grande fatigue. Le petit garçon est beau comme tout, il grandit bien. En fin d'entretien, par acquis de conscience, je lui demande si elle a une question à poser. Elle hésite et oui, elle a une question, hésite encore, se lance. Elle raconte que vers les 3 mois de sa grossesse, elle vomissait tellement qu'elle a fait un malaise ; les pompiers l'ont conduite dans la maternité toute proche où elle a été admise ; une échographie a eu lieu ; on lui aurait parlé alors de malformation cérébrale, de lourdeur de prise en charge d'un enfant retardé, d'interruption médicale de grossesse. Par la suite, elle a été suivie dans une autre maternité ; les échographies, très complètes, n'ont jamais trouvé d'anomalie cérébrale chez ce fœtus. Elle-même n'a jamais osé poser de questions à qui que ce soit avant ce matin-là, par peur d'obtenir une confirmation de ce premier et unique verdict. Cette crainte l'a minée pendant toute sa grossesse et les premières semaines de vie de son bébé ont été vécues dans une grande solitude. Je ne suis pas complètement certaine de l'avoir rassurée.

La fausse couche spontanée (FCS)

Elle survient pendant le premier trimestre de la grossesse. Banalisée par les professionnels car fréquente (statistiquement, toute femme en connaîtra une pendant sa vie), et peu grave. Or, on voit bien en consultation que pour ces femmes ce peut être un drame. Des études montrent que 15 à 35 % développent un ESPT dans le mois qui suit la FCS (Walker et coll., 2001 ; Engelhard et coll., 2001).

PENDANT L'ACCOUCHEMENT : LES CAUSES ÉVIDENTES

La mort fœtale

Muriel C. a une trentaine d'années. Elle attend son premier enfant, enceinte de 8 mois et une semaine. Elle n'a aucun antécédent personnel ou familial d'HTA (hypertension artérielle). Depuis une semaine, nous constatons des œdèmes des chevilles, banals en fin de grossesse, mais aussi une bouffissure du visage au réveil. Le vendredi matin, la TA, surveillée plusieurs fois par jour, se maintient dans des valeurs limites : 13/8 ; 14/9, la protéinurie dans des taux acceptables, la biologie rassurante, les enregistrements cardiaques fœtaux et dopplers excellents. Cependant, devant la convergence des signes de prééclampsie, nous intensifions la surveillance. Dans la nuit du samedi au dimanche, à 23 h 30, la patiente se plaint de douleurs abdominales ; pas de perte de sang à l'examen, un utérus souple, mais des ralentissements au tracé cardiaque fœtal. Transfert en urgence. À minuit, on ne trouve plus de bruits du cœur fœtal et l'échographie en urgence le confirme : le fœtus est

mort. L'obstétricien de garde est obligé de faire une césarienne pour sauver la mère qui présente des complications de son HTA, entraînant des hémorragies par troubles de la coagulation ; elle passera plusieurs jours en réanimation.

Dans ce cas, tous les ingrédients sont réunis pour des suites psychologiques difficiles : l'urgence du transfert, la mort foetale, la césarienne en urgence, le risque de mort maternelle. Le risque de traumatisme psychique existe aussi pour le conjoint. Il est également réel pour l'équipe obstétricale qui fera, dès le lendemain matin, un « retour d'expérience » afin de vérifier qu'aucune erreur, aucun retard n'a causé une perte de chances pour cette mère et ce fœtus, et déterminer comment faire mieux la prochaine fois. Il y a fort à parier que pendant les semaines qui vont suivre, les patientes présentant de vagues symptômes de prééclampsie seront surveillées et traitées à la limite de l'excès. Une supervision d'équipe paraît conseillée.

L'hémorragie utérine

Qu'elle soit due à l'éclampsie, au décollement placentaire, ou puerpérale, l'hémorragie utérine est redoutée par les obstétriciens car c'est le drame d'apparition brutale, le coup de tonnerre dans un ciel clair et l'impression de courir après son centre de gravité pour sauver le nouveau-né et sa mère, parfois encore au prix d'une hystérectomie (ablation de l'utérus) pour contrôler l'hémorragie.

« Mes oreilles bourdonnaient, ma vision se voilait. Ils ont fait sortir mon mari. Il avait l'air si inquiet. Tous s'activaient autour de moi dans ce qui me semblait un grand silence ouaté. Je parlais et j'avais envie de pleurer car je ne verrais pas mon bébé. »

L'accouchement prématuré

Lors d'un accouchement prématuré, l'ambiance d'urgence, de stress, la rupture brutale du lien *in utero* et la séparation physique brutale, surtout si elle survient avant la bascule entre l'état de grossesse et l'attente d'un enfant, la privation des premières interactions visuelles, sensorielles, de la première mise au sein, la culpabilité et le sentiment d'incompétence – « moins bien que (sa) mère » – d'avoir fabriqué un petit pas fini, si vulnérable avec ses tuyaux partout, de ne pas avoir rempli sa mission vis-à-vis du père et conjoint, le sentiment d'être dépossédée de son bébé au profit des soignantes, forcément plus compétentes, engendrent angoisse, frustration, honte, blessure narcissique et risque accru de dépression postnatale et d'ESPT. À cela s'ajoute la redoutable inquiétude des parents face à l'avenir possiblement compromis de leur enfant. La palette des

expressions de cette inquiétude est très large : de l'angoisse de mort consciente et massive à une angoisse diffuse et souterraine, du surinvestissement au rejet plus ou moins masqué avec carence de soins. « Je ne vous le cache pas, docteur, pendant tout le temps de son hospitalisation loin de moi, je n'ai pas pu la regarder. »

Une étude a été réalisée en Suisse par B. Pierrehumbert sur plus de 70 familles ayant donné naissance à un bébé prématuré de moins de 35 semaines d'aménorrhée (un peu moins de 8 mois). Elle retrouve, chez les parents, aux 18 mois de l'enfant, des signes caractéristiques de l'ESPT : l'intrusion de souvenirs, l'évitement de situations, ou encore l'hypervigilance émotionnelle. B. Pierrehumbert montre le stress majeur vécu par les parents lors d'une naissance prématurée : perte de contrôle, séparation, soins invasifs, menace quant à la survie ou aux séquelles de l'enfant, et donc risque de générer cet ESPT. La sévérité des conséquences du stress n'est d'ailleurs pas corrélée à la sévérité de la prématurité (très grande prématurité entre 22 et 27 SA ; grande prématurité entre 28 et 31 SA ; prématurité moyenne entre 32 et 37 SA). Cette recherche montre aussi que si l'on apporte un support suffisant aux parents, dans cette période difficile pour eux d'accès à la parentalité, on prévient l'anxiété, l'ESPT et ses répercussions que sont le désengagement émotionnel ou son contraire, la surimplication dans la préoccupation à l'enfant. Ainsi, on évitera les troubles du comportement de l'enfant qui, toujours d'après cette étude, sont plus corrélés à la mise à mal des compétences parentales qu'à l'effet direct de la grande prématurité.

Les traumatismes physiques obstétricaux

Les accouchements traumatisants pour le périnée peuvent bien entendu laisser des traces psychiques au point de retarder ou d'annuler une future grossesse, compromettre la sexualité ultérieure avec dyspareunie (douleurs lors des rapports sexuels), absence de libido. Les lésions peuvent être sévères : vulves explosées (le terme est cru, mais il reflète l'horreur de l'accoucheur face à cette vulve détruite qu'il va devoir réparer juste après la naissance), que l'extraction soit instrumentale (forceps, ventouse) ou non, déchirures périnéales pouvant atteindre le sphincter anal avec risque d'incontinence urinaire et/ou anale. Dans bon nombre de ces accouchements qui entraînent l'empathie consternée de la sage-femme, on a la surprise de voir des suites physiques et psychiques des plus simples... D'autres femmes, au contraire, se diront « défigurées ».

DES CAUSES OBSTÉTRICALES MOINS ÉVIDENTES

La césarienne en urgence

« On a vraiment eu peur... On n'entendait plus le cœur du bébé. Toute l'équipe s'est jetée sur moi. Quand ils ont commencé à opérer, je sentais tout, mais personne ne m'a écoutée. Personne ne m'a parlé. J'ai senti des mains dans mon ventre, je n'ai pas entendu le bébé pleurer. Il y avait le bruit des machines et l'anesthésiste qui râlait parce que les choses n'allaient pas assez vite. J'ai entendu merde, j'y arrive pas. Quand ils m'ont montré mon enfant, je n'ai pas pu le regarder parce que j'étais sûre qu'il était mort. [...] Je suis la seule femme de la famille à avoir eu une césarienne [...] Je n'ai pas réussi à le faire sortir, à l'aider, et je n'ai pas pu le regarder. » À côté, son compagnon pleure en silence. Des larmes coulent sur ses joues. Il est papa d'un joli petit garçon. Mais il sait qu'il ne recollera pas l'âme de la femme qu'il aime. On l'a déchiqtée sous ses yeux. Il a tout vu, lui » (Bonnie, 2013, p. 52).

J'ai choisi ce passage tiré d'un roman parce qu'il a le mérite de nous faire vivre, du point de vue des parents, une scène courante pour les professionnels de l'obstétrique. Ces professionnels seraient consternés de recueillir ce témoignage qui est, pourtant, loin d'être unique. En effet, de leur côté, ils sont satisfaits, sans doute fiers d'avoir réussi leur mission : mère et nouveau-né vivants et en bonne santé. Et les parents, dans l'immense majorité des cas, n'oseront pas se plaindre, parce que, pour ce résultat, ils se sentent redevables – du moins, encore récemment.

Dans ce récit aussi, on retrouve la peur – ici, de la mort du bébé ; l'aspect effrayant de l'urgence dont les parents n'ont pas toujours bien anticipé la possibilité malgré leur projet de naissance et les séances de préparation – quand il y en a eu ; l'urgence et son cortège de gestes rapides, d'absence de paroles pour expliquer, reconforter, et l'oubli par les acteurs de la salle d'opération que les parents voient, scrutent même le regard des soignants, ressentent, et entendent des paroles qui ne leur sont pas destinées mais qui, dans le contexte, prennent un relief menaçant. On retrouve aussi le sentiment d'incapacité de donner la vie « normalement », la honte de faire moins bien que les autres femmes de la famille, sa propre mère en particulier, en ayant une césarienne, voire bien pire, un bébé mort. Enfin, le conjoint, qui voit tout, impuissant.

L'impuissance, le manque de contrôle, la perte de l'intégrité physique voire le vécu de mutilation, le sentiment d'abandon, sont également des facteurs générateurs d'ESPT que l'on retrouve dans les *extractions instrumentales* – forceps, ventouse –, l'épisiotomie, et à l'extrême lors d'accouchements jugés « normaux » ou tout au moins banals par les professionnels.

Après un accouchement « normal »

Des mois après son accouchement, je revois en consultation une patiente d'une trentaine d'années que je connais bien, pour lui poser un stérilet. Au moment où je touche le fond utérin, la douleur ressentie fait resurgir celle des contractions utérines de l'accouchement, avec son cortège de sentiments d'impuissance à contrôler une douleur « inhumaine », de solitude, d'abandon par la sage-femme. La patiente pleure dans un sincère désarroi ; à nouveau assise en face de moi à mon bureau, la dame admet bien volontiers que la sage-femme devait être loin de se douter de son ressenti. Nous convenons ensemble qu'un accouchement peut bien se passer du point de vue obstétrical et être vécu de façon traumatique – pour différentes raisons – par la parturiente.

Je pense que cette femme allait mieux après ; quant à moi, depuis cette consultation, je m'applique à toujours demander aux patientes quel souvenir elles gardent de leur accouchement, à leur faire dire dans l'après-coup leur ressenti, quelle que soit la réalité du déroulement de la naissance.

Cette autre patiente arrive en salle de travail avec son mari pour son second accouchement. Le premier s'est très bien passé et ils en gardent tous deux un bon souvenir. Ce matin-là, toutes les salles d'accouchement sont pleines et les sages-femmes courent d'une parturiente à l'autre. Régulièrement, la sage-femme référente vient vérifier que le travail de la patiente se déroule bien, le col se dilate régulièrement et la tête fœtale descend dans le bassin. Tout à coup, la femme ressent une douleur particulière qui la surprend, le mari sort chercher de l'aide, met du temps à trouver quelqu'un de disponible. Quand la sage-femme arrive, quelques minutes plus tard, elle regarde et dit « il est là ». Ce qui veut dire pour elle, sage-femme, qu'elle voit la tête du fœtus apparaître à la vulve, mais ce que la femme comprend comme : « mon bébé est né, il est sur la table, j'ai accouché TOUTE SEULE ». Elle ne se souviendra pas qu'elle a poussé pour l'expulsion, que le placenta est sorti ensuite. Il faudra que son mari, en présence de la cadre, lui raconte la naissance et la délivrance, tant la force de sa croyance en la parole mal comprise de la sage-femme lui avait fait occulter la dernière partie de son accouchement.

Quand la femme a un antécédent traumatique, comme un abus sexuel, un accouchement traumatique dans l'anamnèse personnelle ou familiale, il est possiblement réactivé par l'accouchement. Même sans antécédent particulier, lors d'un accouchement banal pour l'équipe de professionnels, elle peut se sentir en détresse majeure. La notion de « violence obstétricale », apparue en premier lieu au Brésil, puis au Royaume-Uni dans des enquêtes déjà anciennes (Kitzinger, 2005), s'est répandue en 2017 en France sur les réseaux sociaux. Dans ces multiples témoignages, on retrouve :

– *La douleur physique*, insupportable, évaluée entre 8 et 10/10, que la femme ne peut ni gérer ni contrôler, qui dépasse ce qui est connu ou même imaginable. Nombre de femmes se sentent trahies par les autres femmes de la famille, la sage-femme de la préparation à la naissance, toutes celles qui ont accouché avant elles, pour leur avoir caché l'intensité de cette douleur¹. La non-prise en compte de leur douleur fait partie de la violence dénoncée. « C'est la peur qui vous fait hurler, pas la douleur ! » Ce peut être la douleur ressentie lors d'une césarienne sous péridurale : « Ce n'est pas une douleur, madame, c'est un ressenti », qui engendre de la colère : « Je suis traumatisée, la prochaine fois je veux une anesthésie générale. » Ou encore une épisiotomie recousue alors que l'anesthésie ne fait plus effet.

– *La maltraitance du personnel médical* jugé hostile, indifférent voire même dégradant : la femme se sent dépossédée de son accouchement, ne reçoit pas d'information, surtout dans l'urgence ; on ne lui parle pas mais on parle d'elle devant elle, sans même lui jeter un regard, il y a manque d'explications, de paroles réconfortantes. Pire, des paroles blessantes : « Cessez de crier, vous me déconcentrez ! » On relève des gestes non consentis, incompris et brutaux, comme les touchers vaginaux à répétition, l'expression utérine (désormais interdite), et l'épisiotomie qui semble encore trop fréquente, le décollement des membranes pour déclencher l'accouchement : « Les mois qui ont suivi ont été horribles. » Les déclenchements en général sont mal vécus dans 30 % des cas contre 18 % quand le travail est spontané. La position peut être perçue comme dégradante : se sentir ligotée par la perfusion et le monitoring, les ordres reçus, la douleur, la perte de contrôle, sont tous possiblement des ressentis communs à une agression sexuelle.

Dans ces témoignages on trouve très souvent la sensation d'abandon, de solitude : « On ne m'a jamais proposé de psy, ni demandé comment j'allais. Je me suis sentie très seule, j'étais complètement perdue. » Mais aussi : « Tout au long de mon accouchement, on ne m'a rien expliqué, jamais demandé mon consentement. Ils ont fait abstraction de ma présence. Seul mon vagin comptait. » Jusqu'au toucher vaginal sans consentement qui s'apparente à un viol dans certains témoignages.

Bref, de quoi réfléchir sur nos pratiques. Quel est le sens de ces plaintes, pas encore judiciairisées ? Peut-être les réseaux sociaux remplacent-ils les soignants trop débordés, ou pas encore assez sensibilisés, pour le débriefing post-accouchement ? Peut-être aussi le regain d'une mouvance féministe ? Ou un moyen de lutter contre la dépression en revendiquant ?

1. Voir à ce sujet le passage désopilant dans le spectacle *Mother Fucking* de Florence Foresti (2010).

son bébé, malaxe cette peau douce et fragile, qui condense toutes les gênes de la fratrie et la gêne, la honte à l'égard de ses autres enfants.

Puis l'odorat. Une odeur qui ne disparaît pas... tandis que l'objet qui la produit n'est plus présent. Une hallucination qui semble imprégner chaque cellule olfactive, l'odeur de la mort, l'odeur des cadavres, l'odeur de cette chair en décomposition... Une trace indélébile. Alors humer son bébé, l'odeur du lait, du sommeil, du bain, du sourire, l'odeur qui donne vie. « J'ai besoin de la sentir, elle ne me guérit pas mais elle me soulage, je sens alors sa chaleur dans mon cœur. » Puis, cette association fait ressurgir une image forte, celle de l'odeur des fleurs dans la région de sa mère...

L'image peut enfin se métamorphoser... La rêverie reprend... et renaît du sentiment d'esthétisme.

Diane se montre éblouie et portée par la nature. Entre le collage et la photo-scène se tisse un lien du côté de l'inquiétante étrangeté, du familier et du manque, de l'apaisant et de l'angoissant. Elle produit une image étrange, elle détaille une photo avec étrangeté... l'image manquante.

Et de ces images va se créer une autre image, une transformation de souvenir, celui des fleurs maternelles. Comme l'exprime Danielle Kaswin-Bonnefond (2003), « la beauté en tant qu'elle s'oppose à la laideur viendrait faire écran à l'horreur fondamentale, [celle de] la castration, analogon de la mort. L'investissement perceptif surgit comme contre-investissement défensif à l'égard d'angoisses primitives anéantissantes ».

Cette esthétique se construit dans les temps originaires et primaires de la vie. Par le maternage, le « bon » s'incorpore, laissant trace au bébé d'un monde extérieur « bon et beau ». Par cette incorporation, il se sentira lui-même bon et aimable.

La réactualisation-répétition des sensations du trauma, la sensation dans les interactions mère-bébé, va venir se refléter et se réfléchir auprès de nous. Comme le bébé auprès de sa mère, Diane vient vérifier auprès de nous si la Beauté du monde existe toujours, si la souillure dont elle a été victime n'a pas tout englouti.

Si ce Beau existe encore, elle pourra alors le prendre à l'intérieur d'elle et se sentir belle elle aussi... et digne.

BIBLIOGRAPHIE

- BECK, A.T. 2010. *La thérapie cognitive et les troubles émotionnels* (traduit par P. Bernard), Bruxelles, De Boeck.
- BESSELES, P. 2008. *Victimologie*, tome 1, Presses universitaires de Grenoble.
- BION, W.R. 1983. *Réflexion faite*, Paris, Puf, 2014.
- BOULNOIS, O. 2008. *Au-delà de l'image. Une archéologie du visuel au Moyen Âge, v^e-XVI^e siècle*, Paris, Le Seuil.

- BYDLOWSKI, M. 1997. *La dette de vie : itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, Puf.
- KASWIN-BONNEFOND, D. 2003. « De l'appréhension de la beauté au "claustrum". Réflexions sur le conflit esthétique chez Donald Meltzer », *Revue française de psychanalyse*, vol. 67, n° 2, p. 441-460.
- MONDZAIN, M.-J. 2002. *L'image peut-elle tuer ?*, Paris, Bayard.
- SABOT, M. 2013. « Du traumatisme au rêve : le travail de création », *Cliniques*, n° 5, p. 88-104.
- TONEGHIN, J. 2016. *Le travail des émotions par médiation photographique et approche transculturelle auprès des patients migrants atteints de traumatisme*, Mémoire de master 2, psychologie clinique, université Grenoble-Alpes.