

# Grossesse gémellaire en menace d'accouchement prématuré. récit d'un accompagnement

Clotilde Hennequin-Rivoire, Sophie Siegrist

DANS LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT 2015/2 Vol. 58 , PAGES 369 À 406

ÉDITIONS PRESSES UNIVERSITAIRES DE FRANCE

ISSN 0079-726X

ISBN 9782130651161

DOI 10.3917/psy.582.0369

Date de mise en ligne : 28/12/2015

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2015-2-page-369?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

# GROSSESSE GÉMELLAIRE EN MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ. RÉCIT D'UN ACCOMPAGNEMENT

Clotilde HENNEQUIN-RIVOIRE<sup>1</sup>  
Sophie SIEGRIST<sup>2</sup>

## GROSSESSE GÉMELLAIRE EN MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ. RÉCIT D'UN ACCOMPAGNEMENT

*La menace d'accouchement prématuré (MAP) représente 60% des pathologies maternelles en cours de grossesse, plus d'1/5ème aboutit à une prématurité dont le risque élevé de morbi-mortalité en fait une priorité de santé publique. Des études validées ont démontré une diminution du risque d'accouchement prématuré (AP) en cas de suivi psychothérapeutique des MAP. La grossesse gémellaire est une maternité à haut risque bio-psychosocial. La présentation d'un cas clinique d'une femme enceinte de jumeaux en MAP permet d'appréhender l'approche psychotactile utilisant ce contact particulier qui aborde le sujet dans sa globalité corps-affectivité-esprit, d'exposer les enjeux théorico-cliniques sous-jacents et de révéler sa dimension prophylactique pour les problématiques tant de la MAP que de la gémellité. Ces interventions relevant du « care » conduites en étroite intrication avec le « cure » redonnent toute sa place au psychologue dans un ajustement des liens interprofessionnels et d'un travail d'équipe.*

## TWIN PREGNANCY AND THE RISK OF PREMATURE BIRTH. A STORY OF ACCOMPANIMENT

*The TPD (threat of premature delivery) represents 60% of maternal pathologies during pregnancy. More the one fifth of them result in a degree of prematurity whose high risk of morbi-mortality makes it a public health*

1. Psychologue clinicienne, psychothérapeute en périnatalité. Master de psychologie clinique psychopathologie et psychothérapie, université Paris 8 ; DU de psychiatrie périnatale, université Paris 7.

2. Docteur en médecine, Maître de conférences associée, faculté de médecine de Nancy.

priority. Validated studies have shown a decrease of PD (premature delivery) when there is psychotherapeutic accompaniment of the TPD subjects. Twin pregnancy is a type of maternity involving high bio-psychosocial risk. The presentation of a clinical case study of a woman who is pregnant with twins in the TPD group allows us to apprehend the psycho-tactile approach using this particular contact which addresses the subject in the globality of her body, affectivity and mind. It exposes the underlying theoretico-clinical issues and reveals the prophylactic dimension for these problem-configurations both in the TPD group and among twins. These interventions are part of the « care » offered in close intrication with the « cure » and give the psychologist his or her full place in a readjustment of interprofessional connections and in the teamwork involved.

**Keywords:** Threat of premature delivery – Psycho-tactile approach – Twin pregnancy – Haptonomy.

#### EMBARAZO DE GEMELOS Y RIESGO DE PARTO PREMATURO. RELATO DE UN ACOMPAÑAMIENTO

El riesgo de parto prematuro (en francés: “Menace d’accouchement prématuré” = MAP) representa un 60% de las patologías maternas durante el embarazo. Más de 1/5 desemboca en un parto prematuro cuyo riesgo de mortalidad hace él una prioridad de la salud pública. Unos estudios confirman que el riesgo de parto prematuro disminuye si la futura madre beneficia de un seguimiento psicoterapéutico. El embarazo de gemelos es una maternidad de alto riesgo bio/psicosocial. La presentación del caso clínico de una mujer embarazada de gemelos con riesgo de parto prematuro, muestra como el abordaje psico/táctil, utiliza un contacto particular que trata al sujeto en su globalidad cuerpo/afectividad/psiquismo. Esta presentación expone también los desafíos teórico/clínicos subyacentes y pone de manifiesto la dimensión profiláctica de cara a las problemáticas del riesgo de parto prematuro y del embarazo de gemelos. Estas intervenciones dependen del “care” es decir de conductas estrechamente intrincadas con la “cura”, restableciendo la posición del psicólogo en la organización de vínculos inter/profesionales y en el trabajo de equipo.

**Palabras clave:** Riesgo de parto prematuro – Abordaje psico/táctil – Embarazo de gemelos – Haptonomía.

La menace d’accouchement prématuré (ou MAP) représente la première pathologie maternelle en cours de grossesse puisqu’elle constitue 60% de l’ensemble des pathologies survenant dans cette période (Vendittelli, Lachcar, 2002).

Un quart à un cinquième d’entre elles aboutit à un accouchement prématuré, la prématurité est aujourd’hui la cause la plus importante de morbidité et de mortalité périnatale avec 60% des mortalités et 50% des séquelles neurologiques se produisant chez des enfants nés avant

32 semaines d'aménorrhée (SA) (Kirpatrick, 2011), faisant de la prématurité une priorité nationale en terme de santé publique. On sait aussi que 40% des naissances prématurées sont attribuées à une MAP (Ségueilla, 2011).

Dans 40 à 50% des cas de MAP, aucune cause médicale avérée n'est retrouvée (Berardi, 1995) et l'ensemble de la littérature s'entend pour reconnaître que la MAP pourrait avoir une étiologie psychosomatique, être l'expression somatique de conflits psychiques, de difficultés à investir la grossesse. La MAP comporte donc une dimension psychologique, psychosomatique, que l'approche exclusivement médicale peine à prendre en charge. Peu d'auteurs se sont intéressés aux soins psychologiques à prodiguer aux femmes à risque d'accouchement prématuré et il n'existe pas, à l'heure actuelle, de technique standardisée de prise en charge psychologique des femmes en MAP (Qayoom, Le Scouëzec, Boulvain, 2011).

La maternalité est « l'ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s'intègrent chez la femme à l'occasion de la maternité » (Racamier, 1978), constituant une crise maturative faite de bouleversements tant somatiques qu'hormonaux et psychologiques, les trois aspects étant intimement intriqués. La maternalité autour d'une grossesse gémellaire comporte des spécificités et des particularités, cette grossesse dont le vécu somatique et psychologique fragilisant en fait un événement à haut risque bio-psychosocial (Wendland, 2007) devrait idéalement bénéficier d'un accompagnement.

Nous proposons de rapporter ici à la fois la clinique et les enjeux théorico-cliniques d'une pratique d'approche psycho-corporelle auprès d'une femme enceinte de jumeaux en MAP, en exposant ce que l'approche psychotactile peut apporter à la fois à cette maternité particulière mais aussi à la problématique de la MAP.

## ÉTAT DE LA QUESTION

### *La MAP source de stress prénatal*

La MAP, surtout lorsqu'elle implique une hospitalisation, est susceptible de provoquer un état de détresse psychique

intense à cause de l'incertitude que cette MAP fait peser sur l'issue de la grossesse (Dayan, 2003) : « La MAP est considérée comme la manifestation somatique d'une souffrance psychique, amplifiée par l'hospitalisation provoquant des effets de sidération et de bouleversement psychique surajoutés à la souffrance psychique initiale » (Vendittelli, Lachcar, 2002). Rachel L. Copper *et al.* (1996) ont retrouvé chez 2 593 femmes une corrélation significative entre un haut score à un test de niveau de stress passé avant 24SA et le risque d'AP.

Les études récentes (Briex, 2011) révèlent l'impact du stress maternel sur le développement cognitif futur de l'enfant par des altérations neuro-développementales à long terme (effet délétère du cortisol, hormone du stress, sur l'axe hypothalamo-hypophysaire du bébé). Il apparaît ainsi que le stress pendant la grossesse augmente considérablement le risque de voir se développer chez l'enfant des troubles somatiques – obésité, diabète, maladies cardio-vasculaires ; mais également des pathologies psychoaffectives – déficits cognitifs, schizophrénie, classiquement décrits : hyperactivité chez les garçons, trouble dépressif chez les filles (Rousseau, 2012). Ce stress n'est donc pas sans conséquences, aussi bien sur le risque de prématurité que sur le développement du fœtus.

Un des objectifs du « Plan périnatal 2005-2007 » vise à renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents. Même si nous ne pouvons prétendre protéger totalement nos patientes de toute forme de stress, nous pouvons espérer et travailler à les garantir autant que possible de ses effets délétères, tant sur la mère que sur le bébé. De plus, la prise en charge des aspects psychologiques des MAP est d'autant plus nécessaire qu'il y a un lien évident entre prématurité et dépression du post-partum (Halbreich, 2005).

### *Impact des prises en charge psychologiques sur le risque d'accouchement prématuré*

Les travaux de Nicole Mamelle *et al.* sont à ce titre particulièrement intéressants. Une étude (Mamelle, Segueilla,

Munoz, Berland, 1997) a comparé deux cohortes de femmes enceintes en MAP sans cause médicale avérée (excluant hypertension, hydramnios, hyperthyroïdie, grossesse gémellaire...) : le premier groupe (n=323) s'est vu proposer un traitement médical seul (tocolytiques), le deuxième groupe (n=309) s'est vu proposer en plus du traitement médical, un accompagnement psychologique, les deux groupes étant comparables quant aux caractéristiques des patientes. Le taux d'accouchement prématuré (AP) dans le groupe 1 a été de 25,7%, tandis que dans le groupe à soutien psychologique, ce taux a diminué de plus de moitié (12,3%), diminution significative ( $p < 0,01$ ). En considérant uniquement les femmes hospitalisées, le taux d'AP du groupe 1 était de 39,6% contre 18,7% pour le groupe 2.

Ce travail reproduit entre 1992 et 1995 (Mammelle, 2001) dans une étude multicentrique comportant toujours deux groupes de femmes hospitalisées pour MAP (entre 18 et 35 SA), on retrouve les mêmes résultats : 15,7% d'AP dans le groupe traitement médical seul (n=202) contre 7,2% d'AP pour le groupe à soutien psychologique (n=191).

Il est important cependant de ne pas confondre soutien psychosocial et soutien psychologique. De nombreux travaux (Hodnett, 2000) portant sur l'impact des interventions de type psychosocial sur la survenue de complications pendant la grossesse ont conclu que le support social, même s'il améliore grandement le sentiment de compétence et de bien-être des mères, n'est pas associé à une amélioration des indicateurs périnataux (dont l'AP). Une méta-analyse de 16 essais randomisés incluant 13 651 femmes, (Hodnett, Fredericks, 2003) a ainsi montré que le soutien social était sans bénéfice pour réduire le risque d'AP : le risque d'accoucher avant 37SA était similaire dans le groupe « intervention » (11,5%) et dans le groupe « témoin » (11,8%). C'est donc bien à un accompagnement d'ordre psychologique qu'il faut avoir recours.

De plus, si le premier aspect de la notion de transparence psychique (Bydlowski, 1997) décrivant un accès plus facile au matériel inconscient de la femme enceinte est, lui, très connu (réminiscences et fantasmes régressifs subissant moins la barrière du refoulement par abaissement des défenses et des résistances), le deuxième aspect de cette transparence

psychique est ici très pertinent : il révèle un état d'appel à l'aide latent et permanent de la femme enceinte, une disponibilité constante à accepter d'être aidée, disponibilité et appel à l'aide sans doute encore augmentés et renforcés dans le cadre de l'hospitalisation qui potentialise sa fragilité. L'hospitalisation peut correspondre à un moment de crise où la femme enceinte est confrontée à un sentiment de rupture et a besoin de rétablir une continuité d'être, continuité que l'approche que nous présentons peut permettre de recouvrer.

### *Quel type de prise en charge ?*

Une méta-analyse (Alderdice *et al.*, 2012) répertoriant 32 revues de littérature depuis 1993 a tenté de ressortir les items pertinents dans l'accompagnement des grossesses : l'item premier est le soutien intensif d'une sage-femme à domicile (abord de la grossesse via le somato-corporel) ; l'item second concerne toutes les approches centrées sur le corps : sophrologie, yoga, relaxation... ou prenant en compte la dimension corporelle : haptonomie.

Une étude d'Hain Omer *et al.* (1986) a comparé 74 femmes en MAP avec traitement médical (TM) seul à 39 femmes en MAP avec TM+hypnose : les résultats attestent d'un allongement significatif du temps de gestation dans le groupe TM+hypnose par rapport au groupe témoin et conclue à l'efficacité de cette prise en charge. Jill Janke (1999) a reproduit cette étude avec une méthode de relaxation, Lewis Mehl (1988) en alliant relaxation et hypnose : tous deux arrivent aux mêmes résultats. Marguerite Audras de la Bastie (1984), dans une étude cherchant à spécifier les facteurs psychopathologiques des femmes à risque d'AP, a dégagé entre autres items celui de difficultés à assumer les transformations corporelles de la grossesse, difficultés à vivre la modification de l'image corporelle.

Ces études semblent révéler la pertinence des interventions thérapeutiques et/ou de soins centrées sur le corps, ou prenant en compte la dimension corporelle.

L'approche psychotactile que nous présentons, bien que se défendant d'appartenir aux interventions de type

corporel, considère que l'humain n'est pas *ou* qu'un corps (traité par tocolytiques dans une approche exclusivement médicale des MAP), *ou* qu'une psyché (interprétation-intervention psy exclusives), mais redonne sa place au corps en abordant le sujet dans la globalité des trois entités qui le constituent : corps-affectivité-esprit, ajoutant aux deux dimensions psyché-soma chères à la conception dualiste cartésienne, une troisième essentielle : l'affectivité qui « crée l'articulation dynamique entre le corps et la psyché » et fait toute la valeur thérapeutique de cette approche (Catherine Dolto-Tolitch, 2003).

#### L'APPROCHE PSYCHOTACTILE

L'approche psychotactile fait intervenir un « toucher » d'un genre particulier. On peut essayer de le définir « en négatif », c'est-à-dire, par ce qu'il « n'est pas » :

- il n'est pas le toucher opératoire mécaniste, celui qui cherche à localiser les tendons, les os, les muscles au travers de la peau, le toucher prospectif qui cherche, chez la femme enceinte, à localiser la tête du bébé, son dos, ses pieds, repérer sa position,... palper exploratoire plus que toucher ;
- il n'est pas un toucher qui effleure, chatouille, n'est pas désagréable en soi, est un peu excitant, mais qui fait que la personne se vit comme un « morceau de peau touchée ».

Ces deux touchers sont objectivants dans la mesure où, dans le premier cas, le patient est approché comme des morceaux de corps anatomiques assemblés (accentuant un éventuel sentiment de morcellement), dans le second cas comme un élément de cette anatomie.

« La façon de rentrer en contact avec quelqu'un par le toucher est signifiant comme un langage ». Il n'y a pas que le verbal qui soit de l'ordre du signifiant, « tout ce qui est donné à sentir, goûter, voir, entendre, peut servir à fonder la "relation" qui s'établit » (This, 1996). On a tous un jour fait l'expérience d'être manipulé comme un objet, notre tonus change alors, les muscles se tendent, les articulations

deviennent plus raides (Dolto-Tolitch, 2003), le corps devient lourd, passif, on se sent mal à l'aise, ce contact n'est pas agréable, tout le corps résiste même si l'esprit admet rationnellement et consciemment la nécessité des soins qui sont prodigués. L'approche psycho-tactile fait intervenir un toucher d'un autre ordre. On parle alors de contact plus que de toucher, et d'un contact thymotactile plutôt que psychotactile : ce dernier fait référence à psyché en tant qu'esprit dans sa dimension intellectuelle et intellective (ratio, capacité d'élaboration, cognition, réflexion... qui permet de donner sens au monde) ; thymotactile va plus loin car ajoute aux deux dimensions corps-psyché, une troisième : l'affectivité. « Le thymos correspond au concept grec de "fond intime de l'être"[...] là où siègent sentiments et passions » (This, 2007), « au cœur, à la vie émotionnelle, au sentiment intime, affectif [...] à tout ce qui nous meut et nous émeut » (Veldman, 2011) – au désir vital, principe vital. Quand nous contactons la personne, ce n'est pas un corps, ni une partie de ce corps que nous touchons, mais une personne que nous tentons de rencontrer dans la globalité de son Être : psychique, affectif, incarné.

C'est une communication qui part de la base de l'approchant pour aller à la rencontre de la base de l'approché. Jean-Louis Revardel (2007) rappelle :

« La *base* comprend le périnée et la coupe du bassin dans sa localité la plus proximale du périnée (particulièrement le détroit inférieur, le coccyx) [...] Le *sentiment de la base* représente un senti et un sentiment de cette zone, comme lieu pouvant être investi de plaisir (*Lust*) », à ne pas confondre avec le *sentiment de base*, « sentiment le plus intime de soi [...] en lien avec un sentiment de complétude de l'être [...] sentiment d'une harmonie en soi, en son fondement. Il renvoie à un vécu de plénitude localisé au plus profond de son giron, en son fond le plus intime », *sentiment de base* à partir duquel peut se construire la *sécurité de base* « sécurité foncière, interne de l'être humain [...] se développe chez la personne qui reçoit des offres d'épanouissement affectif [...] est gratifiée de confirmation affective [...] montre que la personne, à partir de ses aptitudes et ressources foncières, peut se passer [...] des assurances d'une sécurisation extérieure ».

La base, pour Frans Veldman (1990), est le siège des émotions, il s'agit donc d'une communication de base à base, par

l'intermédiaire de la main, dans le toucher. On parle plus de « contact » que de toucher dans la mesure où la proximité psychotactile recherchée dépasse le simple contact corporel mais en appelle à la « corporalité animée » (Veldman, 1990) de l'approché (le patient) qui se sent ainsi affirmé, confirmé dans son essence même, dans le bon de son existence, dans son Être.

En introduisant la dimension affective, le geste se démarque d'une manipulation corporelle, du geste du kiné, de l'infirmier, de la sage femme, car il ne s'arrête pas à la corporéité, au corps fonctionnel. Il n'est plus un geste opératoire imposé mais suppose la participation pleine et entière de l'approché dans la rencontre. C'est un geste qui devient « fruit de la rencontre » et qui en même temps « permet la rencontre » (Décant, 1996). Se faisant avec la paume de la main, et non avec le bout des doigts qui sert plus à la préhension (ici on ne veut rien prendre), « l'approche est du registre de l'émotionnel, de l'affectif, de l'«être avec» » (Belaiche, 1996) dans la présence. Il s'agit alors de la construction d'un lien affectif, de l'empathie générée par le partage de vécus émotionnels, d'une clinique qui se situe dans l'ici et maintenant de la rencontre, c'est la rencontre approchant-approché qui prime, la relation qui en découle et sa réciprocité. L'approché le ressent alors comme un bien-être, dans la confiance, sans se sentir soumis, dirigé ou dominé, une présence qui respecte son espace de liberté, ressenti non plus « comme une simple modalité physique, une sensation mais comme une émotion » (Belaiche, 1996). Les fœtus montrent clairement qu'ils différencient très bien ce contact affectif de celui du toucher médical.

L'approche psychotactile propose une proximité sécurisante qui est à l'opposé d'une emprise (au contraire des soins médicaux contraints auxquels la patiente n'a guère le choix de se soustraire). Nous ne la proposons pas dès les premiers entretiens car cette approche nécessite au préalable d'établir une relation de confiance, pour ensuite prudemment y inviter l'autre. Mais dès l'instant où on est dans le contact affectif confirmant, on passe d'un « être manipulé » à un « faire ensemble », ce qui change tout. L'abord psychotactile constitue ainsi une approche très spécifique concernant

la manière, le mode d'entrée en relation. On retrouve cette proximité dans l'étymologie du mot contact qui « porte » l'autre, qui sert d'étayage ; « relation » vient du latin « *relatus* » participe passé du verbe « *refero* » : porter à nouveau, reporter, rapporter ; la « relation » est l'acte de « porter affectivement l'autre » en lui donnant l'opportunité de se sentir en sécurité (This, 1996).

Ce contact implique pour le clinicien d'être là, présent. Présence affective, totale et entière, qui mobilise ses potentialités émotionnelles et affectives de présence à l'autre (étymologiquement, « présent » de « *prae-sentis* » : « *prae* » c'est « être devant, en avant, auprès de... » ; qui conduit à assister « *ad-sistere* » : se tenir auprès, être présent comme témoin mais aussi seconder, donner aide, protection, secours). Pour expliquer ce que la « Présence » apporte de plus dans un contact, on peut prendre l'exemple du massage qui est parfois « enseigné » aux jeunes mères : celui-ci n'est d'aucun effet si elles ne sont pas « présentes » à leur enfant dans le contact à ce moment-là ; si seules les mains sont là, ça ne marche pas, l'enfant n'en reçoit pas le bien être attendu, espéré (c'est d'ailleurs la même chose pour un adulte). C'est donc un contact qui « engage » la personne dans sa totalité, dans sa globalité sollicitant la moindre particule de son être, son « être là ». C'est pourquoi au terme « prise en charge », nous préférons celui d'« accompagnement » au sens de « marcher à côté », de soutenir, d'être une balise (Sécheresse, 1996), d'un « faire ensemble » : le patient est à côté et non pas « sur le dos », l'accompagnant ne se substitue pas à la personne, celle-ci reste actrice de son évolution.

### *La question de l'interdit du toucher*

C'est Catherine Dolto-Tolitch (2003) qui en parle le mieux : fille de Françoise Dolto, elle choisit d'emprunter le chemin de l'haptonomie, transgressant « l'interdit du toucher » essentiel à la pratique psychanalytique. Elle témoigne :

Bien souvent, les analystes les plus chevronnés s'autorisent cette transgression. C'est quand les praticiens osent ces moments de doute où une évidence leur impose une audace, qu'ils deviennent

passionnants et émouvants [...] Paulette Letarte raconte comment, depuis son fauteuil, elle avait tendu la main vers le divan où l'un de ses patients souffrait d'une manière telle qu'elle avait senti que l'humanité, à ce moment-là, lui imposait ce geste.

Sigmund Freud, lui-même, au début de sa pratique, ne posait-il pas la main sur le front de ses patientes ? Daniel Stern (1997a) préconise dans *La Constellation maternelle* l'établissement de contacts physiques thérapeute-patiente. Catherine Dolto-Tolitch affirme qu'au travers du contact psychotactile avec ses patients, elle est au clair dans sa peau d'haptopsychothérapeute, au clair avec ce contact particulier, le signifiant intelligiblement, distinctement au patient ; celui-ci ne peut que le recevoir, aller à la rencontre de ce contact alors débarrassé de toute ambiguïté.

#### LINA

Lina est une jeune femme de 28 ans enceinte de jumeaux, hospitalisée pour MAP à 30SA. D'origine réunionnaise, troisième d'une fratrie de quatre, ses parents sont repartis vivre dans l'île pour leur retraite il y a deux ans, sa mère est loin. Lina est proche de sa sœur, mais ne l'a pas prévenue pour ne pas l'inquiéter. Elle ne comprend pas le sens de son hospitalisation et a beaucoup de mal à l'accepter. Cette grossesse annoncée comme la première est en réalité la troisième : fausse couche à 10SA six ans auparavant, IVG (interruption volontaire de grossesse) cinq ans avant. Elle vit depuis huit ans avec son conjoint, père des jumeaux, fausse couche et IVG sont issues de sa relation avec ce conjoint.

#### *L'annonce de la gémellité de la grossesse*

##### *– Des sentiments multiples et l'ambivalence*

Les auteurs conviennent que l'annonce d'une grossesse gémellaire provoque une gamme étendue de sentiments allant du « choc » (Lina ne s'y attendait pas, ne l'avait même pas envisagé malgré la présence de jumeaux dans la famille) au « bonheur » (Reinheckel, 2000) avec des modalités

intermédiaires de sentiments mêlés ou concomitants : l'incrédulité (Lina voulait si peu y croire qu'elle préférerait attendre avant de l'annoncer à ses proches, incrédulité renforcée par le vécu de fausse couche antérieur), sentiment d'irréalité, voire de sidération (Lina dit avoir mis quelques jours à « s'en remettre »). Lina n'a pas traversé cette période de questionnement, de colère, voire de dépression décrite par certains auteurs (Wendland, 2007), elle y a vu au contraire une sorte de « revanche » de la vie après la fausse couche et l'IVG, un juste retour, un cadeau de la vie.

L'annonce est marquée par l'ambivalence mêlant joie et crainte (Wendland, 2007), chez Lina on note ce double mouvement émotionnel reconnaissable dans l'élation et les pleurs concomitants qu'elle nous raconte. La gémellité de la grossesse constitue à lui seul, d'un côté, un événement extra-ordinaire, admirable, souhaitable (parfois souhaité par certaines femmes), incarnant une toute-puissance, une « maternité ++ », expérience de complétude maternelle exacerbée... mais de l'autre, entraîne des inquiétudes légitimes dues aux bouleversements, aux changements qui sont vécus comme potentiellement plus importants et plus complexes que pour une grossesse simple. Nul n'ignore en effet les difficultés physiques, psychologiques et matérielles d'une naissance de jumeaux, augmentant les risques de complication et donc les inquiétudes de la femme enceinte.

L'ambivalence, sentiment inhérent à la grossesse, est ici doublée et/ou renforcée par la gémellité. Bernard Fonty (2002) voit dans la MAP une manifestation de l'ambivalence inconsciente devant la nécessité de faire une place réelle et plus seulement imaginaire au bébé, difficulté majorée chez Lina qui doit faire place à deux bébés. À travers l'ambivalence, se manifestent nombre de mythes populaires (Castor et Pollux, Romulus et Remus, Caïn et Abel, Jacob et Esaü) selon lesquels il faut sacrifier un des jumeaux pour que l'autre puisse survivre (Rank, 1914).

#### – Le doute

L'annonce de la grossesse gémellaire est également empreinte de doutes : – doute sur la gémellité : un des embryons pouvant « disparaître », phénomène du « *vanishing twin* »,

jumeau évanescent (Wendland, 2007) et qui peut expliquer l'attitude de Lina de ne rien avoir dévoilé de la gémellité dans un premier temps ; – doute sur la poursuite de la grossesse : dans le cas où l'un des embryons interromprait sa gestation, il augmente significativement les risques de fausses couches, entraînant avec lui, la perte de son jumeau ; – doute de la mère en sa capacité à mener à bien cette entreprise (Lina attend confirmation de la deuxième échographie pour l'annoncer). C'est une grossesse que la mère n'investit, dès de le départ, pas de la même manière qu'une grossesse simple. Pour lever ce doute, l'échographie peut être vécue comme une première rencontre avec la réalité des fœtus. Mais en mettant au jour quelque chose qui devrait rester caché, elle peut aussi être vécue comme « une intrusion, une inquisition, un vouloir savoir de son corps », sorte de viol de ses secrets (Soulé, Soubieux, 2004) : secret que Lina va jalousement garder en ne révélant pas à ses amies la gémellité.

– *Incidence dans sa sphère sociale*

La gémellité a une incidence sur sa vie sociale, modifie ses rapports avec ses amies, Lina craint de réveiller ou d'exacerber des sentiments de rivalité déjà présents chez les autres femmes. Elle explique avoir eu peur du « mauvais œil ». Dans certaines sociétés, des femmes stériles ne doivent pas poser leurs yeux sur les enfants nés ou à naître car ce regard pourrait porter préjudice à la vie de l'enfant, lui porter malheur. Lina se préserve, préserve ses enfants : elle n'aura que très peu de visites à la clinique lors de son hospitalisation.

Pour le père, la grossesse gémellaire est le plus souvent valorisée, admirée, il en retire une grande fierté car la gémellité est associée à une virilité exceptionnelle : de même que stérilité et impuissance sont confondus, à l'opposé, l'hyperfertilité s'associe à une puissance sexuelle qui n'est alors plus à prouver, sentiment de fierté éprouvé par le compagnon de Lina et qu'elle nous rapporte.

*Le vécu particulier de la grossesse gémellaire*

La gémellité, Lina dit en avoir eu l'intuition : déjà à 2 mois, elle avait l'impression que « ça bougeait pas pareil

des deux côtés... ça bougeait l'un derrière l'autre... c'était séparé », ce qui est assez étonnant pour une femme primipare : d'une part, sentir son bébé bouger aussi tôt dans la grossesse (souvent ce n'est pas avant 3 mois) et, d'autre part, arriver à percevoir qu'il y a peut-être deux fœtus. Nous nous trouvons face à une femme qui semble être en bonne « communication » avec ses ressentis corporels, ils prennent sens pour elle et l'aident à se faire une représentation de sa grossesse. L'approche psychotactile à laquelle nous faisons appel pourrait lui convenir.

« Le vécu psychologique de la femme enceinte de jumeaux est indissociable de son état somatique » (Wendland, 2007), les adaptations physiologiques et morphologiques imposées au corps et les réaménagements psychiques déjà importants dans les cas de grossesse simple sont majorés et complexifiés du fait de la gémellité (Edouard, 2000). On sait aussi que « chaque fois que l'unité du schéma corporel est mis en péril, c'est l'identité même du sujet qui est interpellée » (Mimoun, 1997). De possibles sentiments d'agression, de menace, d'étrangeté sont évoqués par René Zazzo (1960), le couple gémellaire mettant en cause sa propre identité : « C'est l'éventualité insupportable que ma singularité puisse être anéantie par l'existence d'un double. »

Dans le cadre gémellaire, la mère doit investir deux relations dyadiques à la fois (avec chacun des jumeaux) ; dès l'origine coexistent trois dyades : la dyade gémellaire et chacune des deux dyades mère-bébé, avec le risque d'une inexorable exclusion de l'un des éléments d'une dyade quand une autre dyade se constitue, quand la mère s'occupe de l'un « au détriment » de l'autre.

Par ailleurs, Sylvain Missonnier (2004a) parle pour la mère d'une triple identification qui s'opère dans la deuxième phase de la grossesse : identification à son fœtus, identification à elle-même comme ex-fœtus de sa mère, identification à sa propre mère utérine. Dans le cas des grossesses gémellaires, le processus d'identification au fœtus se complique en raison de la présence du deuxième fœtus : 1/ soit les deux fœtus ne sont considérés que comme un seul, avec le risque de fusion gémellaire questionnant la problématique de différenciation ; 2/ soit il s'opère une identification supplémentaire ou

une contre-identification avec le risque de clivage de la dyade en un bébé idéal porteur des qualités (de la mère) et un bébé porteur des disqualités, problèmes, difficultés (éventuellement du père) révélant la problématique du clivage.

– *Une différenciation nécessaire*

Pour les mères qui ne peuvent pas toujours distinguer les mouvements de chaque enfant, les fœtus risquent d'être ressentis comme une entité unifiée indistincte, amalgamée, mystérieuse (voire persécutrice ?). L'intensité et la qualité des mouvements fœtaux amorcent la différenciation : Lina a bien senti « qu'il y en avait deux » sans pour autant pouvoir opérer de distinction, elle intervertit régulièrement d'un jumeau à l'autre ce qu'elle perçoit, ce qu'elle infère de l'état de l'enfant ; souvent, nous devons lui faire re-préciser d'une rencontre à l'autre ce qu'elle en a dit. La confusion que nous ressentons nous signifie dans le contre-transfert que cette confusion existe sans doute dans son esprit à elle.

Muriel Soulié (2008) explique qu'entre duplication, dédoublement ou scissiparité, la différenciation est nécessaire, vitale, pour éviter la confusion, la répétition de l'identique, l'assimilation d'un enfant comme double du parent dans l'indistinction des générations. Elle nécessite un lent travail qui peut (et doit idéalement) démarrer dès la grossesse.

– *Le risque de clivage...*

Mais la différenciation peut aussi s'opérer négativement par clivage conduisant à des altérations durables de la relation mère-bébé et du développement psychique des enfants. Le couple de jumeaux est ainsi clivé en calme/excité, gentil/méchant, brutal/fragile, sensible/insensible..., avec le risque d'une évolution en accepté/rejeté. Chaque enfant est ainsi porteur du Moi narcissique idéal de chaque parent. Lina s'identifie à l'un de ses jumeaux (porteur de toutes les qualités, l'enfant idéal de la mère), tandis que l'autre est identifié au père ; la dyade gémellaire vient en écho de la dyade parentale, alors même que chaque enfant est bien « fruit des deux parents », détenteur des qualités *et* maternelles *et* paternelles. Un des deux enfants, toujours le même, devient

représentant du bon objet porteur des espoirs maternels idéalisés par rapport à l'autre qui a statut de mauvais objet persécuteur. Il est important d'éviter ce clivage qui amplifie les différences et attribue les qualités les moins désirables à celui vécu par la mère comme « en trop » : quand Lina dit qu'à droite, elle a le sentiment qu'« il est déjà gros, il n'a plus de place, il n'arrive plus à bouger, c'est dur, c'est tendu », ne parle-t-elle pas pour elle-même dans une identification-collage à cet enfant-là qui se fait la voix de ses revendications à elle ? Mais nous n'avons perçu ce phénomène de clivage chez Lina que de façon atténuée, il nous semblait davantage relever d'une vision dualiste des choses, les opposer étant sa façon de les définir.

*... ou d'égalitarisme*

Le risque peut aussi consister à vouloir donner la même chose à chacun des deux enfants, ne pas privilégier l'un au détriment de l'autre (autant de temps, d'amour, de pensées, d'inquiétude) perceptible dans l'interchangeabilité des qualificatifs attribués par Lina alternativement aux deux enfants, ces allers-retours entre l'un et l'autre dans l'inquiétude, ou l'apaisement. Égalitarisme qui est, à notre sens, une autre forme de négation de leur individualité car elle nie la spécificité des demandes individuelles et l'unicité d'être de chacun.

*Vécus de la MAP*

Les femmes en MAP, confrontées à la décision d'hospitalisation imposée par l'équipe médicale, subissent une atteinte à leur corps : lever interdit, même pour aller aux toilettes, impossibilité parfois même de prendre une douche, l'hygiène élémentaire quotidienne devient compliquée. Lina exprime bien ce que nous avons retrouvé chez ces femmes : un mélange d'agressivité contre le corps médical qui leur impose cet alitement, de colère envers elle-même avec un sentiment de défaillance, le corps qui ne leur obéit plus, qui les trahit, une perte de maîtrise, en même temps que la peur, la perception d'un danger appuyé par, parfois, des propos très durs de l'équipe médicale. Les observations médicales

viennent en contradiction avec leurs ressentis auxquels elles ne peuvent plus alors se fier.

Lina n'accepte pas son hospitalisation. Elle ne perçoit pas le danger. Elle se sent en pleine forme, dans cette toute-puissance des femmes enceintes à qui rien de grave ne peut arriver. Même si dès l'annonce de la grossesse, père et mère de jumeaux s'inquiètent du déroulement de la grossesse, de l'accouchement (Piontelli, 2002), et sont informés du risque accru d'un accouchement prématuré, pour Lina cette information ne se rattache à aucune réalité concrète, aucune représentation ne prend forme. Elle n'est au début centrée que sur ce que cette hospitalisation va consister de privation de liberté, de contraintes pour elle. Elle ne semble pas avoir amorcé la « réorganisation identitaire » décrite dans la constellation maternelle (Stern, 1997).

À partir de la 26<sup>ème</sup> ou 27<sup>ème</sup> semaine, le volume utérin d'une grossesse gémellaire correspond à celui d'une grossesse simple à terme ; au delà, on compte sur la souplesse et l'élasticité de l'utérus pour accepter un volume plus important. Il n'est pas rare alors qu'à cette échéance, les femmes demandent d'accoucher par un déclenchement ou une césarienne, elles y renoncent quand elles sont informées des conséquences de la prématurité. Lina est à 30 semaines : par cette MAP, n'exprime-t-elle pas somatiquement le souhait « d'en finir », d'être débarrassée, d'accoucher ?

Pour Catherine Dolto-Tolitch (2001), si une femme vit secrètement des antécédents traumatiques (inceste, viol) ou a eu dans son passé des interruptions de grossesse (IVG, fausse couche, dans le cas de Lina ; IMG-interruption médicale de grossesse, ou MFIU-mort fœtale in utero), elle éprouve un sentiment de culpabilité, elle en a honte. La culpabilité infiltre le vécu de grossesse, la relation à l'enfant, elle se fixe dans sa base qui alors se bloque, le ventre est dur, l'utérus contractile par peur d'un accouchement prématuré ou d'une fausse couche. L'expérience montre que cela peut provoquer des contractions et/ou des MAP.

Pendant son hospitalisation, l'équipe médicale suspecte une anomalie sur un des fœtus. François Sirol (2003) parle de sentiments de haine qui peuvent naître à l'encontre du fœtus car celui-ci vient ébranler le narcissisme de la mère,

haine inconsciente cela s'entend, perceptible dans la colère que Lina retourne contre l'équipe médicale qu'elle rend responsable du problème (puisque c'est elle qui l'a découvert). Cette annonce est une offense narcissique qui génère de la culpabilité, réveille ses angoisses de perte, ravive les deuils non faits (fausse-couche, IVG), le sentiment de malédiction (Lina garde sa grossesse secrète de peur d'attirer le mauvais œil), de croyances en une rétorsion. La mère rentre alors en conflit inconscient avec l'enfant qu'elle ne peut plus imaginer conforme au bébé parfait et comblant qu'elle avait fantasmé. D'après Veldman (1990), une personne confrontée à la peur a tendance à bloquer sa base : « Par le jeu des deux diaphragmes que sont le périnée et le diaphragme thoracique, tous les viscères sont mis en tension de l'anus à la gorge en passant par le système respiratoire. » L'anxiété naît des tensions de ces zones, « lieux d'élection des affects et des émotions » (Dolto-Tolitch, 2003). Cette mise en tension expliquerait la survenue des contractions entretenues par le cercle vicieux de l'anxiété.

### *Nos rencontres*

Lina semble doublement coupée en deux : au plan psychique, tiraillée entre son identité de femme active et son état de femme enceinte ; au plan physique, elle respire avec les 10 cm de poumons qui peuvent exister dans le cou. Le monitoring la sangle, la serre, la ligote, son ventre est dur et pointu. Elle est comme accrochée au monitoring, à surveiller les rythmes cardiaques de ses bébés, la main posée au niveau de sa trachée, l'autre bras replié contre son torse : coupée en deux sous le sternum avec uniquement la partie supérieure de son corps, cou, poitrine, bras, qui vit et tout le reste en dessous qui n'est plus que l'objet du monitoring, effet de coupure renforcé par le reflux dont elle souffre, les remontées avec des hoquets, des haut-le-cœur qui l'agitent.

Dans nos rencontres, je propose à Lina de recouvrer, grâce à l'approche psychotactile, un sentiment d'intégrité corporelle réunifié. Dans un premier temps, quand on décambre une femme enceinte, qu'on lui permet d'être dans un vrai confort concret (Dolto-Tolitch, 2004), tangible, son

tonus change, cela modifie la tension musculaire du giron, presque aussitôt le ventre s'arrondit, l'utérus se détend et les contractions s'arrêtent. Lina en est la première étonnée. Ce que l'on nomme « recentrage » permet de corriger l'hyperlordose qui lui fait mal au dos mais au delà de cela, la soulage de la douleur associée aux contractions qui l'empêche de se sentir pleine et entière (car elle est alors dans la douleur au lieu d'être dans la relation : relation à ses bébés mais aussi relation à ses propres ressentis). Dans le contact thymotactile, Lina se sent tout de suite mieux, sa respiration est moins oppressée, elle retrouve le sentiment d'habiter sa base (et peut-être, pour la première fois, d'éprouver ce *sentiment de la base*) et conséquemment un souffle plus sécure.

Le bercement permet de sécuriser, peut-être de consoler (Décant, 1996). Il implique, par un contact de base à base, en prenant Lina sur mon giron, en faisant appel à mon propre *sentiment de base*, de l'inviter dans ma base de thérapeute pour qu'elle se sente dans la sienne, et à partir du bercement de ma propre base, la bercer doucement. À partir de ce bercement, c'est déjà une écoute de l'unicité de sa personne, de la reconnaissance de ce qu'elle est, de ce qu'elle vit. C'est un double phénomène qu'on retrouve dans la double signification du terme « inviter » : convier (prier, inciter) mais aussi recevoir (accueillir, reconnaître, contenir) qui fait place à l'être en le reconnaissant. Lina s'apaise, vit un sentiment de complétude, visible dans le regard, l'apaisement des traits du visage, le rosé du teint, le gonflement des joues, ce que Veldman (1990) appelle l'« haptomimique ».

Il est important que le thérapeute laisse le temps à Lina de sentir qui elle est (dans son tonus), son ouverture, ce qu'elle vit, ce qu'elle veut, ce qu'elle ressent dans un rapport de confiance. Qu'elle puisse sentir que son utérus est autre chose qu'un muscle qui se contracte, mais le lieu d'accueil affectif, son giron habité par deux êtres, ses enfants, ce qui lui permet de retrouver son *sentiment de base*, sa sécurité. Le vécu émotionnel et affectif, par le biais du système limbique (effets immédiats sur les sécrétions hormonales : endorphine, cortisol), a une incidence directe sur le tonus musculaire de son utérus (Dolto, 2005). Lina observe que dès qu'elle vit l'inquiétude ou qu'elle est dans la peur, elle a des contractions

avec la culpabilité que cela empêche ses enfants de bouger. Dès qu'elle entre en contact affectif avec son (ses) enfant(s), qu'elle ouvre l'espace, aussitôt le tonus change, tout change en elle, l'utérus se détend et l'enfant peut alors se manifester à elle. Si on est dans la relation affective qui respecte l'autre, dans le sentiment d'invitation, ce sont des processus qui vont plus vite que la pensée qui les inhibe ou les ralentit (Dolto-Tolitch, 2001). Ces phénomènes ont un effet quasi immédiat sur les contractions et surtout cela interrompt le cercle vicieux du stress, de l'attente de la contraction suivante, cercle vicieux qui entretient l'anxiété ; on est alors dans la réceptivité et l'interaction affective au lieu d'être dans l'anticipation rationnelle anxieuse des phénomènes.

Les examens d'exploration médicale chez Lina (échographie, monitoring) sont sources d'imprévus qui actualisent ses angoisses de perte, les attaques narcissiques, l'ambivalence, la perte de son estime d'elle-même comme mère, le sentiment persécuteur car l'enfant ne la confirme pas dans son rôle de mère. Pendant le temps de l'examen, elle ne peut faire confiance à ses ressentis, elle est « objet » d'observation, d'auscultation, passive. Passivité et imprévus augmentent son insécurité. Pour lutter contre cette insécurité, sa base se bloque et n'est plus le lieu d'accueil que nous lui connaissons dans nos rencontres, ce qui entraîne l'immobilité des bébés, immobilité qui se révèle à l'équipe médicale par de mauvais paramètres de vitalité fœtale qui fait que l'équipe multiplie et augmente le rythme et la fréquence des examens qui à leur tour alimentent l'anxiété, etc. C'est un cercle vicieux qui entraîne Lina dans une spirale angoissante. L'étude de Jaime Robert-Torres (1996) a montré que l'anxiété générée chez la femme enceinte par les interventions techniques et obstétricales provoque une diminution des mouvements fœtaux, perturbe les enregistrements, Catherine Dolto-Tolitch (2003) nous dit que « l'enfant peut se retrouver comme enfermé dans un utérus qui le serre jusqu'à l'empêcher de bouger », mais que cette anxiété peut être diminuée par le contact affectif. Et en effet, dès l'instant où dans la rencontre affectivo-confirmante, par le contact thymotactile, on en appelle à leur vitalité affective, instinctive, les bébés se mobilisent et se manifestent.

DISCUSSION ET PISTES CLINICO-THÉORIQUES

*Le toucher : une communication, un mode d'entrée en relation qui redonne sa place au sujet*

Lina, comme les autres femmes que j'ai accompagnées, m'avoua par la suite sa surprise concernant l'approche psychotactile : pour elles, le « psy » c'est celui « avec lequel on parle » (ce qui provoqua parfois des réactions défensives du type : « Je n'ai rien à vous dire ») ; je lui proposais un langage d'un autre type que la communication verbale et qu'elle ne connaissait pas. Le contact, à l'instar des actions, peut avoir une transparence que le mot n'a pas et fournir une voie d'accès à l'inconscient, à « ce qui n'atteindra pas la conscience ou ne sera jamais verbalisé » (Stern, 1997a). Le contact thymotactile relève d'un éprouvé affectif, émotionnel qui s'engramme dans le corps, d'une appréhension (et donc une préhension) qui fait appel à un savoir intuitif, primaire, primal, archaïque pour lequel il ne semble pas (mais ce serait à vérifier) qu'un système « défensif » puisse se mettre en place.

Lina nous confirme que le contact lui apporte une détente, un sentiment de bien-être dont le bébé bénéficie : les mouvements de celui-ci en réponse au contact thymotactile n'ont rien à voir avec ceux qu'elle connaît en tant que « le sentir bouger », lorsqu'il trépigne ou répond à un stimulus réactif, ce n'est pas la même motricité intra-utérine, c'est une sensation d'un autre genre. Le bébé *in utero* est sensible à l'interaction, ses réactions à l'invitation ont déjà valeur de communication.

Nous notons avec Lina que ce n'est pas nous qui imposons le rythme du mouvement, qui impulsions le rythme de la danse : mes mains, de l'extérieur, ouvrent l'espace ; Lina, de l'intérieur, ouvre l'espace de son giron, mais c'est le bébé qui vient dans la main, qui se retire, monte, descend, revient. Les mouvements d'ondulation du ventre ne sont pas calés sur la respiration de Lina, sa respiration a un rythme et cette danse d'aller-retour, de berceement du bébé est dans un autre rythme, c'est donc bien le bébé qui impulse les choses. C'est l'enfant qui, dans l'interaction affective du contact, prend l'initiative, a son propre rythme.

Dans le contact, le bébé qui vient dans la main, se retire, revient, ... se manifeste ainsi dans la relation comme vivant, ayant une intention, il exprime sa propre vitalité, il ne fait pas que réagir à l'invitation mais est capable d'initiative, il aide ainsi Lina à réaliser qu'il n'est pas qu'un objet sous son emprise, mais qu'il se différencie d'elle. Il se positionne déjà comme sujet prenant l'initiative, au moins dans l'esprit de la mère (du père, s'il est là) et de l'approchant. L'enfant n'est plus perçu comme un fœtus passif qui subit, mais il devient un enfant qui activement participe à l'interaction, confirmant déjà cette conception chère aux attachementistes que le bébé n'est pas passif mais actif dans l'interaction.

Le contact affectivo-confirmant permettant au bébé de s'affirmer comme « intentionné » (capable d'intention) initie le fœtus comme sujet et pourquoi pas comme sujet pensant, il lui permet de s'individualiser d'une fusion mortifère tant avec la mère qu'avec le jumeau. On est dans le registre de la confirmation existentielle et de la prévention de la fusion. En devenant acteur de la relation, il devient sujet.

Cette confirmation de l'être comme sujet intervient sur un autre front : on rappelle que les soins sont souvent ressentis comme objectivants, les patientes réduites à leurs symptômes, le corps vécu comme défaillant est approché à travers des manipulations de touchers opératoires mécanistes, la pose quotidienne de monitoring, tensiomètre, échographie, thermomètre, indique que seule la confiance à la technique est accordée. Or ces femmes, dans la rencontre avec leur enfant et avec elles-mêmes, ne sont plus seules mais en relation avec lui (Lina et ses deux enfants ne se vivent plus comme « objets » d'observation ou d'examen médicaux, mais comme des sujets affrontant ensemble les épreuves), ainsi elles redeviennent mère de leur enfant, elles ne sont plus victimes solitaires de décisions qui leur sont imposées, mais actrices de leur hospitalisation, dans une dynamique de relation. Elles sont à nouveau dans la vie. Leur hospitalisation prend sens car il est alors fait appel à leur responsabilité. D'objet pathologique du corps médical, elles redeviennent des mères qui portent en leur sein un futur enfant à venir. Elles ne sont plus « la MAP du 126 », un « anamnios » ou un « placenta vieillissant », mais des « être-là », humains, la

représentation que la mère se fait à la fois d'elle-même et de son enfant se modifie. De patient « objet » de soin, elle redevient « sujet ».

### *Un phénomène de double confirmation*

Dans le contact affectivo-confirmant, l'enfant vient solliciter sa mère dans l'ici et maintenant de la rencontre, et dans l'éprouvé de sa propre chair. Alors que Lina subit la blessure narcissique que constitue toujours l'annonce d'un problème de la grossesse, de risque potentiel de handicap chez l'enfant (ici chez les deux), de déception à l'endroit de cet enfant qui ne correspond plus à l'idéal qu'elle s'en était fait, l'enfant répond, réagit, il la reconnaît, et garantit dans l'instant de la rencontre, la reconstruction d'un vécu de mère capable de donner du bon, lui redonnant le sentiment d'être une mère « suffisamment bonne » (Winnicott, 1956-58), restaurant son narcissisme de mère.

La rencontre modifie chez la mère ses « schémas d'être avec » (Stern, 1997a), elle modifie ainsi ses représentations et d'elle-même en tant que mère et celles concernant son enfant, modification qui s'opère par le biais de vécus affectifs ressentis émotionnellement. Or l'expérience émotionnelle reste le processus de mutation le plus important dans la modification des représentations parentales, ces modifications de « Mrep »<sup>3</sup> (Stern, 1997a) qui constituent, selon Alicia Lieberman et Jeree H. Pawl (1993), l'élément clé du changement thérapeutique.

L'enfant, en étant confirmé affectivement, confirme à son tour sa mère en retour, dans un double mouvement de la mère vers le bébé mais aussi du bébé vers la mère, chacun confirmant le Bon de sa Présence à l'autre. C'est la réciprocité des

3. « Mrep » : sigle employé par D. Stern dans *La Constellation maternelle*, pour modéliser les phénomènes en jeu dans les interactions précoces. Je cite : « Une relation est aussi déterminée par la façon dont chacun perçoit et interprète l'interaction à travers ses fantasmes, ses espoirs, ses peurs, ses traditions et ses mythes familiaux, ses expériences personnelles importantes [...] Nous nommerons cet amalgame d'histoire mémorisée et d'interprétation personnelle la *représentation* [en italique dans le texte] de l'interaction [...] La représentation de la mère, « Mrep », comprend son expérience et son interprétation subjectives, des événements objectivement disponibles de l'interaction, y compris son propre comportement et celui de son bébé. »

confirmations affectives mutuelles qui est fondamentale et thérapeutique, cette réciprocité initie leur relation, précurseur de leur relation future. L'enfant se montre capable de créer un lien qui a déjà valeur d'attachement, et cette expérience laisse des engrammes positifs autant chez Lina que chez chacun des enfants, engrammes qui posent les fondements de la sécurité de base du bébé (Ainsworth, 1967) et les débuts de la relation affective parent-bébé. Ces rencontres psychotactiles, la relation qui s'en constitue peuvent ainsi être considérées comme une prévention à double titre : 1/ de ce qui initie le fœtus, le bébé, l'enfant, comme sujet dans l'intersubjectivité et 2/ des problématiques d'attachement, des pathologies de la relation.

### *Du narcissisme à l'objectalisation...*

Dans leur article « De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire : une voie de l'objectalisation », Bernard Golse et Monique Bydlowski (2001) décrivent très bien cette phase où la mère voit « son attention psychique jusque là principalement dirigée vers elle-même [...] s'infléchir progressivement vers son contenu, ce fœtus futur nouveau-né. De ce fait, pour beaucoup de futures mères, celui-ci commence ainsi à s'objectaliser dans leur psyché ».

Chez Lina au début, les enfants sont quasi absents de son discours, elle parle surtout d'elle, de ses préoccupations matérielles, puis au fur et à mesure que le contact affectif s'établit, les problèmes matériels personnels semblent s'estomper, ils n'occupent plus le devant de la scène, ils passent à l'arrière-plan. Ce qui devient important pour elle, c'est sa relation à ses bébés – et ce, grâce au(x) bébé(s) qui nous signifie(nt) sa (leur) présence – qui voit émerger une préoccupation pour eux : le(s) bébé(s) est (sont) de plus en plus « au centre ».

En permettant d'intégrer l'existence d'un enfant, certes caché au regard de tous mais ayant déjà la capacité d'être présent, le processus favorise pour Lina le passage de la transparence psychique où elle est centrée sur elle-même (Bydlowski, 1997) à une amorce de préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1956) de plus en plus centrée sur

le(s) bébé(s), sans qu'il y ait pour autant effacement d'elle-même et permet de plus l'intégration de chaque élément de la triade gémellaire.

Sylvain Missonnier (2004b) postule que le transfert maternel est une variable évolutive qui mène de la relation d'objet virtuel (l'enfant du dedans) à la relation d'objet réel (l'enfant né), la grossesse voit s'opérer un lent processus de maturation pour conduire de l'enfant virtuel à l'enfant réel perçu dans son altérité. On peut oser postuler que l'approche psychotactile, en introduisant le « bébé du contact » comme intermédiaire, facilite l'accomplissement de ce processus par des ressentis qui ne correspondent en rien à une construction rationnelle ou intellectuelle, mais par un phénomène que la mère (et le bébé vraisemblablement aussi) éprouve dans la réalité de sa (leur) chair, s'imposant comme une évidence.

Pour les « femmes enceintes en souffrance dont l'investissement narcissique de l'enfant virtuel muselle l'anticipation objectale », on voit comment cette approche permettrait de « dépasser la conception du fœtus comme extension narcissique maternelle jusqu'au terme de la grossesse » (Missonnier, 2004b). On en voit la portée préventive dans l'accompagnement de mères psychotiques ou état-limites. Pour Lina, nous pensons que l'accompagnement a étayé, favorisé le passage du narcissisme à l'objectalisation.

### *... qui prépare la naissance du Soi*

La naissance du Soi pour Serge Lebovici (1994), en tant que processus de subjectivation, naît des interactions tissées au travers des échanges précoces. On peut comprendre dans « échanges précoces » les échanges anténataux que nous vivons au travers du contact thymotactile et qui représentent déjà une certaine forme de « soins maternels ».

Sylvain Missonnier (2004b) dit que « les esquisses représentationnelles naissent dans le nid du regard échangé », et constituent la genèse du Soi. Si on reprend le phénomène décrit par Serge Lebovici (1994) dans le regard – un bébé « qui regarde sa mère voit ses yeux et sa mère le regarder en train de le regarder » – et qu'on le transfère au toucher, on a alors (et ce, à cause de la réflexivité du toucher à laquelle

nul ne peut se soustraire et qui fait que dans le contact, on est à la fois un morceau de peau qui touche en même temps qu'un morceau de peau touchée) : le bébé qui se manifeste tactilement à sa mère perçoit tactilement sa mère en même temps qu'il sent sa mère touchée par ce contact. Si, de surcroît, on y ajoute la dimension affective du toucher particulier de notre approche, on trouve alors la « Présence » : le bébé perçoit la présence de sa mère et sa mère simultanément en train de percevoir sa présence. Ici, chaque bébé confirme Lina ; ainsi, la mère se découvre mère par la confirmation du bon de sa présence pour chaque enfant.

Ceci a une incidence sur un double front : ce processus participe à la construction de son identité en tant que mère en même temps qu'il concourt à la nidification psychique du bébé dans la psyché maternelle. Si l'espace mental de préoccupation maternelle ne se crée pas dans le psychisme de la mère, il ne peut laisser émerger l'espace maternel de différenciation et d'identification psychique de l'enfant à naître, la vie psychique et physique du bébé peut s'en trouver compromise (Missonnier, 2004a). Pour réussir sa différenciation psychique, l'être conçu doit se nidifier dans la psyché maternelle. Ceci va dans le sens et alimente les conceptions actuelles qui supposent que le développement psychologique de l'être humain commence déjà *in utero*, le psychisme existe bien avant la naissance. La césure de la naissance ne peut faire fi de la continuité existant entre le pré- et le post-natal, continuité aussi bien au plan psychique que biologique et comportemental.

La constitution du Soi est plus problématique en cas de grossesse gémellaire à cause du risque d'indifférenciation. Ainsi, nous ne contactons pas les deux bébés en même temps pour bien accueillir l'un, puis l'autre, pour déjà les reconnaître dans leur unicité, qu'ils ne soient pas appréhendés comme une masse indifférenciée, un fœtus à deux têtes, une hydre inquiétante. L'extraordinaire (qui pourtant devint l'ordinaire car chaque fois se reproduisant, y compris lors d'autres accompagnements de jumeaux) est que, lors de nos rencontres, chaque jumeau vient dans le contact *selon sa modalité propre* (ondulant, frétilant, par petites touches pour l'un ; plus rond, plus plein pour l'autre) : déjà se

présente dans le comportement, dans le dialogue thymotactile spécifique, chaque « personnalité » qui s'exprime par la façon dont le bébé entre en relation dans le contact.

Voilà qui permet à Lina d'établir une relation avec chacun des jumeaux de manière individualisée, de déjà percevoir leurs tempéraments respectifs (pour peut-être, plus tard, les différencier sur des critères autres que ceux limités à des ressemblances/dissemblances physiques). Les deux enfants signifient chacun qu'ils existent pour ce qu'ils sont, pas encore dans leur « être au monde » mais déjà dans leur « être-là » ; au travers de l'appréhension perceptive tactile et affective, chaque enfant se différencie petit à petit dans le psychisme de Lina. Daniel Stern (1997b) a démontré que le bébé devait déjà exister comme sujet dans le psychisme de sa mère pour pouvoir accéder à sa subjectivité, c'est dans l'inter-subjectivité que le bébé peut se vivre comme sujet, sujet unique, différencié.

Par ailleurs, chacun des jumeaux prend sa place individuellement mais aussi ensemble, et c'est une découverte importante pour Lina qui, jusque là, ne pouvait vivre la présence de l'un sans exclure l'autre ; dans ce qu'elle rapportait, c'était *ou* l'un *ou* l'autre. Or, dans nos rencontres elle s'exclame : « Oh, ils bougent tous les deux ! ils sont là, en même temps ! », elle peut percevoir que ce n'est pas « un qui bouge et l'autre qui se met en retrait, le deuxième qui prend le devant et alors le premier se retire, mais qu'on peut être "et/et", présents ensemble ». Alors que le mythe de l'imaginaire collectif sur les jumeaux véhicule l'idée que l'un doit être sacrifié pour que l'autre vive, ravivant chez Lina l'ambivalence et le risque de clivage déjà fortement présents dans toute grossesse gémellaire, ici, dans l'éprouvé du contact, il n'est pas nécessaire de renoncer à l'un pour que l'autre existe. Le bébé, de son côté, peut déjà expérimenter qu'il n'est pas forcément confronté à l'exclusion quand la mère s'occupe de l'autre, elle peut rester en contact affectif avec celui-ci et lui être présente.

Si l'on se limite à une conception de l'émergence du Soi au travers des interactions visuelles, le problème demeure car il est difficile de regarder deux personnes en même temps, alors que le contact thymotactile ouvre de nouvelles

perspectives : nos échanges avec Lina et ses deux enfants ont montré qu'on pouvait rester présent à deux personnes (voire plus) dans le même temps mais aussi de façon individualisée. Elle fait ainsi l'expérience de ce qui sera une fois les enfants nés : faire face à deux enfants où, dans les premiers temps, l'amour de chacun d'eux exigera une grande qualité de présence de la mère, exigence qui incite à se diviser. Lina fait ici l'expérience de cette présence partagée et unifiée dans le contact thymotactile affectivo-confirmant, proposant un modèle relationnel identificatoire dans l'éprouvé de la rencontre.

### *Un processus qui intervient à un autre niveau : l'affectif*

La peau est le lieu électif de la perception et de la transmission des émotions (la conductance électrique au niveau de la peau est utilisée dans les systèmes des détecteurs de mensonge ; la dimension « émotionnelle » de la peau se retrouve dans de nombreuses expressions : « avoir la chair de poule », « être à fleur de peau », « avoir un homme dans la peau », « se sentir bien dans sa peau », etc.), le toucher est une communication qui sert la transmission des émotions, passe par des voies d'appréhension sous-corticales et échappe au contrôle cortical rationnel du sujet.

Frans Veldman (1990) définit le monde de l'affectivité comme différent de celui de la rationalité, un « autre monde » qui n'obéit pas aux mêmes lois. Rationnel et affectif coexistent chez l'individu, non pas comme des données indépendantes exclusives mais comme la trame et la chaîne d'un même tissu qui interviennent à des niveaux différents.

Face à l'incertitude des diagnostics, à l'anxiété que ceux-ci génèrent, je propose à Lina de faire appel à son affectivité ressentie dans sa corporalité, à se situer dans un « être » plus que dans un « faire », dans une invitation et non dans la pensée, l'injonction ou le pouvoir, car notre approche relève d'un « processus bloqué dès qu'une volonté rationnelle se substitue à l'invitation affective » (Dolto-Tolitch, 1996). Ce contact invite à une rencontre avec le bébé d'un autre type que celle de l'échographie, il propose une confirmation existentielle par le ressenti affectif. D'une position de spectateur

passif qui subit les examens, Lina devient actrice dans la rencontre. Face à la réification du bébé induite par l'image échographique, Lina a une perception différente de ses enfants, c'est une perception qui s'adresse à d'autres canaux (ressenti émotionnel profond) que l'échographie (vision, cognition). Ce contact sollicite ses circuits sous-corticaux (Dolto-Tolitch, 2001) alors que lorsqu'elle visualise à l'échographie, contrôle sa respiration ou s'inquiète pour l'état de son enfant, elle mobilise surtout son activité corticale. Ces deux pôles de gestion des émotions ne sont pas incompatibles, ils sollicitent chacun un niveau différent d'appréciation de la réalité et de gestion de l'anxiété.

Dès l'instant où l'on s'adresse à la dimension affective, Lina abandonne la dimension intellectuelle angoissante et s'apaise. C'est ce que Jean-Louis Revardel (2007) a très bien modélisé dans son concept de « changement de niveau » : Lina passe du champ rationnel (où elle imagine intellectuellement ce qui peut arriver à ses enfants, la façon dont ils sont positionnés, coincés dans son utérus) au champ de l'affectif (dans les ressentis de la rencontre avec son enfant, qui alors n'est plus uniquement « un manque de liquide amniotique » ou un « placenta vieillissant », mais se transforme dans l'interaction en une réalité affective). Témoin de l'amélioration de l'état de Lina dans et après le contact, de son émotion quand elle passe d'un savoir intellectuel à une appréhension affective, au sentiment, j'imagine que le bien-être et la réassurance qu'elle éprouve, elle les construit à partir de ce qu'elle ressent « sous-corticalement » ; cela m'incite à faire l'hypothèse que le cortical angoissant peut s'appuyer sur le sous-cortical sécurisant pour s'apaiser.

Le contact affectivo-confirmant permettrait ainsi de vivre les événements dans le sentiment, et de se dégager d'une rationalisation anxiogène. Il ne nie pas le verbal mais quand l'intellect n'est plus d'aucun secours, devient pathogène dans ses constructions fantasmatiques inquiétantes et angoissantes, il permet de « redescendre », de revenir à sa perception propre en lui donnant du sens, de reprendre les choses en se laissant guider par la phénoménalité de la rencontre, de faire à nouveau confiance à ce qu'elle perçoit même si ce qu'elle perçoit est « confrontant » (affectif n'est pas qu'« affection-

tendresse » mais bien tout ce qui « affecte » l'homme : aussi bien la colère, l'agressivité, la peur, la violence, l'anxiété, que la tendresse, l'amour, l'empathie), de ressentir et de développer un sentiment de sécurité qui ne nie pas les difficultés ou les dangers mais qui aide à y faire face, permet de recevoir les affects négatifs, de les accepter, de les faire siens, de les traverser sans se sentir anéanti, car il fait éprouver une continuité existentielle du bon de la relation.

Lina sent qu'elle protège chaque enfant, ce que celui-ci lui confirme en maintenant la relation, il lui signifie que malgré les dangers, les angoisses, elle est présente pour lui et lui est présent pour elle. Cette dynamique a des effets psychiques, affectifs, physiologiques :

Une mère en souffrance qui sent que son enfant reste contactant, paisible, peut dire son rejet, son ambivalence, sa peur [...] si elle sent que l'enfant reste paisible, que celui-ci ne souffre pas, n'est pas menacé [...] qu'il peut supporter cela tranquillement [...] c'est très important à cause des ravages que fait le sentiment de culpabilité. (Dolto-Tolitch, 2001).

On sait les dégâts qu'opèrent les angoisses, même passagères, quand on soupçonne la présence d'un handicap ou de possibles séquelles issues de pathologies de la grossesse (en témoignent les psychanalyses d'adultes vécus comme « anormaux » ou au risque de l'être par leur mère pendant leur gestation), angoisses souvent difficiles à déceler et qui agissent de façon souterraine infiltrant la relation et l'investissement des parents, et qui passent souvent inaperçues. On n'en parle pas par culpabilité, honte, déni, ou volonté d'oublier, mais l'enfant, lui, en garde la trace (Dolto-Tolitch, 2003). Nicolas Abraham et Maria Torok (1978), avec le concept de « crypte », ont démontré les troubles que de tels secrets pouvaient engendrer et les dommages des possibles transmissions sur plusieurs générations.

Dans la relation de confiance, dans la relation thymotactile établie avec Lina, je suis dans un « être-là » pour elle, m'affirmant pour pouvoir la confirmer dans le bon de son existence, cette confirmation permet d'accueillir son ambivalence, ses doutes, ses incertitudes, sa colère, ses inquiétudes, ses angoisses, ses questions. C'est en faisant appel à mon propre *sentiment de base*, d'intégrité, de sécurité, que je peux

rester dans une présence contenant, qui permet d'accueillir sa violence pour la contenir puis l'élaborer et la lui restituer transformée (en référence à la fonction alpha de Bion, 1962). C'est parce que je fais appel à ma propre *sécurité de base*, ma sécurité affective que je peux être là, dans l'empathie pour ce qu'elle ressent (ambivalence, peurs, angoisse). En affirmant l'essentiel de l'Être (tant de l'approchant que de l'approché), le contact thymotactile affectivo-confirmant favorise la venue de vécus émotionnels quels qu'ils soient, permet de traverser ces périodes de violence, de haine sans en être détruit. Lina ne nie pas ces sentiments potentiellement mortifères, elle les reconnaît, les entend, les accueille. C'est la possibilité de dépasser les événements difficiles par un *holding* suffisamment contenant et proche. Le contact confirme des potentialités enfouies, permettant parfois la levée d'engrammes négatifs (d'insécurité) par des vécus d'engrammes positifs (de sécurité).

### *La place du père*

Sylvain Missonnier (2004b) tout comme Françoise Molénat (2013) insistent sur l'importance d'inclure le père. Les identifications projectives paternelles sont primordiales car elles interviennent dans le processus de paternalité, dans la conjugalité et la relation à la mère, dans sa relation à l'enfant, et l'institution aurait tout à gagner à l'inclure dans l'accompagnement du temps de la grossesse quand c'est possible. Inclure le père, c'est déjà travailler à l'instauration de la triade, et cela permet la continuité du soin au delà des murs de la clinique.

Avec l'approche psychotactile, la triangulation précocce de la relation affective fonde, dans le présent, par un éprouvé dans la réalité entre l'enfant sa mère et son père, dans une relation sentie et consentie, la relation future. Pour le père ayant du mal à imaginer ce que peut être de porter un enfant, qui voit ce ventre qui grossit, mais pour qui cela reste étrange, abstrait : quand il peut percevoir son enfant dans sa main, là, c'est une découverte assez extraordinaire ou à tout le moins émouvante car pour lui, le bébé existe déjà dans le contact dans sa main. Le contact

prend en compte le lien affectif de la mère mais aussi du père, le père qui amène le « détachement » nécessaire à la défusion de la relation symbiotique mère-bébé contribue à ouvrir la voie de l'individuation, ouvre la relation à une personne tierce, préfigure son rôle de tiers séparateur. Ainsi par la triadification, processus comportemental (Lebovici in Stern, 1997a), se construit la triangulation, processus intrapsychique (Stern, 1997a).

Dans le cas de Lina, le père fut à mon très vif regret le grand absent de cet accompagnement, il ne fut pas pour Lina la « matrice de soutien » de sa constellation maternelle (Stern, 1997a), il n'opéra pas la « maternalisation » que Lina était en droit d'en attendre : je ne l'aperçus qu'une fois, entre deux portes, au service de néonatalogie. Lina le décrivait comme un grand adolescent immature, sur lequel elle ne pouvait compter et qui demandait à être materné : « À mon retour, j'aurais trois enfants à la maison ». Le couple s'est séparé quelques semaines après la sortie de la maternité.

## CONCLUSION

Catherine Dolto (2005) en confirme les potentialités thérapeutiques et la valeur préventive : le travail avec les enfants en postnatal, tout comme les psychothérapies d'adultes, montrent les ravages que peuvent laisser les épreuves que constituent les vécus de perte de lien pendant la grossesse. Le thérapeute retrouve ainsi dans les contenus des récits de ses analysants des traces de traumatismes de vécus fœtaux, de ce qui peut être engrammé dans le corps, empreintes que l'on retrouve aussi bien dans leur personnalité qu'au cours des événements de vie dès qu'il s'agit de revivre des expériences de séparation, de césure, de maturation ou d'expérience venant raviver le vécu d'abandon. « Le travail autour de la naissance est un des champs d'application de l'haptonomie, c'est le plus passionnant à cause de sa dimension prophylactique » (Dolto-Tolitch, 2001).

Depuis quelques années, l'intérêt est grandissant pour tout ce qui concerne l'anténatal jusque là peu pris en compte,

la tendance actuelle est de s'en préoccuper de plus en plus : on commence à en mesurer l'importance en terme de thérapeutique et de prévention, tant pour la mère (avec le travail autour de la transparence psychique, Bydlowski, 1997), que pour la relation mère-bébé et par voie de conséquence, pour l'enfant. Sans tomber dans la « fœtolâtrie », nous plaçons pour que l'anténatal ne soit plus, comme le déplorait alors Sylvain Missonnier (2004b), le parent pauvre de la périnatalité, il y a une place pour la CTA (consultation thérapeutique anténatale). Nous restons convaincues que la césure de la naissance ne peut faire fi de la continuité existant entre l'anté- et le post-natal, continuité aussi bien au plan psychique que biologique et comportemental. Les liens parents-enfants se tissent bien avant la naissance (qui constitue alors, dans la relation d'attachement, une étape plus qu'un commencement), c'est en cela que l'on trouve la valeur préventive d'un accompagnement en anténatal. C'est cette dimension préventive qui nous interpelle aujourd'hui et nous pousse à engager notre pratique professionnelle autour de ces instants clés où les relations se mettent en place de façon très précoce, y compris et déjà *in utero*.

Ainsi ce type d'accompagnement vient en soins à proposer aux mères sans pathologie clinique particulière mais dont l'équilibre habituel est perturbé par l'état de la grossesse : stress, MAP, état dépressif ou anxieux plus ou moins somatisé sous forme de vomissements et de plaintes somatiques, mais aussi lors de suspicions ou de révélations d'anomalies fœtales, de MFIU, dans les difficiles parcours de l'AMP (Assistance Médicale à la Procréation) ; également pour les femmes en rupture familiale ou sociale, ruptures qui accompagnent fréquemment les troubles narcissiques, état-limite, psychotiques. Espoir pour ces mères où c'est la fusion mère-bébé qui les guette, le tiers-thérapeute ouvre par le contact la relation et fait ainsi rempart à la fusion ; nous avons pu en entrevoir l'intérêt lors de l'accompagnement de mères schizo-phrènes hospitalisées en UMN de psychiatrie adulte (Unité Mère-Nourrisson).

Nous apprécions que cette approche ne soit pas qu'« intellectuelle », nous avons pu constater qu'elle ne réclamait pas forcément chez les patientes des capacités

d'élaboration, ou de mentalisation hors normes, nous l'avons ainsi pratiquée avec des mères de tout niveau intellectuel, social, professionnel et culturel, mais aussi avec des mamans schizophrènes, des patientes souffrant de troubles bipolaires, car le contact affectif s'éprouve comme une évidence en s'adressant aux émotions. A contrario, pour des patientes empêtrées dans une rationalisation excessive, le contact thymotactile permet de « redescendre », travaillant à l'insu de la patiente.

Nous souscrivons à cette conception qui envisage l'humain dans sa double identité psyché-soma, ces deux revers d'une même médaille qui se complètent, travaillent l'un *avec* l'autre, en articulation, en intrication. L'approche psychotactile prend en compte cette double identité et confirme le double versant thérapeutique de ce contact particulier : thérapeutique de la détresse physique et morale à condition d'accepter d'être dans la sensation (avec ce qu'elle peut comporter de subjectivité) plutôt que dans la rationalisation : l'affectif comme intermédiaire corps-psyché.

Nous apprenons ainsi avec chaque patiente, de façon spécifique, à élaborer la construction d'un lien : 1/pour elle, lien avec un autre être, humain, fiable qui ne veut « rien pour lui » ; 2/pour le thérapeute, être dans une présence constante, consciente, confirmante, affective sur laquelle la patiente peut s'appuyer pour traverser les aléas des événements du déroulement de la grossesse, tant sur le plan physique que psychique et émotionnel. Une relation qui permet de laisser advenir tristesse, désespoir, colère, agressivité, en étant simplement dans son « être-là », là, dans une présence permettant de les traverser, exigeant constamment que l'approchant soit au clair avec ce contact particulier tant avec lui-même qu'avec la patiente. Contact qui exige transparence, respect et prudence constantes (Veldman, 1990).

Nous terminerons en insistant sur la nécessité d'inscrire cette approche dans un travail d'équipe et en équipe. De même que la clinique nous montre les limites d'une intervention exclusivement médicale, de même l'intervention psychologique coupée de la prise en charge médicale n'a aucun sens. Parce que, d'une part, à l'instar de Bernard Pachoud (2010)

déplorant le cloisonnement dans notre tradition médicale des deux aspects du « soin »<sup>4</sup>, il est bénéfique, vital, nécessaire, tant pour la patiente que pour les soignants, que ces interventions relevant du “care” soient en intrication complémentaire étroite avec le “cure”. Et d’autre part, parce que si le travail se fait de façon cloisonnée, que manque la communication au sein de l’équipe, alors augmentent chez les patientes en MAP l’angoisse de l’agression hospitalière et le risque d’AP. Pour éviter d’ajouter du stress au stress, le sentiment d’une continuité d’exister (dont le psychologue s’emploie à se faire le garant) est la meilleure antidote aux impacts psychotraumatiques (Roegiers, 2011), traumatismes qui font le lit, entre autres, des futures dépressions du post partum, des décompensations psychiques, des perturbations du lien mère-enfant et des pathologies de l’attachement.

Face à ces femmes en situation de perte ou de rupture de leur propre capacité à « contenir » leur grossesse, ce sont les réponses et la capacité de contenance et de cohésion de l’équipe qui leur permettront de retrouver leur propre capacité de contenance. C’est la coordination de l’action collective qui exerce en elle-même un effet sécurisant majeur, apportant les bénéfices somatiques *et* psychiques attendus. En multipliant les contacts interdisciplinaires, on peut espérer apporter une enveloppe réconfortante et sécurisante (Molénat, Toubin, Roy, 2004). La place du psychologue a ici sa raison d’être, bien sûr au chevet des patientes, mais aussi en aidant à un ajustement des liens interprofessionnels, aussi bien avec l’équipe hospitalière en intra qu’avec les équipes en inter : professionnels de la périnatalité, sages-femmes libérales, PMI (Protection Maternelle et Infantile), pédopsychiatrie et psychiatrie de secteur, intervenants d’HAD (Hospitalisation à Domicile). C’est en ce sens que nous envisageons nos interventions, s’inscrivant dans une liaison optimisée, avec des retours ajustés, donnant sa place en mettant en valeur chaque acteur du soin.

4. Mieux spécifiés dans la langue anglaise par les termes “cure” (soin curatif visant à lutter contre la maladie) et “care” (attention portée à autrui, le « prendre soin » qui « repose plutôt sur la sensibilité, voire sur l’affectivité »).

## RÉFÉRENCES

- Abraham N., Török M. (1978), *L'écorce et le noyau*, Paris, Flammarion.
- Ainsworth M.D. (1967), *Infancy in Uganda*, John Hopkins University Press, Baltimore.
- Alderdice F., McNeill J., Lynn F. (2012), « A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being », *Midwifery* 29, Elsevier, pp. 389-399.
- Audras de la Bastie M. (1984), « Recherche des facteurs psychologiques dans l'étiologie de la prématurité », *Psychanalyse à l'Université*, vol. 9, n° 34, pp. 259-280.
- Belaïche R. (1996), « Les secrets de l'hapsis », *Présence haptonomique*, n° 3, CIRDH, pp. 10-20.
- Berardi J.C. (1995), « Menace d'accouchement prématuré », in Papiernik E., Cabrol D., J.C.Pons J.C. (dir.), *Obstétrique*, Paris, Flammarion, « Médecine-Sciences », pp. 645-664.
- Bion W.R. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, Puf, 1979.
- Briex M. (2011), « Stress et Grossesse ? Et après ? », *Spirale*, 2011/3 n° 59, pp.163-171.
- Bydlowski M. (1997), *La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, Puf.
- Copper R.L., Goldenberg R.L., Das A., Elder N., Swaim M., Norman G., Ramsey R. et al (1996), « The preterm prediction study: maternal stress is associated with spontaneous preterm birth at less than thirty-five weeks' gestation », *J Obstet Gynecol*, 175, pp. 1286-1292.
- Dayan J., Andro G., Dugnat M. (2003), *Psychopathologie de la périnatalité*, Paris, Masson.
- Décant D. (1996), « Approche haptosynésique de l'enfant porteur de handicap et de sa famille », *Présence haptonomique* n° 3, CIRDH, pp. 195-206.
- Dolto-Tolitch C. (1996), « Dialogue haptonomique pré- et postnatal, sécurité affective et ouverture au langage », *Présence haptonomique* n° 3, CIRDH, pp. 112-126.
- Dolto-Tolitch C. (2001), « Dialogue haptonomique pré- et postnatal, sécurité affective et développement », in *Que savent les fœtus ?*, Erès « 1001 bébés », n° 4, pp. 51-78.
- Dolto-Tolitch C. (2003), « Transmissions et périnatalité », in Aïn J. (dir.) *Transmissions*, Erès, pp. 27-47.
- Dolto-Tolitch C. (2004), « L'haptonomie prénatale : une pensée du devenir de l'enfant », in Dugnat M. *Pévention précoce, parentalité et périnatalité*, Toulouse, Erès, « Hors collection », pp. 135-149.
- Dolto C. (2005), « L'accompagnement haptonomique de la grossesse lors des dépressions maternelles et des grossesses traumatiques », *Présence haptonomique* n° 7, CIRDH, pp. 71-85.
- Edouard D. (2000), « Physiologie maternelle au cours de la grossesse gémellaire », in Pons J.C., Charlemaïne C. Papiernik E. (dir.), *Les grossesses multiples*, Paris, Flammarion, pp. 55-61.
- Fonty B. (2002), *Communication au colloque Pédiatrie et psychanalyse*, Avignon.
- Golse B., Bydlowski M. (2001), « De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation », *Le Carnet PSY* 3/2001, n° 63, pp. 30-33.
- Halbreich U. (2005), « The association between pregnancy processes, preterm delivery, low birth weight and postpartum depression. The need for disciplinary integration », *J. Obstet gynecol*, 193, pp. 1312-1322.
- Hodnett E.D. (2000), « Support during pregnancy. For women at increased risk of low birthweight babies », *Cochrane review*, in *The Cochrane Library*, Issue 4, Oxford : Update Software.
- Hodnett E.D., Fredericks S. (2003), « Support during pregnancy. For women at increased risk of low birthweight babies », *Cochrane Database Syst Rev.*, 3, CD 000198.

- Janke J. (1999), « The effect of relaxation therapy on preterm labor outcomes », *JOGNN*, 28, 255-263.
- Kirpatrick C. (2011), « Traitement de la menace d'accouchement prématuré (MAP) : quelle cohérence ? », in Roegiers L., Molénat F. (dir.) *Stress et Grossesse. Quelle prévention pour quel risque ?* Erès, chap. 5, pp. 43-53.
- Lebovici S. (1994), « L'homme dans le bébé », *Revue française de psychanalyse*, vol. 58, n° 3, pp. 661-680.
- Lieberman A.F., Pawl J.H. (1993), « Infant-parent psychotherapy », in Zeanah C., *Handbook of Infant Mental Health*, New-York, Boston, Guilford Press, pp. 427-442.
- Mamelle N., Segueilla M., Munoz F., Berland M. (1997), « Prevention of preterm birth in patient with symptoms of preterm labor. The benefits of psychologic support », *J Obstet Gynecol*, 177, 947-952.
- Mamelle N. (2001), « Psychological Prevention of Early Preterm Birth : a reliable benefit », *Biol Neonate*, 79, 268-273.
- Mehl L. (1988), « Psychobiosocial intervention in threatened premature labor pre- and peri-natal », *Psychology* 3, 41-52.
- Mimoun S. (1997), « Grossesse et approche psychosomatique », *Santé mentale*, 21, pp. 32-34.
- Missonnier S. (2004a), « L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel », in Missonnier S., Golse B., Soulé M., *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Paris, Puf, pp. 119-144.
- Missonnier S. (2004b), « De la consultation thérapeutique parents/bébé selon S. Lebovici à la consultation thérapeutique anténatale », in Missonnier S., Golse B., Soulé M., *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Paris, Puf, pp. 527-558.
- Molénat F. (2013), « La qualité des liens entre parents et professionnels : clé d'un accompagnement adéquat de l'enfant dans son développement ? », *Contraste - Enfance et handicap*, Ed. Erès, n° 37, pp. 185-208.
- Molénat F., Toubin R.M., Roy J. (2004), « Naissance d'un bébé de très petit poids : implications psychologiques et informations aux parents », *XXXIV<sup>ème</sup> journées nationales de néonatalogie*, pp. 283-290.
- Omer H., Palti Z., Friedlander D. (1986), « Evaluating treatments for preterm labor: possible solutions for some methodological problems », *Eur J Gynecol Reprod Biol*, n° 22, pp. 229-236.
- Pachoud B. (2010), « Aspects du "care" et de l'éthique du "care" en psychiatrie », *Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences*, n° 8, pp. 152-157.
- Piontelli A. (2002), *Twins. From fetus to child*, New-York, Routledge.
- Qayoom Z., Le Scouëzec L., Boulvain M. (2011), « La psychothérapie : validable ? Prise en charge psychologique de femmes hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré », in Roegiers L., Molénat F. (dir.) *Stress et Grossesse. Quelle prévention pour quel risque ?*, Erès, chap. 22, pp. 205-209.
- Racamier P.-Cl. (1978), « À propos des psychoses sur la maternalité », in Soulé M. (dir.), *Mère meurtrière, mère mortifère, mère mortifiée*, Paris, ESF, pp. 41-51.
- Rank O. (1914), *Don Juan et le double*, Payot, Paris 1932.
- Reinheckel A. et al (2000), « Life situation of twins and triplets parents: a focus group study », *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatalogie*, vol. 204, n° 2, pp. 55-59.
- Revardel J.L. (2007), *Comprendre l'haptonomie*, Paris, Puf.
- Robert Torrès J. (1996), « Influence de l'accompagnement haptonomique prénatal sur la santé mentale, l'anxiété et le risque de dépression, lors de grossesses normales », *Présence haptonomique* n° 3, CIRDH, pp. 141-185.
- Roegiers L. (2011), « Le psy, aiguilleur du ciel ? », in Roegiers L., Molénat F. (dir.) *Stress et Grossesse. Quelle prévention pour quel risque ?*, Erès, chap. 37, pp. 301-305.
- Rousseau P. (2012), « Naissance, trauma, attachement et résilience », *Psychomédia*, n° 38, pp. 18-23.
- Sécheresse J.C. (1996), « À propos de la dépendance », *Présence haptonomique* n° 3, CIRDH, pp. 44-55.

- Séguella M. (2011), « La psychothérapie : validable ? La contribution de Nicole Mamelle », in Roegiers L., Molénat F. (dir.) *Stress et Grossesse. Quelle prévention pour quel risque ?*, Erès, chap. 21, pp. 197-204.
- Sirol F. (2003-4), « ... et la haine alors ? », *Spirale*, n° 28, pp. 155-164.
- Soulé M., Soubieux M.J. (2004), « La psychiatrie fœtale », in Missonnier S, Golse B, Soulé M, *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Paris, Puf, pp. 295-333.
- Soulié M. (2008), « Il était deux fois ? », in *L'escabelle, Les jumeaux : 1 fois 2 ou 2 fois 1 ?*, Erès « 1001 bébés », n° 97, pp. 25-40.
- Stern D. (1997a), *La constellation maternelle*, Paris, Calmann-Lévy.
- Stern D. (1997b), *Le Monde interpersonnel du nourrisson*, 2e édition, Paris, Puf, 1ère éd. 1989, trad. *The interpersonal world of the infant*, Basic Books, Inc., Publishers, New-York, 1985.
- This B. (1996), « Ici et là », *Présence haptonomique* n° 3, CIRDH, pp. 84-92.
- This B. (2007), *Comprendre l'haptonomie*, Paris, Puf.
- Veldman F. (1990), *Haptonomie, science de l'affectivité*, 2è éd. Paris, Puf, 1<sup>ère</sup> édition 1989.
- Veldman F. (2001), « Thymesthésie, moi-conscient, ipséité », *Présence haptonomique* n° 6, CIRDH, pp. 131-143.
- Venditelli F., Lachcar P. (2002), « Menace d'accouchement prématuré, stress, soutien psychosocial et psychothérapie : revue de littérature », *Gynécologie obstétrique et fertilité*, vol. 30, n° 6, pp. 503-513.
- Wendland J. (2007), « Le vécu psychologique de la grossesse gémellaire, du désir d'enfant à la relation mère-fœtus », *Enfances & Psy*, n° 34, pp. 10-25.
- Winnicott D.W. (1956), « La préoccupation maternelle primaire », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris Payot, 1975, pp. 68-174.
- Winnicott D.W. (1956-58), *La mère suffisamment bonne*, Paris, Payot, 2006.
- Zazzo R. (1960), *Les jumeaux, le couple et la personne*, Paris, Puf, «Quadrige », 2005.

Printemps 2014

Clotilde Hennequin-Rivoire  
6, rue de Belchamps  
57000 Metz  
hennequin.rivoire@gmail.com