

MÉTAMORPHOSES PÉRINATALES. TRANSPARENCE DE VIE ET DE MORT DE LA PARTITION PRÉNATALE

Sylvain Missonnier

in Régine Scelles et al., Naître, grandir, vieillir avec un handicap

ERES | « [Connaissances de la diversité](#) »

2016 | pages 77 à 96

ISBN 9782749252919

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/naitre-grandir-vieillir-avec-un-handicap--9782749252919-page-77.htm>

Pour citer cet article :

Sylvain Missonnier, « Métamorphoses périnatales. Transparence de vie et de mort de la partition prénatale », *in Régine Scelles et al., Naître, grandir, vieillir avec un handicap*, ERES « Connaissances de la diversité », 2016 (), p. 77-96.
DOI 10.3917/eres.scell.2016.01.0077

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

III

DU BÉBÉ À LA PERSONNE ÂGÉE

Sylvain Missonnier

Métamorphoses périnatales Transparence de vie et de mort de la partition prénatale

En me référant à la psychologie clinique psychanalytique enracinée dans ma pratique de clinicien et de chercheur en maternité, je vais d'abord introduire l'espace-temps de la périnatalité qui met en perspective l'avant, le pendant et l'après naissance. La rencontre des processus du « (re)devenir parent » et du « naître humain » constitue à l'évidence une étape-clé de l'aventure humaine.

Dans un deuxième temps, je me focaliserai plus spécifiquement sur l'anténatal. C'est essentiellement à un examen de la célèbre notion de Monique Bydlowski (1991) de « transparence psychique » de la grossesse que je souhaiterais électivement revenir à l'occasion de cette contribution.

Face à la récurrence de son évocation par les professionnels de la périnatalité et de ses vertus mirifiques bien souvent idéalisées, j'aimerais en envisager ici une reformulation critique puis en amorcer la traduction quand le handicap de l'enfant à naître est suspecté et, *a fortiori*, authentifié.

Sylvain Missonnier, professeur de psychologie clinique de la périnatalité à l'université Paris-Descartes Sorbonne Paris Cité, directeur du laboratoire Psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse (EA 4056), psychanalyste SPP, coprésident de l'Institut du virtuel Seine Ouest, www.rap5org

Enfin, en résonance avec la thématique des transitions et des remaniements psychiques aux différents âges de la vie, je souhaiterais aboutir à un double questionnement, plus large, à approfondir à l'avenir :

- les observations des cliniciens du prénatal au sujet de la transparence psychique parentale sont-elles confirmées – *mutatis mutandis* – à d'autres périodes charnières de la vie ?
- le sujet handicapé et son environnement humain bénéficient-ils pleinement, partiellement, pas du tout, ou différemment de ces ponctuations *potentiellement* mutatives et maturatives ?

L'ESPACE-TEMPS DU PÉRINATAL

En périnatalité, la femme (re)devenant mère, l'homme (re)devenant père conçoivent, attendent puis accueillent un enfant. Cette métamorphose individuelle, conjugale, familiale et collective, constitue un axe majeur de la filiation familiale *verticale* et de l'affiliation sociale *horizontale*.

Les territoires humains entrecroisés de cette mutation sont bien la personne, le couple, éventuellement la fratrie, la famille nucléaire et élargie, l'ethnie et la société.

Contrairement à la périnatalogie des pionniers de la néonatalogie, l'espace-temps de la psychologie clinique de la périnatalité référée à la psychanalyse ne se centre plus aujourd'hui seulement sur l'axe développemental du fœtus/bébé « isolé ». Il concerne électivement, selon l'expression freudienne, une « série complémentaire » (Freud, 1916-1917) à quatre composantes, dont la permanente interactivité témoigne d'une homéostasie systémique commune : celle du fœtus/bébé, sujet en devenir ; celle des parents, de la famille élargie, de la communauté d'appartenance ; celle des soignants ; celle de la société.

Dans cette perspective, le sujet et le groupe sont englobés dans une double processualité croisée de la réalité événementielle matérielle *externe* et de la réalité psychique *interne*. En périnatalité, l'intrication de ces deux formes de réalité sera bien sûr constante, en particulier chez les trois acteurs principaux en

présence : embryon/fœtus/bébé, parents et soignants. Et dans une vision résolument *intersubjectiviste*, la réalité interne et externe de chacun d'entre eux sera a priori perçue comme recevant et exerçant constamment une influence mutuelle des deux autres. En d'autres termes, embryon/fœtus/bébé, (re)devenant parents et soignants, méritent d'être envisagés dans cet espace-temps périnatal comme éléments d'un tryptique *pluriel mais unitaire dans son économie interpersonnelle comportementale, émotionnelle, affective et fantasmatique*.

Dans cette unité de temps, de lieu et d'action, somaticiens et psychistes se doivent aujourd'hui de relever ensemble le défi de s'opposer au clivage psyché/soma qui parasite le soin médical occidental. Cet objectif est crucial en périnatalité car, comme on va l'envisager, les processus de maternalité et d'épigenèse du fœtus/bébé sont, justement, paradigmatiques d'une intrication somato/psychique... et, au-delà de l'apparence triviale, celle de la paternalité ne l'est pas moins (Missonnier, 2012). Toute approche soignante qui vient dénier cette dialectique est en risque de iatrogénie.

QUELQUES FILS CONSTITUTIFS DE LA TRESSE D'UNE PSYCHOLOGIE CLINIQUE DE LA PÉRINATALITÉ

En termes de trajectoires humaines (individuelles et collectives), le chapitre périnatal occupe une place capitale dans trois périodes « charnières » significatives :

- au moment où l'embryon/fœtus/bébé devient humain ;
- quand cet ex-embryon/fœtus/bébé quelques années plus tard (re)devient parent ;
- dans la situation où cet ex-embryon/fœtus/bébé (devenu parent ou non) est soignant en périnatalité.

Dans le premier cas, la périnatalité est fondatrice. Dans le deuxième, elle est intimement commémorée. Dans le troisième, elle est professionnellement investie.

Le paradoxe humain est en effet typiquement à son comble dans l'espace-temps périnatal : hommes et femmes

mortels s'inscrivent dans une éternité générationnelle faute d'une éternité individuelle. Les enjeux narcissiques en présence de la transaction mort/éternité sont tels pour tous que le moindre faux pas risque de faire basculer la *comédie* d'une éternité par procuration dans la *tragédie* d'une finitude sans filiation. Dans la situation redoutable de la naissance d'un enfant gravement malade, handicapé, c'est le monde à l'envers d'une profonde blessure narcissique qui s'impose là où une gratification d'une éternité générationnelle était attendue.

Pour autant, les travaux du précédent séminaire du SIICLHA (2014) ont bien montré combien il serait naïf de réserver la créativité infantile, parentale et soignante, aux situations « normales » et de vérifier son absence dans les scénarios tragiques.

Bien au-delà d'une telle distribution simpliste, dans toutes les situations de rencontre des processus de parentalité et de naître humain quel qu'en soit le registre, la métamorphose périnatale est *virtuellement* source de *créativité* (*de crise maturative*) et de *vulnérabilité* (*de rupture délétaire*). Mais, point psycho(patho)logique névralgique, l'une et l'autre ne sont pas perçues comme des entités nosographiques clivées, statiques, mais bien *a contrario*, comme deux pôles entre lesquels embryons/fœtus/bébé, parents et soignants vont interagir dans une déclinaison unique et évolutive.

La psychologie clinique périnatale est justement dédiée à la diversité de ces multiples scénarios de *crises* et de *ruptures* du (re)devenir parent, du naître humain et du rester soignant. Elle revendique être une fenêtre ouverte sur la réalité psychique consciente/inconsciente, subjective/intersubjective du sujet et du groupe.

Dans ce triptyque, le (re)devenir parent périnatal correspond *virtuellement* à une amplification singulière des transformations biopsychiques et des processus, d'une part, d'*associativité créative* mais aussi, simultanément, de *vulnérabilité* d'une inhibition-dissociation paralysante. Cette métamorphose parentale correspond, aux extrêmes, à un seuil à double valence *potentielle* : traumatique et/ou cathartique.

Bref, pour le meilleur et pour le pire, la parentalisation met en exergue transitoirement des éléments typiques de la structure et des contenus de la réalité psychique du sujet. Monique Bydlowski (1991), une des premières psychanalystes française à s'être penchée avec tant d'acuité sur la clinique périnatale après Helene Deutsch, Grete Bibring et Therese Benedek, a parlé à cet égard de la « transparence psychique » de la femme enceinte. C'est sur cette notion devenue princeps et ses environs que je souhaite maintenant m'interroger.

DÉCONSTRUIRE LA TRANSPARENCE PSYCHIQUE DE LA GROSSESSE

La transparence psychique maternelle se caractérise génériquement par une perméabilité accrue à la conflictualité inconsciente induite par une levée relative du refoulement habituel, une moindre sélectivité du « filtre » préconscient et une censure psychique réduite. À l'unicité irréductible de la réalité psychique mouvante d'un sujet unique correspond ici la singularité radicale de la trajectoire évolutive de la transparence psychique de la (re)devenant mère dont la porosité à la conflictualité inconsciente, le fonctionnement économique du préconscient et les modalités de censure seront des variables liées, toujours spécifiques et indissociables des modalités transférentielles.

L'expérience phénoménologique princeps de cette mutation pour le psychanalyste correspond à l'observation de la transformation évolutive de l'économie psychique et de la partition transféro/contre-transférentielle avec une analysante qui est enceinte après une période de psychothérapie, *a fortiori* de cure, où elle ne l'était point.

La métaphore archéologique, si insistante dans l'œuvre freudienne (Flem, 1982), démontre ici sa force illustrative. Le talent du découvreur de la ville de Troie, l'archéologue allemand Heinrich Schlieman qui fascinait Freud, est de déterminer des localisations pertinentes de fouilles en l'absence relative de preuves actuelles visibles d'un site à exhumer. Comparativement, Freud envisage initialement l'exploration psychanalytique comme une

mise au jour d'un enfoui refoulé qui, restauré, permet la conquête d'un présent moins mutilé.

Dans cet espace métaphorique, la transparence psychique correspond à une modification topique de la localisation du matériel habituellement enfoui et inaccessible immédiatement : animé par cette dynamique spécifique de « transparence », il affleure transitoirement à la surface de la conscience et devient *potentiellement* figurable, symbolisable.

Dans ce contexte spécifique, bien sûr, la névrose infantile fait largement retour (et sa révision adolescente) mais ce sont aussi (et parfois d'abord et surtout), des reviviscences archaïques précœdipiennes plus anciennes encore qui s'actualisent.

Les traces énigmatiques des « souvenirs/non-souvenirs » (Bergeret et Houser, 2004) de son propre statut d'embryon/fœtus et d'ex-habitant utérin constituent alors pour la devenant mère un vivier sensoriel et représentationnel empreint d'une forte « inquiétante étrangeté » (Freud, 1919). Elle est d'ailleurs ici à son comble si l'on suit au plus près la description freudienne princeps dont le paradigme fondateur est, justement, notre « antique terre natale » utérine (*Heimat*). Si la conflictualité est forte en général entre le fantasme originnaire de retour dans le ventre maternel et l'interdit de l'inceste qui régit notre société, elle culmine, peu ou prou, dans cette période prénatale (Missonnier, 2013). La tonalité incestueuse de cette transparence psychique en éclaire la valence transgressive et le déploiement réactionnel de mécanismes de défense inhérents à ce jaillissement exceptionnel.

La surface sémantique de l'habitat en général et de la « maison mère » en particulier est inévitablement associée à la césure dedans/dehors et à la dialectique contenant/contenu ou encore écorce/noyau. Il n'est pas le lieu ici de reprendre les apports majeurs de la riche filière postkleinienne de la théorie des enveloppes¹, mais il convient simplement de souligner combien sa première déclinaison prénatale est intrinsèquement surdéterminée

1. Le lecteur en trouvera une remarquable synthèse critique dans l'ouvrage : D. Houzel (2005), *Le concept d'enveloppe psychique*, Paris, In Press, 2010.

par la *précarité ontologique* du statut de l'embryon/fœtus dont la survie et le développement dépendent radicalement de son maintien transitoire à l'intérieur de la matrice. Entre le Charybde de la fausse couche précoce et le Scylla de la grande prématurité, la menace d'une « sortie trop tôt » accompagne comme une ombre morbide le déroulement de la grossesse. Le scénario de l'IMG suite au diagnostic d'une anomalie fœtale grave en constitue une butée tragique ultime où la synonymie de « sortie » et de « mise à mort » culmine tant dans la réalité psychique des parents que dans celle des professionnels. En ne la limitant pas à ces expériences de l'extrême mais en l'envisageant selon la diversité des scénarios prénatals, il est alors légitime de considérer cliniquement la transparence maternelle comme un des ferments du laboratoire intrapsychique et intersubjectif de la contenance de la conception de l'enfant à naître et des réviviscences associées.

Dans une perspective générationnelle, cette période prénatale s'affirme aussi simultanément comme une mise à l'épreuve des fondations identificatoires et, à ce titre, c'est un lieu privilégié de répétitions traumatiques, sinon d'expansion traumatophile. La maturité cicatricielle de ces éventuelles blessures sera reflétée par le degré de tolérance maternelle aux mutations somato-psychiques inhérentes au processus de maternalité, au suivi médical de la grossesse (procédures du diagnostic anténatal, examens échographiques), aux interactions fœto-maternelles surdéterminantes et, bien sûr, aux éventuelles complications médicales dont les annonces de pathologies maternelles, de maladie et de handicap fœtal sont de redoutables emblèmes.

Source de révision de soi et de sa filiation, la transparence psychique est, de plus, un possible sas, un pont qui unit et sépare la devenant mère et l'enfant à naître devenant humain. Pour caractériser la virtualité de cette fonction médiatrice de la transparence psychique, je l'évoque en termes de fonctionnement psychique « placentaire ». Le placenta, organe essentiel de liaison, n'appartient pas exclusivement à la mère, ni au fœtus, mais bien fonctionnellement aux deux. Il est simultanément pour l'un

comme pour l'autre objet transitionnel, mi-moi, mi-autre et il incarne physiologiquement la rencontre entre intersubjectivité primaire maternelle et proto-intersubjectivité primaire fœtale. La gestation des fonctions maternelles de contenance et d'interface à l'égard de l'enfant à naître, version prénatale de la « capacité de rêverie » maternelle bionienne (1962), s'insère dans cette mutualité somato-psychique où le fœtus joue pleinement sa partition sensorielle interactive.

Au début de la grossesse, l'embryon est une allogreffe dont l'issue est incertaine. Mais, chemin faisant, à l'entrecroisement des interactions fœto-environnementales (où la proprioception joue – en creux ou en plein – un rôle majeur pour la mère) et des identifications projectives qui expriment le *projet* d'enfant, un lien de *mutualité* croissante à l'égard de « l'enfant virtuel » s'impose progressivement. C'est dans le creuset de cette *réciprocité* entre « nidation » maternelle (mais aussi métaphoriquement paternelle, conjugale) et « nidification » embryonnaire que le lien somato-psychique se constitue. Du degré de maturation intersubjective du lien en prénatal à l'enfant à naître, de la reconnaissance de sa composante dissymétrique (la désaide originare du fœtus/bébé), dépendra notamment le devenir de l'empathie maternelle à l'égard du nouveau-né en postnatal. Ma proposition de « relation d'objet virtuelle » parent ↔ fœtus visait l'exploration des variations cliniques de cette géométrie variable (Missonnier, 2009). Grâce aux apports récents des travaux de notre équipe sur la grossesse d'après une précédente endeuillée (Shulz et coll., 2016), nous percevons de plus en plus les limites du paradigme de la relation d'objet, trop unilatéral, pour décrire la réciprocité du lien qu'une troisième topique résolument intersubjective permet désormais d'envisager au plus près de la clinique.

Entre haine et amour, la mère chemine, dans le meilleur des cas, dans un conflit d'*ambivalence* à l'égard de l'embryon/fœtus. François Sirol (1999), en se référant à Winnicott, décrit avec acuité les vingt et une raisons qu'une femme enceinte a de haïr son fœtus qui menace a priori la femme de réorganiser *rétrospec-*

tivement son histoire et son identité, et de s'engager *prospectivement* dans la métamorphose du devenir mère.

Le paradigme d'une conflictualité de la parentalité mise en relief dans la période prénatale décrite chez la femme est aussi valide, *dans un registre singulier non confusionnant*, pour le (re)devenant père. De fait, *mutatis mutandis*, le devenant père traverse lui aussi durant cette période une phase de transitions et de remaniements biopsychiques qui questionnent son histoire intrapsychique, intersubjective individuelle et générationnelle. Il reste encore à ce jour beaucoup à entreprendre pour que la transparence psychique du processus de paternalité soit véritablement accueillie à la juste mesure de ses vertus et de ses vertiges par les professionnels de la périnatalité (Missonnier, 2012).

Plus largement, ce sont aussi tous les acteurs principaux du « système » familial – grands-parents, fratrie, proches... – qui rencontrent simultanément une phase de métamorphose propre durant toute la période prénatale et, à ce titre, leur transparence psychique respective mérite attention.

UN FONCTIONNEMENT PSYCHIQUE PRÉNATAL MAL COMPRIS ?

Une fois le décor prénatal planté, mon objectif est maintenant de me pencher sur la destinée de cette notion de transparence psychique en clinique périnatale. Redisons-le d'emblée, c'est son idéalisation trop souvent à l'œuvre sur le terrain que j'aimerais inquiéter et non pas la pertinence de sa description, formulée par une grande clinicienne de la périnatalité. De fait, je suis souvent frappé, en clinique quotidienne et lors de formations, d'enseignements, de la manière dont de nombreux soignants du périnatal convoquent cette notion comme un fétiche protecteur renvoyant à *coup sûr* à un dynamisme organisateur, une créativité accrue, une symbolisation amplifiée permettant d'envisager des opportunités réformatrices, impossibles autrement.

Cela est possible en effet, mais – élément cliniquement et techniquement central pour notre propos – *cette transparence psychique parentale et familiale n'est a priori que virtuelle.*

L'actualisation relative des bénéfiques de sa mise en sens n'est qu'une *potentialité* qui sera justement, de fait, confirmée ou non selon le cas et l'évolution. En effet, le terme de « transparence » risque de véhiculer l'illusion d'une limpidité, d'une intelligibilité *totale*. Or, une telle chimère méconnaîtrait l'irréductible inconscient tant de la parturiente que de ses interlocuteurs.

Pour comprendre cette relativité, toujours singulière, de la transparence psychique, deux variables au moins sont à préciser pour en évaluer cliniquement l'hypothétique efficence créative.

a) La première est le degré de réflexivité de la personne avec elle-même (la narrativité à soi-même dans son for intérieur) et avec l'autre (la narrativité partagée).

Quand on parle, dans une généralisation « prêt-à-porter », de transparence psychique d'un parent pendant la grossesse, on ne sait en effet nullement si le sujet décrit est transparent à lui-même ou s'il est, seulement, transparent pour un observateur averti, mais désespérément aveugle à lui-même.

Sémiologiquement et psychopathologiquement, la différence est décisive entre un sujet mettant au service d'une symbolisation subjectivante l'exposition de matériaux psychiques habituellement enfouis, et un autre chez qui cet affleurement préconscient/conscient provoquera un renforcement drastique de l'étanchéité d'un bouclier défensif.

La réactivité à la transparence psychique s'impose donc comme une variable évolutive qui se déploiera entre ces deux pôles extrêmes d'une symbolisation créative inédite et d'un évitement défensif inhibiteur.

Enfin, différencier nettement le degré de subjectivation de la transparence psychique du sujet à lui-même, des effets de la transparence perçus par un observateur attentif, est primordial dans ce débat. Pour faire entendre ce point, on forcera le trait en imaginant, d'un côté, un observateur très sensible à cette mise en exergue inhabituelle de représentations, de fantasmes généralement refoulés et, de l'autre, un sujet observé qui est défensivement sourd à cette exposition exacerbée de soi. C'est une situation intersubjective dissymétrique que le clinicien connaît

bien au travers de l'actualisation de la névrose de transfert. Mais il peut s'agir aussi, dans la vie courante, du rapport entre un sujet témoin doté d'une acuité compréhensive de la « mue » de l'autre, et un sujet « transparent » mais « phobique » de toute réflexivité à l'égard de cette visibilité accrue.

b) La deuxième variable significative dans la dynamique de la transparence psychique est sans surprise la qualité de l'environnement. Elle est, comme on vient de l'envisager, indissociable de la première. Dans une vision où la qualité de l'élaboration intrapsychique est dans un rapport dialectique permanent avec les échanges intersubjectifs, la transparence psychique du sujet pendant la grossesse sera particulièrement dépendante de la nature et de la qualité de l'environnement et, partant, indissociable de son ancrage conjugal, familial, soignant, social, culturel...

L'évocation d'un film de Ken Loach, *Ladybird* (1994), va me permettre d'illustrer l'essentiel à ce sujet.

Maggie, enfant puis femme battue, a eu quatre enfants avec quatre hommes différents mais tous maltraitants. On assiste au placement des enfants par les services sociaux qui réagissent à la violence du dernier amant.

L'art consommé de Maggie pour tisser des liens avec des hommes violents immerge progressivement le spectateur dans les affres du fatalisme professionnel face au caractère implacable de la répétition traumatique chez l'héroïne. Cette traumatophilie maintient manifestement Maggie, depuis l'enfance, dans un environnement finalement stable dans ses composantes intersubjectives violentes.

C'est le propos incisif et l'originalité de ce film que de confronter alors le spectateur à la surprise de l'improbable. Un changement spectaculaire survient dans l'environnement de cette victime sinistrée et ses conséquences rédemptrices : Jorge, un exilé, profond, bienveillant et aimant à bonne distance, entre dans la vie de Maggie !

Évidemment, la compulsion de répétition, amplifiée par la passion amoureuse, conduit Maggie à attaquer la relation avec cet homme qui ne répond pas à son attente masochiste et trau-

matophile. Mais il tient bon et, très progressivement, la métamorphose psychique interne et externe s'opère chez elle. Enceinte un peu plus tard, on assiste aux coups de butoir redoublés et régressifs de l'actualisation des angoisses œdipiennes, archaïques, traumatiques chez Maggie. Mais, contrairement à la seule aggravation provoquée à chacune des quatre précédentes grossesses, la conflictualité de la transparence psychique de celle-ci va pouvoir, grâce à un environnement favorable, déployer ses vertus symboligènes et réformatrices².

On retrouve là le débat entre les mille et une gradations individuelles transférentielles uniques entre *répétition*, *remémoration* et *perlaboration* dans un cadre psychanalytique (Freud, 1914).

La *répétition* morbide s'y réfère à un retour à l'identique, synonyme de privation radicale de réflexivité, de régime totalitaire du refoulement et de l'agir aveugle à lui-même. Maggie, enfant puis amante battue par ses quatre bourreaux successifs, en est une illustration caricaturale.

« Le moyen principal de dompter la contrainte de répétition du patient et de la transformer en un motif de remémoration se trouve dans le transfert », préconise Freud au psychanalyste (1914). C'est ce qu'applique intuitivement Jorge qui offre à Maggie la possibilité d'exprimer, dans et par le conflit de ses résistances dans un transfert amoureux, un territoire inédit de remémoration. Il est au départ opératoire et, chemin faisant, de plus en plus affecté, réflexif, dans une narrativité partagée qui fait reculer le monopole du passage à l'acte violent.

Le territoire freudien de la *perlaboration*, véritable processus de changement authentique de l'économie psychique, s'esquisse même chez Maggie au travers de son analyse critique après coup de ses quatre liaisons précédentes et des conséquences sur ses enfants. C'est bien le début d'une expérience d'intégration (pas

2. Le spectateur est ensuite mis à très rude épreuve car les services sociaux n'ont pas perçu cette métamorphose de Maggie dans son nouvel environnement et, pris dans la répétition soignante, ils viennent arracher aux parents le nouveau-né à la maternité...

seulement intellectualisée) de la force stupéfiante de la contrainte à la répétition qui la conduit à souhaiter reconquérir avec Jorge ses enfants précédemment placés.

Au final, à l'image du *pharmakon* grec, substance tour à tour, selon le cas particulier, médicament ou poison, la transparence psychique durant la grossesse oscille entre *transparence de vie et transparence de mort*. Sa potentialité subjectivante n'est jamais acquise, elle n'existe a priori qu'en puissance. *L'envisager systématiquement et uniquement dans sa face constructive répond à un mécanisme d'idéalisation du processus de parentalité qui en dit plus sur son émetteur que sur l'objet du discours.*

En d'autres termes, l'actualisation de cette virtualité s'impose comme une problématique dont chacune des réponses individuelles, conjugales et collectives, constitue l'axe majeur d'une psychologie clinique de la prénatalité et de ses stratégies préventives primaires et secondaires.

TRANSPARENCE ET ANNONCE PRÉNATALE

Dans le premier séminaire et le premier ouvrage du SIICLHA, la rencontre de cette transparence psychique, du diagnostic anténatal et de la découverte d'un handicap a été envisagée (Missonnier, 2007).

Je me limiterai à rappeler brièvement l'essentiel : si (re)devenir parent est à envisager comme la traversée d'une crise, source de rupture possible, la synergie entre le processus de parentalité et l'effraction d'une maladie, d'un handicap diagnostiqué chez l'embryon/fœtus, détonne comme une crise redoublée au potentiel de rupture décuplé. Cette situation mérite par conséquent une attention soignante médico-psychosociale interdisciplinaire institutionnelle et en réseau, à la mesure des enjeux présents et futurs.

Dans ce contexte, ce qui vient d'être exposé précédemment au sujet de la transparence psychique en termes de créativité et de vulnérabilité virtuelles doit être reformulé, car vient s'y ajouter le débordement démesuré, effractant, de l'annonce concernant

« l'enfant du dedans » et ses conséquences médicales et psychologiques.

L'insistance sur les variables de la réflexivité intrapsychique maternelle, paternelle, et la qualité intersubjective des liens sociaux (conjugaux, familiaux, sociétaux) dans le cadre d'une transparence psychique en temps de « paix médicale » est ici, en temps de « guerre médicale », indissociable de la prise en compte de la menace de paralysie psychique généralisée induite par le jaillissement violent, sidérant, de l'annonce du handicap.

Dans ce registre tragique d'un envahissement traumatique, la *précarité ontologique* de l'enfant à naître est non plus seulement *possible* mais bien *advenue* dans une actualisation concrète écrasante chez les parents et la famille élargie.

Les soignants n'échappent pas aux ondes sismiques de ce tremblement de mère, de père et de famille, et les reprises cliniques interdisciplinaires sont des conditions sine qua non de tact et d'acuité de professionnels relevant le défi de tenter de rester suffisamment bons dans cette clinique de l'extrême.

NÉOTÉNIE, MÉTAMORPHOSES ET HANDICAP

Il est temps maintenant de finaliser, comme promis, mon propos en ébauchant des pistes de recherches ultérieures qui découlent logiquement de cette tentative de clarification du fonctionnement psychique parental durant la grossesse.

À la question : « Les observations des cliniciens du prénatal au sujet de la transparence psychique parentale sont-elles confirmées – *mutatis mutandis* – à d'autres périodes charnières de la vie ? », la sémiologie et la psycho(patho)logie ici esquissées, mais aussi, mon expérience de psychanalyste avec des sujets d'âges différents et sans oublier les échanges avec des collègues qui travaillent aux urgences, en réanimation, en cancérologie, en gérontologie..., m'invitent à répondre positivement. D'ailleurs, il n'est pas très original de constater que des paliers successifs ponctuent nos vies et incarnent des étapes de transformations biopsychiques. Reste encore à en comprendre les constantes et les spécificités.

De ces passages, on citera d'abord le déménagement du fœtus aquatique *in utero* devenant bébé aérien séparé du corps maternel qui correspond à la périnatalité primaire du sujet naissant. Dans *l'Esquisse*, Freud (1895) fait du *Nebenmensch* « l'être-humain-proche », le premier organisateur de la psyché du bébé néotène plongé initialement dans le désarroi de *l'Hilflosigkeit*, « le désaide initial ».

Cette détresse inaugurale prend tout son sens comme fil conducteur pour caractériser les métamorphoses successives de la latence, de l'adolescence, de la périnatalité secondaire parentale (quand l'ex-fœtus/bébé devient parent), de la crise du milieu de la vie et de sa fin. Les épreuves potentiellement traumatiques comme les séparations, les deuils, les maladies, les souffrances au travail, les situations de migration, les guerres, les génocides, les catastrophes naturelles... méritent aussi d'entrer dans cette large catégorie.

À chaque fois, ces seuils sont des espaces-temps de réminiscences, de réactualisations des traces et par conséquent d'amplification – pour le meilleur et pour le pire – de l'amplitude du paradoxe créativité/vulnérabilité et de la surdétermination de la qualité de l'environnement dans l'issue du remaniement en cours.

Ces périodes charnières entre les grands cycles de vie commémorent notre néoténie, son impuissance originelle, sa dépendance à l'environnement, mais aussi et simultanément, la paradoxalité de l'enracinement de notre créativité, de notre culture et de notre humanité, justement, dans cette fragilité.

Les phases successives de métamorphoses qui rythment nos vies commémorent cette blessure narcissique fondatrice qui s'impose paradoxalement comme la meilleure garantie de notre créativité, si elle est accueillie, symbolisée et partagée comme un bien commun. Tout est dans le « si ». Et, en la matière, nous avons pu mesurer combien, sous sa forme prénatale, cette résurgence ne correspond pas toujours, loin s'en faut, à une issue réflexive favorable individuelle et collective.

À ce point du débat, il paraît cliniquement raisonnable de souhaiter approfondir plus avant l'hypothèse suivante : *la tension*

dynamique du paradoxe fondamental « vulnérabilité/créativité » est une constante qui se décline dans des contextes différents aux successives étapes charnières de la vie. La transparence psychique qui l'accompagne s'y décline singulièrement entre la créativité et la destructivité.

Comment ensuite traduire cette hypothèse chez le sujet handicapé et son environnement humain ? Bénéficie-t-il tout au long de la rivière de sa vie, de ces ponctuations potentiellement mutatives et maturatives ?

Dans un environnement souvent synonyme d'hyperprotection parentale et/ou soignante, de limitation du processus de séparation/individuation, de réduction de l'autonomie..., c'est-à-dire bien souvent de tentatives d'évitement par l'entourage de la confrontation de la personne handicapée à sa propre fragilité, ces passages de crise risquent d'être empêchés, muselés, déniés.

Du coup, la plasticité accrue et les opportunités créatrices de ces phases de transitions et de remaniements potentiels menacent d'être inaccessibles à la personne avec un handicap, une maladie chronique.

Tenue plus à distance de l'expansion développementale et subjectivante, elle apparaît comme une figure insistante d'une *chronicisation de sa néoténie*. Elle est alors sans doute en risque d'être privée de la paradoxalité virtuellement créatrice des vertiges et des vertus de ces passages.

Fort heureusement, sur l'autre rive, des témoignages de personnes avec handicap, de parents, des récits cliniques attestent à l'inverse d'un dépassement possible de cette paralysie dans la néoténie.

« C'est seulement au paroxysme de cette résistance que l'on découvre alors dans un travail commun avec l'analysé les motions pulsionnelles refoulées qui alimentent celle-ci, le patient se convaincant de l'existence et de la puissance de ces motions en vivant une telle expérience. » Ces mots de Freud (1914), pour définir les voies de la perlaboration en analyse, peuvent nous inspirer pour envisager que c'est bien l'éloge du conflit dans le lien, et non son anesthésie, qui permet d'envisager sortir du piège de

la répétition. C'est vrai en analyse. C'est certainement aussi vrai au cœur du lien entre la personne handicapée et son environnement humain.

Notre responsabilité éthique et clinique de soignant est particulièrement engagée dans ce constat. Gageons qu'en la matière, c'est bien le travail de culture face à notre propre vulnérabilité de soignant et d'humain qui sera la meilleure source d'inventivité à l'égard de la personne avec un handicap et de son entourage. Un sacré chantier !

BIBLIOGRAPHIE

- BYDLOWSKI, M. 1991. « La transparence psychique de la grossesse », *Études freudiennes*, n° 32, p. 135-142.
- BERGERET, J. ; HOUSER, M. 2004. *Le fœtus dans notre inconscient*, Paris, Dunod.
- BION, W.R. 1962. *Aux sources de l'expérience*, Paris, Puf, 1979.
- COSNIER, J. 1984. « Observation directe des interactions directes ou les bases de l'épigenèse interactionnelle », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 2, n° 1, p. 107-126.
- COSNIER, J. ; CHARAVEL, M. 1998. « Développement théorico-clinique du concept d'épigenèse interactionnelle », *Psychiatrie française*, vol. XXIX, n° 3, p. 79-87.
- FLEM, L. 1982. « L'archéologie chez Freud », *Nouvelle revue de psychanalyse*, n° 26, p. 71-94.
- FREUD, S. 1895. « Projet d'une psychologie », dans *Lettres de Freud à Wilhelm Fliess 1887-1904*, Paris, Puf, 2006, p. 595-664.
- FREUD, S. 1914. « Remémoration, répétition et perlaboration », dans *Œuvres complètes*, XII, Paris, Puf, p. 185-196.
- FREUD, S. 1916-1917. *Introduction à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1951.
- FREUD, S. 1919. « L'inquiétante étrangeté », dans *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard, 1976.
- MISSONNIER, S. 2007. « Le diagnostic anténatal », dans A. Ciccone, S. Korff-Sausse, S. Missonnier, R. Scelles (sous la direction de), *Cliniques du sujet handicapé. Actualité des pratiques et des recherches*, Toulouse, éres, 2013.
- MISSONNIER, S. 2009. *Devenir parent, naître humain. La diagonale du virtuel*, Paris, Puf.

- MISSENNIER, S. 2012. « Psycho(patho)logie de la paternalité », dans S. Missonnier, M. Blazy, N. Boige, N. Presme, O. Tagawa (sous la direction de), *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*, Paris, Masson, p. 229-238.
- MISSENNIER, S. 2013. « L'antique terre natale : nostalgie, inquiétante étrangeté et dialectique fusion/séparation », dans C. Chabert (sous la direction de), *Les séparations. Victoires et catastrophes*, Toulouse, érès, p. 33-55.
- SHULZ, J. ; BEAUQUIER-MACOTTA, B. ; SOUBIEUX, M.-J. ; MERIOT, M.-E. ; DE WAILLY, D. ; MISSENNIER, S. 2016. « Stigmates de la femme enceinte après une interruption médicale de grossesse », *Champs psy*, n° 68, p. 67-83.
- SÏROL, F. 1999. « La haine pour le fœtus », dans M. Soulé, L. Gourand, S. Missonnier, M.-J. Soubieux (sous la direction de), *Écoute voir... L'échographie de la grossesse, les enjeux de la relation*, Toulouse, érès, 2011.
- TREVARTHEN, C. 1993. « The self born in intersubjectivity : the psychology of an infant communicating », dans U. Neisser (sous la direction de), *The Perceived Self, Ecological and Interpersonal Sources of Self-Knowledge*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 121-173.
- TREVARTHEN, C. ; AITKEN, K.J. 2003. « Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique », *Devenir*, vol. 4, n° 15, p. 309-428.