

3 | Le devenir mère face au cancer

Associer « maternité » et « cancer » semble relever du non-sens. En effet, comment accueillir et porter la vie tout en faisant face à la découverte d'une maladie potentiellement mortelle ? Ce « duo improbable » (Ferrere et Wendland, 2013) ne peut générer que sidération psychique tant cette rencontre paraît inélaborable. La représentation de sa propre mort et le risque léthal pour son bébé émergent au moment où toute la psyché maternelle se tourne vers la vie et l'espoir. Alors que la relation mère-enfant n'est que fusion, la maladie menace d'une séparation irrévocable, et la médecine, malgré les progrès incontestables, fait émerger dans ses propositions thérapeutiques un conflit majeur entre la vie de la mère et celle de son bébé : « sauver ma vie ou lui donner *ma* (la) vie ».

Les processus complexes de la maternité psychique, autrement nommée maternalité (Racamier, 1978), sont alors exposés à de multiples dangers, menaçant la santé psychique de la mère et de l'enfant à naître. La maladie fait effraction dans le corps et dans la vie psychique de la mère durant cette période où la psyché maternelle devient poreuse et vulnérable (Soubieux, 2009). La confrontation à la maladie donne une couleur particulière à chaque étape essentielle du processus de maternalité : la grossesse, l'accouchement, l'allaitement, le *caregiving* (prendre soin de l'enfant), la construction des représentations de soi en tant que mère et des représentations du bébé, les relations précoces, la relation coparentale avec le père ou coparent.

IMPACT DU CANCER SUR LE VÉCU DE LA GROSSESSE ET L'ATTACHEMENT MATERNOFŒTAL

La grossesse répond encore à un fantasme social de bien-être et d'épanouissement pour la femme. Un fantasme bien réducteur qui ne rend pas compte d'une réalité aux enjeux psychiques complexes.

La grossesse représente avant tout une étape majeure dans le processus de développement humain, comme une étape ultime du processus d'individuation-séparation dans la psyché féminine (Pines, 1982) générant des remaniements identitaires importants. Cliniciens et chercheurs s'accordent sur l'existence d'un fonctionnement psychique particulier, propre à la période périnatale, moment de crise et de profonds remaniements chez la femme mais aussi au sein de toute la famille. Ainsi, la crise maturative de la grossesse (Bibring, 1959) et sa « *transparence psychique* » (Bydlowski, 2001), l'unité de l'enfant avec les soins maternels et la préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1969), la « *néoformation* » originale constituée par le fonctionnement psychique dans le *post-partum* (Cramer et Palacio-Espasa, 1993 ; Cramer, 1994) ou encore la notion de « *constellation maternelle* » (Stern, 1997) se trouvent parmi les concepts définis et décrits par différents auteurs.

Racamier propose le néologisme de *maternalité* pour rendre compte des processus psychiques en jeu dans la naissance de l'identité maternelle (Racamier, 1978). Selon lui, le processus débute dès la grossesse et se poursuit au-delà de la naissance de l'enfant, et permet à la mère de revisiter la question de ses propres origines, de se réinscrire dans les strates générationnelles du clan familial et de questionner aussi la mort. Suite à l'accouchement, la jeune mère construira sa « *constellation maternelle* » en réorganisant ses représentations de soi en tant que fille, femme et mère ainsi que les représentations qu'elle a construites de sa mère et de son bébé, mais aussi du père de son enfant. Cette constellation représentera un « *axe d'organisation de la vie psychique* » (Stern, 1997).

Pour mieux comprendre

La **transparence psychique** décrite par Bydlowski (2001) est une sorte de crise psychique maturative, les représentations inconscientes de la mère affluant plus facilement à la conscience, déjouant les mécanismes de refoulement classiques. Ces éléments inconscients concernent généralement l'enfant qu'elle a été, la reconnectant parfois à des éléments de nature fantasmatiques et traumatiques. C'est sur la base de ces éléments que la femme pourra engager un travail de remaniement psychique afin de laisser émerger une nouvelle identité de mère. De cette manière, elle pourra investir son bébé et l'intégrer dans sa propre lignée.

...

D'après Winnicott (1956), la **préoccupation maternelle primaire** se déploie tout au long de la grossesse pour atteindre son paroxysme à l'accouchement et s'installer encore quelques semaines après la naissance. La psyché maternelle est largement centrée sur les besoins de son bébé, elle se montre donc peu disponible pour son entourage ou pour toute autre préoccupation. Cette préoccupation maternelle primaire va permettre à la mère de répondre de la manière la plus juste possible aux besoins physiques et psychologiques de bébé, devenant ainsi une « mère suffisamment bonne » et permettant au nourrisson de se développer dans un « sentiment continu d'exister ». Ainsi, une mère envahie par d'autres problématiques (deuil, traumatismes, maladie, etc.) serait en difficulté pour faire l'expérience de cette préoccupation maternelle primaire, cela pouvant générer des difficultés dans les relations précoces mère-enfant et impacter le développement psychoaffectif de l'enfant.

La **néoformation** désigne, selon Cramer et Palacio-Espasa (1993, 1994), la transformation psychique qui émerge chez la mère. Il s'agit d'un remaniement profond du fonctionnement mental, induit par l'arrivée du bébé réel, qui réactive des éléments inconscients liés à l'histoire infantile de la mère, à sa propre expérience de maternage et à son narcissisme. Cette néoformation est une construction psychique nouvelle, nécessaire pour investir l'enfant, assumer les fonctions maternelles et établir le lien mère-enfant. Elle peut cependant devenir source de difficultés psychologiques lorsque des conflits non élaborés resurgissent ou si les conditions internes ou environnementales sont défavorables.

La **constellation maternelle** (Stern, 1995) désigne une organisation psychique chez la mère qui est structurée autour de trois axes : la compétence maternelle, le lien mère-enfant et les remaniements identitaires et relationnels. Cette constellation est elle aussi susceptible de réactiver des enjeux inconscients issus de l'histoire infantile.

Le **bébé imaginaire** correspond à une représentation consciente du futur enfant (Lebovici, 1983). Il est le bébé du désir de grossesse, « programmé », fruit des fantaisies et des attentes de la future mère. Chez la femme enceinte, l'enfant imaginaire est source de représentations psychiques et de rêveries diurnes concernant par exemple son sexe, son caractère et le choix de son prénom. Ces représentations peuvent être partagées avec le père de l'enfant. Bien qu'à partir du 3^e mois de grossesse les mouvements fœtaux dans son ventre avertissent la mère de la réalité de l'enfant, ce n'est qu'à la naissance qu'elle devra faire un travail de confrontation entre son bébé imaginaire et le bébé réel, en chair et os, dont elle vient d'accoucher.

Toutes ces modifications internes s'étaient sur les transformations physiques inhérentes à la gestation. Le corps accueille un nouvel être qui s'y installe, ce qui peut entraîner chez certaines femmes des vécus d'intrusion, voire de morcellement.

La rapidité de ces transformations physiques, parfois déstabilisantes, favorise le remaniement identitaire de la femme ainsi que l'émergence des représentations du bébé imaginaire (Stern et Bruchweiler-Stern, 1998).

C'est notamment à partir de ces représentations maternelles que se crée progressivement l'attachement maternofoetal. Le concept d'attachement maternofoetal ou prénatal désigne le lien émotionnel qu'une femme enceinte établit pendant sa grossesse à l'égard de son fœtus (Michel et Wendland, 2020), lien qui se crée à partir d'un processus progressif. L'attachement maternofoetal se déploie selon trois dimensions (Shieh *et al.*, 2001) :

- une dimension cognitive où s'inscrit l'envie de connaître le bébé à naître ;
- une dimension affective qui s'étaye sur le plaisir ressenti au cours des interactions avec le fœtus ;
- une dimension altruiste qui s'exprime dans l'élan de protection vis-à-vis du bébé.

De nombreux facteurs sont susceptibles d'influencer l'intensité de cet attachement prénatal. Selon les études, le score d'attachement maternel au fœtus serait positivement corrélé à l'avancement de la grossesse et à la perception des mouvements actifs fœtaux (Yarcheski *et al.*, 2009 ; Malm *et al.*, 2016). Il est de même positivement corrélé au niveau du soutien familial, à l'entente du futur couple parental, à la qualité du suivi médical, à une moindre parité, à une grossesse planifiée et à la connaissance du sexe du fœtus (Yarcheski *et al.*, 2009 ; Barone *et al.*, 2014 ; Pisoni *et al.*, 2014 ; Cinar *et al.*, 2017 ; Brandão *et al.*, 2019). En revanche, l'intensité de l'attachement prénatal ne semble pas dépendre des variables socio-démographiques, telles que l'âge et la catégorie socioprofessionnelle ou encore la culture des parents (Pisoni *et al.*, 2014).

Il est intéressant de noter que le niveau de risque ou les complications de grossesse ne sont pas non plus corrélés au score de cet attachement selon certaines études (Cannella, 2005 ; Yarcheski *et al.*, 2009). Une étude montre que l'attachement prénatal peut être plus intense chez les mères ayant des complications gravidiques (Audic *et al.*, 2023). Les problèmes relationnels, le niveau d'inquiétude quant au futur bébé, ainsi que les sensations physiques stressantes, apparaissent corrélés à un attachement de moindre qualité au 3^e trimestre de grossesse (Gallois, 2009 ; Maas *et al.*, 2014). Cet attachement peut être diminué en termes de qualité et d'intensité par la présence de niveaux élevés de stress perçu, d'anxiété-état et de dépression chez la mère qui développe alors des représentations maternelles moins positives du futur enfant et de sa propre image de mère (Gallois, 2009 ; Figueiredo *et al.*, 2007).

La complexité et la fragilité de ces processus nous amènent à nous interroger sur l'impact du cancer dans leur déploiement.

Lors de notre étude, nous avons observé que le diagnostic de cancer posé au cours de la grossesse bouleverse les priorités de la femme qui devient totalement centrée sur la maladie et son état de santé. Le bébé peut parfois être relégué au second plan, et le risque de mort omniprésent menace le processus de maternalité, c'est ce que décrit Aline, 28 ans, enceinte de 7 mois au moment de l'annonce :

« Après l'annonce je rentre dans une sorte de tourbillon infernal, j'occulte totalement ma grossesse parce que la mort prend la place de la vie. »

Le cancer et la grossesse tendent à se chevaucher dans le discours des mères malades. En effet, tumeur et fœtus se côtoient dans un espace physiologique très restreint et les symptômes de la grossesse peuvent se confondre avec les symptômes de la maladie et les effets secondaires des traitements. Ce phénomène peut être entretenu par l'imagerie médicale qui objective la promiscuité entre le cancer et le bébé.

« Quand j'ai passé l'échographie hépatique et celle du sein, le médecin a souri en faisant l'écho parce qu'il a vu le pied du bébé, et j'ai souri avec lui. » (Aline)

De même, le discours médical peut laisser apparaître cette superposition. Kathy, enceinte de 6 mois apprend le sexe de son enfant, suite à la résection de la tumeur :

« Quand on m'a enlevé la tumeur, lorsque j'étais en salle de réveil, on m'a dit : "Rassurez-vous, votre bébé va bien" et j'ai eu une joie immense et on m'a demandé si je voulais savoir le sexe, j'ai dit oui et on a dit "C'est une fille !" et j'étais hyper heureuse. »

Les examens pour le cancer et la grossesse se multiplient, parfois se superposent, amplifiant le phénomène de confusion, la grossesse devenant pathologique à son tour. Flavie, 35 ans, enceinte de 8 mois au moment du diagnostic, rend compte de ce trouble :

« C'est après la biopsie, les résultats anapaths sont tombés, donc là j'ai été convoquée par le gynéco qui m'a dit de venir assez rapidement avec le nécessaire pour accoucher parce qu'il y avait quelque chose et donc il fallait que j'accouche (...). Quand on m'a dit à la maternité que je devais faire scanner, radio etc., je comprenais plus trop bien pourquoi, si c'était pour la grossesse ou pour le cancer. »

Ainsi, ce « double portage » du bébé et de la tumeur (Lof, 2012), extrêmement troublant pour les femmes, entraîne des moments d'inquiétante étrangeté où vie et mort se confondent, dans un corps vécu comme schizophrénique. Certaines femmes enceintes prêtent le même statut au bébé et à la tumeur, le caractère mortifère de la maladie contaminant le bébé. Manuella est enceinte de 6 mois quand on découvre la maladie. La fin de sa grossesse se vit dans l'angoisse et dans l'obsession d'« évacuer » les deux entités qui l'habitent : la tumeur et le fœtus, donnant au fœtus le statut de « déchet » physiologique.